



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA**  
**MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**Qualidade de vida de pacientes hipertensos e hipertenso-  
diabéticos**

**Ana Raquel de Figueiredo Rego**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento aos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.

Prof.(a) Dr.(a) Mônica Oliveira da Silva Simões

CAMPINA GRANDE

2011

# **Qualidade de vida de pacientes hipertensos e hipertenso-diabéticos**

**Ana Raquel de Figueiredo Rego**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento aos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.

Prof.(a) Dr.(a) Mônica Oliveira da Silva Simões

CAMPINA GRANDE

2011

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

R343q Rego, Ana Raquel de Figueiredo.  
Qualidade de vida de pacientes hipertensos e hipertenso-  
diabéticos [manuscrito] / Ana Raquel de Figueiredo Rego. –  
2011.  
84 f.

Digitado

Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade  
Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e  
Pesquisa, 2011.

“Orientação: Profa. Dra. Mônica Oliveira da Silva Simões,  
Departamento de Farmácia”.

1. Hipertensão Arterial. 2. Qualidade de Vida. 3. Diabetes  
Mellitus. I. Título.

21. ed. CDD 616.132

## FOLHA DE APROVAÇÃO

**Ana Raquel de Figueiredo Rego**

**Título: Qualidade de vida de pacientes hipertensos e hipertenso/diabéticos**

**Orientadora: Prof. (a). Dr. (a). Mônica Oliveira da Silva Simões**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento aos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.

**Aprovada em: 15/08/2011**

**Banca Examinadora**




---

**Prof. (a) Dr.(a) Mônica Oliveira da Silva Simões**  
**Universidade Estadual da Paraíba**



---

**Prof. (a) Dr.(a) Carla Campos Muniz Medeiros**  
**Universidade Estadual da Paraíba**



---

**Prof. (a) Dr.(a) Maria Tereza Nascimento Silva**  
**Universidade Federal de Campina Grande**

## RESUMO

REGO, Ana Raquel de Figueiredo. Qualidade de Vida de pacientes hipertensos e hipertenso-diabéticos. Dissertação do Curso de Mestrado em Saúde Pública. Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande: 2011.

**Objetivos:** Avaliar a qualidade de vida (QV) de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica e pacientes com Hipertensão e Diabetes. De forma específica objetivou-se descrever os dados das variáveis sociodemográficas, econômicas, hábitos de vida e dados relacionados à saúde dos pacientes em estudo; verificar se existem diferenças de Qualidade de Vida entre pacientes com Hipertensão e pacientes com Hipertensão e Diabetes; relacionar os dados sociodemográficos, econômicos, de hábito de vida e relativos à saúde com os escores de QV do SF-36. **Material e método:** Trata-se de estudo quantitativo, transversal, com coleta de dados primários (obtidos de junho a dezembro de 2010), com análise descritiva, analítica e comparativa. Desenvolvido no Serviço Municipal de Saúde de Campina Grande-PB, foi coletada uma amostra de conveniência de 299 pacientes hipertensos/diabéticos cadastrados no HiperDia da instituição. A amostra foi dividida em dois grupos conforme apresentassem Hipertensão (n 234) e/ou Hipertensão e Diabetes (n 65). Submeterem-se os resultados à análise estatística comparativa utilizando o teste de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. **Resultados:** Os hipertensos apresentaram maiores escores de QV que os hipertenso-diabéticos, exceto para os domínios Dor, Estado Geral de Saúde e Aspectos Emocionais. Encontrou-se diferença de QV para os dois grupos quanto a gênero e prática de atividade física. Escolaridade e tempo de diagnóstico foram significativos somente no grupo de hipertensos. **Conclusão:** A QV está mais afetada nos pacientes hipertenso-diabéticos. O gênero feminino apresenta piores escores de QV. A prática de atividade física está relacionada a melhores escores de QV. Níveis maiores de escolaridade e tempo menor de diagnóstico da doença sugerem melhores escores de QV nos hipertensos.

**Palavras-chave:** Qualidade de vida, hipertensão arterial, diabetes mellitus.

## SUMMARY

REGO, Ana Raquel de Figueiredo. Quality of life of patients hypertensive and hypertensive-diabetic. Thesis of the Master in Public Health. State University of Paraíba. Campina Grande: 2011.

**Objectives:** Assessing quality of life of patients with hypertension and / or diabetes mellitus is the main objective of this work. Specifically aimed to describe the data of sociodemographic, economic, lifestyle and health related data of the patients studied, see if there are differences in QOL between SAH patients and patients with hypertension and DM; relate sociodemographic data, economic, lifestyle habits and health-related QoL scores with the SF-36. **Material and method:** It is quantitative, cross-sectional collection of primary data (obtained from June to December 2010), with descriptive and analytical. Developed at the Municipal Health Service of Campina Grande-PB, was collected a convenience sample of 299 hypertensive patients / HiperDia diabetics enrolled in the institution. The sample was divided into two groups as presented hypertension (n 234) and / or hypertension and diabetes (65). Submit the results of comparative statistical analysis using the Mann-Whitney and Kruskal-Wallis. **Results:** The hypertensive patients had higher scores for the QV-hypertensive diabetics, except for the domains pain, general health and emotional aspects. It was found difference in QOL for the two groups regarding gender and physical activity. Schooling and time of diagnosis were significant only in the hypertensive group. **Conclusion:** Quality of life is more affected in hypertensive-diabetic patients. The female is worse QoL scores. The physical activity is related to better QoL scores. Higher levels of education and shorter time to diagnosis of disease reporting better QoL scores.

**Keywords:** Quality of life, hypertension, diabetes mellitus.

## ÍNDICE

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>13</b>
1.1 Transição Epidemiológica	13
1.2 Hipertensão Arterial Sistêmica	17
1.3 Diabetes Mellitus	20
1.4 Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Pacientes Hipertensos e Diabéticos - Sistema HiperDia	23
1.5 Qualidade de Vida	24
1.6 Seleção do Instrumento para Estudo - Escala Medical Outcomes Study Questionary 36 – Item Short Form Health Survey (SF-36)	27
<b>2 OBJETIVOS</b>	<b>29</b>
<b>3 MATERIAIS E MÉTODOS</b>	<b>30</b>
3.1 Cenário do Estudo	30
3.2 População e Amostra	31
3.3 Tipo de Estudo	31
3.4 Critérios de Seleção	31
3.5 Critérios de Exclusão	32
3.6 Coleta de Dados	32
3.7 Análise Estatística	34
3.8 Considerações Éticas	34
<b>4 RESULTADOS</b>	<b>36</b>
4.1 Características Demográficas e Socioeconômicas da População em Estudo	36
4.2 Perfil dos Hábitos de Vida da População em Estudo	38
4.3 Dados Relacionados à Saúde	38
4.4 Escores de Qualidade de Vida para a População em Estudo	40
4.5 Escores de Qualidade de Vida para a os Grupos de Hipertensos e Hipertenso-diabéticos	41
4.6 Diferenças de escores de Qualidade de Vida entre Hipertensos e Hipertenso-diabéticos	42
4.7 Distribuição dos Sujeitos em Quartis para os Escores de QV para os Grupos de Hipertensos e Hipertenso-diabéticos	43
4.8 Diferenças de QV para os Grupos de Hipertensos e Hipertenso-diabéticos entre variáveis sociodemográficas, hábitos de vida e dados sobre a saúde.	49
4.8.1 Testes de Diferenças de Escores – Gênero e Qualidade de Vida	49
4.8.2 Testes de Diferenças de Escores – Prática de Atividade Física e Qualidade de Vida	50

4.8.3 Testes de Diferenças de Escores – Escolaridade e Tempo de Diagnóstico	51
<b>5 DISCUSSÃO</b>	<b>53</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>70</b>
<b>7 REFERÊNCIAS</b>	<b>71</b>
<b>ANEXO A</b> - Versão brasileira do questionário de Qualidade de Vida – SF-36	<b>77</b>
<b>ANEXO B</b> – Comprovante de submissão de artigo	<b>77</b>
<b>APÊNDICE A</b> - Formulário para coleta de dados	<b>83</b>
<b>APÊNDICE B</b> - Termo de consentimento livre e esclarecido	<b>84</b>



## LISTA DE TABELAS

<b>TABELA 1</b> - Distribuição das variáveis demográficas e socioeconômicas dos hipertensos e hipertenso-diabéticos. Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2010	<b>37</b>
<b>TABELA 2</b> - Distribuição das variáveis de Hábitos de Vida dos hipertensos e diabéticos. Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2010	<b>38</b>
<b>TABELA 3</b> - Distribuição das variáveis relacionadas à saúde de hipertensos e diabéticos, Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2010	<b>39</b>
<b>TABELA 4</b> - Distribuição de frequência e % de classes terapêuticas utilizadas pela população. Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2010	<b>40</b>
<b>TABELA 5</b> - Escores de Qualidade de vida para os domínios e componentes do SF-36 para a população em estudo. Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2010	<b>41</b>
<b>TABELA 6</b> - Escores de Qualidade de Vida para os grupos de Hipertensos e Hipertenso-diabéticos. Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2010	<b>42</b>
<b>TABELA 7</b> - Diferenças de escores de Qualidade de Vida entre Hipertensos e Hipertenso-diabéticos. Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2010	<b>43</b>
<b>TABELA 8</b> - Diferenças de QV entre Gênero para os grupos de Hipertensos e Hipertenso-diabéticos, Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2010	<b>50</b>
<b>TABELA 9</b> - Diferenças de QV entre Praticantes de Atividade Física para os grupos de Hipertensos e Hipertenso-diabéticos, Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2010	<b>51</b>
<b>TABELA 10</b> - Diferenças de QV para os grupos de hipertensos e hieipertenso-diabéticos entre Escolaridade e Tempo de Diagnóstico. Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2010	<b>52</b>

## **LISTA DE QUADROS**

<b>QUADRO 1</b> - Estratificação do risco cardiovascular para Hipertensão Arterial Sistêmica	<b>18</b>
--	-----------

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Domínio “Capacidade Funcional” para os grupos: hipertensos e hipertenso-diabéticos. Campina Grande-PB. Brasil, 2010	<b>44</b>
<b>Figura 2:</b> Domínio “Aspectos Físicos” para os grupos: hipertensos e hipertenso-diabéticos. Campina Grande-PB. Brasil, 2010	<b>45</b>
<b>Figura 3:</b> Domínio “Dor” para os grupos: hipertensos e hipertenso-diabéticos. Campina Grande-PB. Brasil, 2010	<b>45</b>
<b>Figura 4:</b> Domínio “Estado Geral de Saúde” para os grupos: hipertensos e hipertenso-diabéticos. Campina Grande-PB. Brasil, 2010	<b>46</b>
<b>Figura 5:</b> Domínio “Vitalidade” para os grupos: hipertensos e hipertenso-diabéticos. Campina Grande-PB. Brasil, 2010	<b>46</b>
<b>Figura 6:</b> Domínio “Aspectos sociais” para os grupos de hipertensos e hipertenso-diabéticos. Campina Grande-PB. Brasil, 2010	<b>47</b>
<b>Figura 7:</b> Domínio “Aspectos emocionais” para os grupos: hipertensos e hipertenso-diabéticos. Campina Grande-PB. Brasil, 2010	<b>48</b>
<b>Figura 8:</b> Domínio “Saúde mental” para os grupos: hipertensos e hipertenso-diabéticos. Campina Grande-PB. Brasil, 2010	<b>48</b>
<b>Figura 9:</b> Componente Sumário “Componente mental” para os grupos: hipertensos e hipertenso-diabéticos. Campina Grande-PB. Brasil, 2010	<b>48</b>
<b>Figura 10:</b> Componente Sumário “Componente físico” para os grupos: hipertensos e hipertenso-diabéticos. Campina Grande-PB. Brasil, 2010	<b>49</b>

## LISTA DE SIGLAS

ACROQoL	Acromegaly Quality of Life Questionnaire
ARA	American Rheumatism Association
ADL	Functional Class, Katz Activities of Daily Living
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HiperDia	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
KDQOLSFTM	Kidney Disease and Quality-of-Life Short-Form
mmHg	Milímetros de Mercúrio
MedLine	US National Library of Medicine
MeSH	Medical Subject Heading
MOS	The Medical Outcomes Study
MHIQ	McMaster Health Index Questionnaire
NHP	Nottingham Health Profile
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pressão Arterial
PRAHADM	Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus
PB	Paraíba
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
QWB	Quality of Well Being Scale
Rand HIS	Rand Health Insurance Study
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SF-36	Medical Outcomes Study Questionary 36 – Item Short Form Health Survey
SPSS	Statistical Package of the Social Sciences
SIP	Sickness Impact Profile
SUS	Sistema Único de Saúde
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas não Transmissíveis por Inquérito Telefônico
WHOQOL-100	World Health Organization Quality of Life

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

O processo da transição epidemiológica no mundo ocorre como reflexo das complexas transformações econômicas e sociais de uma sociedade industrializada e urbanizada, capaz de conferir perfis diferenciados de estilos de vida, que amenizou as dificuldades geográficas das relações de comércio e das comunicações. Trouxe significativos impactos para a vida e para a saúde, na medida em que a humanidade passa a adotar modos de vida propícios ao sedentarismo, à alimentação desregrada, fatores determinantes na ocorrência das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), como doenças cardiovasculares, diabetes e câncer, gerando uma demanda de serviços de saúde específicos<sup>1,2</sup>.

Um dos grandes desafios para a saúde pública tem sido o processo de adaptação da atenção à saúde às novas condições de saúde-doença, representadas pela transição epidemiológica. A qual envolve mudanças no perfil das taxas de natalidade e mortalidade, enfoque à prevenção de doenças infectocontagiosas, acompanhado de melhorias sociais, redução da fertilidade, e envelhecimento das populações que levou à alteração das prevalências de agravos à saúde<sup>3</sup>.

A nova dinâmica populacional que caracteriza o padrão demográfico moderno, aliado ao uso de métodos anticoncepcionais, mudanças de valores socioculturais em relação à composição familiar e melhorias no acesso aos bens e serviços de saúde pela população, contribuíram para as mudanças na pirâmide etária, com o envelhecimento e urbanização em expansão<sup>4</sup>.

A teoria da transição epidemiológica traz o estudo das mudanças dos determinantes do padrão de mortalidade e sua ligação com as mudanças demográficas. Fenômeno caracterizado pelo recrudescimento das doenças infectocontagiosas e exacerbação de mortes por DCNT e causas externas. Surge também o fenômeno das mortes por doenças transmissíveis emergentes. Esse novo quadro epidemiológico exige o entendimento das condições de saúde da população, ligados a oferta de serviços adequados a essa realidade<sup>4</sup>.

As DCNT enquadram-se como importante foco de atuação dos serviços de saúde. Elas podem acometer todas as faixas etárias, e hoje já é bastante significativa a incidência de sobrepeso e obesidade, por exemplo, em crianças e adolescentes<sup>1,2</sup>. Compreendem basicamente as doenças cardiovasculares, diabetes, câncer, e doenças respiratórias crônicas<sup>5</sup>. O Brasil enfrenta o desafio da adaptação das políticas públicas na saúde que atendam a esta demanda, ainda numa situação de elevados índices de doenças transmissíveis, não superou as grandes diferenças sociais, geradoras de uma grande parcela de pessoas vivendo na pobreza, com acesso limitado aos serviços assistenciais básicos<sup>6</sup>.

Conceitualmente, enquadram-se na categoria de DCNT as patologias que se instalam permanentemente, provocando incapacidades, gerando necessidade de readaptação com adoção de hábitos de vida diferenciados, tratamento e cuidados por um longo período. Em geral são doenças passíveis de controle, a depender do entendimento e aceitação de um novo estilo de vida, medidas que devem ser tomadas diante do diagnóstico de uma doença crônica. Por esse motivo, é trivial o conhecimento da doença, adoção de um regime terapêutico, adaptação à vivência com alterações fisiológicas que podem ser incômodas, comprometimento financeiro, mudanças nas relações sociais, no trabalho, no lazer, na locomoção às quais podem representar uma ameaça constante à vida da pessoa<sup>7,8</sup>.

De acordo com o censo demográfico 2010, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população brasileira chegou a um total de 190.732.694 milhões de habitantes, sendo que 84,35% desses vivem em áreas urbanas. O Nordeste brasileiro já tem uma população de 53.078.137 milhões de habitantes, é a segunda região mais populosa do país, atrás do Sudeste, a ele seguem Sul, Norte e Centro-Oeste. A Paraíba tem 3.766.834 milhões de habitantes, com 75,37% desses vivendo em áreas urbanas<sup>9</sup>.

O último censo mostrou uma pirâmide etária da população em formato de “gota”, com concentração populacional nas faixas etárias entre 20 a 35 anos, e aumento da população nas faixas etárias mais altas, comparadas aos anos anteriores<sup>9</sup>. O país vivencia uma acelerada transição demográfica, acompanhada de crescimento populacional. Estima-se que o percentual de pessoas acima de 65 anos chegará a 19% da população no ano de 2050, valor acima do número de jovens<sup>10</sup>.

As mudanças experimentadas pelo perfil demográfico; que mostra a atual pirâmide etária, relacionadas em grande parte, pela redução da mortalidade infantil, pela superação de algumas das doenças infecciosas e parasitárias, aumento da expectativa de vida ao nascer, e

consequente número maior de pessoas jovens, adultos e idosos, mudanças na dinâmica social, com urbanização crescente nas últimas décadas; guarda estreita relação com as mudanças no perfil de adoecer e morrer no país. O perfil epidemiológico atual mostra um aumento considerável das DCNT, doenças infecciosas emergentes, e as consequências da criminalidade e da violência<sup>11</sup>.

Estudos mostram que a taxa de mortalidade por doenças infecciosas vem decaindo ao longo dos anos, no estado de Minas Gerais, por exemplo, em 2007 a frequência de óbitos por doenças infecciosas e parasitárias foi de 4,5% enquanto as doenças do aparelho circulatório representaram 28,6% dos óbitos<sup>12</sup>.

O país vivencia uma tripla carga de doenças em um processo de “transição” diferenciado, distanciando do que ocorre nos países desenvolvidos, a agenda de saúde brasileira não foi capaz de superar o desafio das doenças infecciosas, incrementada pelas doenças crônicas e o crescimento das causas externas<sup>9</sup>.

A necessidade de entender esse processo de transformação da vida social, associadas à ideia de comportamento de risco, gerador de uma nova forma de adoecer e morrer, são necessários para que as políticas e ações de saúde sejam capazes de prevenir a doença, promover a saúde, evitar a morte precoce, e ainda oferecer mecanismos favoráveis à saúde através da adoção de estilos de vida saudáveis<sup>13</sup>.

No estudo das doenças crônicas a ciência epidemiológica tem contribuído sobremaneira na identificação de seus fatores de risco. Já se sabe por meio do uso de métodos que relacionam variáveis ecológicas (avaliam grupos de indivíduo ou populações) com variáveis individuais, que o desenvolvimento de doenças crônicas exige o entendimento multifatorial, e são resultado da interação de tais fatores, que vão desde o nível molecular, a herança genética, às condições sócio-ambientais, como alimentação, estresse, nível de atividade física, tipo de dieta, consumo excessivo de bebidas alcoólicas, tabagismo<sup>14</sup>.

Estudo populacional realizado no Brasil, através de um instrumento validado para avaliar nível de atividade física para doenças cardiovasculares, mostrou que é elevada a prevalência de fatores de risco para este tipo de doenças, como dieta inadequada, inatividade física, obesidade central e hipertensão. O que ressalta a importância da implementação de políticas públicas de saúde voltadas para a prevenção e a redução do risco. Do mesmo modo o monitoramento populacional constante através de pesquisas que avaliam o perfil de

morbidade, mudanças ocorridas ao longo do tempo, os principais grupos expostos e a influência representada sobre os mecanismos utilizados para barrar a expansão deste tipo de morbidade<sup>15</sup>.

O estudo de Leite-Cavalcanti avaliou a prevalência de doenças crônicas e o estado nutricional em um grupo de idosos no município de João Pessoa, Paraíba. Esta pesquisa mostrou que é expressiva a ocorrência de fatores de risco para doenças crônicas associadas a parâmetros nutricionais de sobrepeso e obesidade em idosos atendidos em um centro de apoio social daquele município. Entre as doenças crônicas mais prevalentes estão a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), as Dislipidemias, Diabetes Mellitus (DM), Doença Cardíaca, Osteoporose, Artrite/Artrose, Acidente Vascular Cerebral, Hepatopatias, e Doença Renal, em ordem decrescente de prevalência para a população estudada<sup>16</sup>.

A assistência à saúde, em se tratando das DCNT, demanda um sistema organizado, com cuidado continuado, muitas vezes com foco na prevenção secundária e terciária. No Brasil têm-se adotado um sistema de saúde voltado para a prevenção primária e secundária que requer, portanto, detecção precoce, controle, e dispensação de medicação, sem, no entanto, dispensar o investimento em medicamentos e tecnologias avançadas voltadas para as incapacidades, seja temporárias ou definitivas, geradas pela evolução dos casos<sup>5</sup>.

Lessa atenta para a importância de uma boa atuação da vigilância epidemiológica sobre as DCNT. Para a autora, as ações de vigilância epidemiológica no Brasil, ainda são incipientes, não obedecendo a critérios bem estabelecidos, e gerando dados questionáveis, uma vez que vem considerando apenas as estatísticas relacionadas ao sistema público de saúde, renegando o fato de grande parcela da população utilizar serviços de saúde privados, por exemplo. Traz uma proposta da discussão da implementação da vigilância epidemiológica proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o método Progressivo, segundo a qual se deve enfatizar o grupo de fatores de risco envolvidos no adoecimento crônico. Direcionar o olhar sobre a obtenção e confiabilidade de dados secundários, e padronizarem metodologicamente a obtenção de dados primários<sup>17</sup>.

Dentre a diversidade de doenças crônicas, duas são de especial importância: a Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus. Ambas são doenças de alta prevalência, com tendência ascendente, atingindo diversos grupos etários. Geradoras de incapacidades que podem ser temporárias ou permanentes podem apresentar-se em associação e a adesão e as



mudanças nos hábitos de vida exigidas pelo tratamento são medidas importantes para o controle destas patologias, o que tem se mostrado uma tarefa difícil.

## 1.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais importante doença cardiovascular, principal fator de risco para acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio, doença renal crônica entre outras complicações. Estima-se que 50% dos hipertensos morram por doença arterial coronariana ou insuficiência cardíaca. A HAS traz uma série de questões a serem enfrentadas pelos sistemas de saúde dos países, devido ao seu poder de afetar a morbimortalidade de uma população<sup>18</sup>. Sua prevalência no Brasil varia de 22% a 44%<sup>19</sup>.

Para a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) a HAS caracteriza-se por “uma condição clínica multifatorial que resulta em níveis de pressão arterial (PA) elevados e sustentados”. Clinicamente observada como valores da medida da PA sistólica acima de 140 mmHg e de PA diastólica acima de 90 mmHg. Frequentemente associados a alterações funcionais e/ou estruturais em órgãos-alvo, como coração, rins, e vasos sanguíneos<sup>20</sup>.

A HAS pode ser classificada segundo a etiologia como primária ou secundária. A HAS primária não possui uma causa definida; pode ser atribuída a interação entre fatores genéticos, celulares e hemodinâmicos; é a principal forma, representando até 94% dos casos. A HAS secundária é resultado de processos etiopatogênicos específicos como a insuficiência renal crônica, a hipertensão arterial renovascular, uso de contraceptivos orais, doenças endócrinas, entre outras (uso de drogas, alterações congênitas, coarctação da aorta)<sup>21</sup>. O risco cardiovascular para a pressão arterial é estratificado em cinco níveis de acordo com a presença e número de fatores de risco associados, lesões em órgãos-alvo e doença cardiovascular<sup>20-22</sup> (Quadro 1).

**Quadro 1** – Estratificação do risco cardiovascular para Hipertensão Arterial Sistêmica

FATORES DE RISCO	PRESSÃO ARTERIAL				
	Normal	Limítrofe	Hipertensão Estágio 1	Hipertensão Estágio 2	Hipertensão Estágio 3
<b>Sem fator de risco</b>	Sem risco adicional		Risco baixo	Risco médio	Risco alto
<b>1 a 2 fatores de risco</b>	Risco baixo		Risco médio		Risco muito alto
<b>3 ou mais fatores de risco ou lesão de órgão-alvo ou diabetes melito</b>	Risco médio	Risco alto			Risco muito alto
<b>Doença cardiovascular</b>	Risco alto	Risco muito alto			

Fonte: Extraído das VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010.

O diagnóstico de HAS deve ser validado por medidas repetidas em condições ideais, por pelo menos três vezes. Porém pode ser retardado pelo quadro frequentemente assintomático da doença, que se resumem a tonturas, cefaléias e zumbidos, e só aparecem sintomas mais específicos quando se estabelecem lesões em órgãos-alvo<sup>21</sup>. É recomendado que a medida da PA seja realizada com pelo menos 5 minutos de repouso, duas vezes nos dois braços, na posição sentada e de pé<sup>20</sup>.

Os países de baixo e médio desenvolvimento econômico apresentam as maiores taxas de mortalidade atribuídas a HAS, principalmente na faixa etária entre a quarta e sexta década de vida<sup>21</sup>.

Estima-se que 17 milhões de brasileiros convivam com a HAS. É a principal causa de morte no país<sup>20</sup> e sua incidência cresce em crianças e adolescentes. Sua incidência na população adulta vai de 15 a 20%, e até a 50% da população idosa<sup>23</sup>. Seu curso assintomático dificulta o diagnóstico e tratamento, fator que torna a adesão à terapêutica por parte do paciente uma tarefa difícil. E por isso, o controle da HAS tem sido considerado uma tarefa nem sempre eficaz<sup>18</sup>.

A HAS representa a principal causa de morte entre as DCNT, e enquadra diversos fatores de risco. Adultos e idosos são os mais frequentemente afetados, com prevalência semelhante entre homens e mulheres e menor entre os brancos. Em relação às condições

socioeconômicas, no Brasil a HAS é mais prevalente em pessoas com menor escolaridade. Estão envolvidos ainda, o elevado consumo de sal, o excesso de peso e obesidade, a herança genética, os fatores ambientais e estilos de vida pouco saudáveis. Sendo considerado um grave problema de Saúde Pública, as intervenções relacionadas incluem a prevenção com ênfase na detecção precoce e abordagem adequada dos fatores de risco<sup>20</sup>.

A prevenção e o tratamento da HAS exigem modificações no estilo de vida das pessoas, adoção de hábitos alimentares saudáveis com restrição ao consumo de sal, cessação do tabagismo e consumo restrito de álcool, a prática de exercícios físicos, perda de peso, uso constante de medicação anti-hipertensiva<sup>18</sup>. É fundamental a aderência do paciente às modificações necessárias em seu ritmo habitual de vida, que conheça e compreenda sua condição, os riscos de complicações e lesões em órgãos-alvo. Por se tratar de uma patologia silenciosa, os pacientes iniciam o tratamento, e com o desaparecimento dos sintomas, abandonam o acompanhamento.

Estudos mostram que a descontinuidade do tratamento é observada na maioria das doenças crônicas, que exigem tratamento por longo prazo ou até por toda a vida<sup>18</sup>. Cada paciente deve ser avaliado individualmente para pesquisa de estratificação de risco, presença associada de outras patologias e risco cardiovascular instalado. A adoção de estilo de vida saudável por 6 a 12 meses sem tratamento farmacológico pode ser adotado, desde que não se verifique doença em órgão-alvo, diabetes, ou doença cardiovascular<sup>20</sup>.

Para o tratamento farmacológico são utilizadas drogas como diuréticos, betabloqueadores, simpatolíticos de ação central, antagonistas dos canais de cálcio, inibidores da enzima conversora da angiotensina e antagonistas do receptor da angiotensina II. Essa medicação de uso diário e constante pode ser utilizada em monoterapia ou em associação, a depender da resposta no nível da PA do paciente, presença de efeitos adversos ou indesejáveis. O uso correto e regular vai garantir um controle adequado da doença, o que nem sempre é uma tarefa fácil. Vários fatores interferem no uso inadequado dessa medicação, como o custo, efeitos adversos, falta de constância e uso irregular<sup>23</sup>.

A abordagem hoje recomendada pelo Ministério da Saúde (MS) no Brasil prevê uma atenção individual associada a um acompanhamento a nível coletivo dos fatores envolvidos no diagnóstico de HAS, visando obter resultados mais consistentes no controle de sua prevalência a incidência, já que o principal objetivo seria a mudança dos padrões de estilo de vida, altamente influenciados pelo comportamento de uma população. Acredita-se que os

efeitos de uma estratégia de diminuição do risco, que alcance maior número de pessoas, possa causar uma redução mais efetiva destes, com efeitos multiplicadores sobre a incidência de HAS<sup>18</sup>.

O controle da PA em níveis ótimos configura uma das prioridades do programa de Atenção Básica, por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), no âmbito do SUS através de atividades educativas para prevenção e controle da PA, busca ativa, diagnóstico de hipertensão, com cadastro dos portadores na unidade de saúde para tratamento e acompanhamento<sup>25</sup>. A atenção adequada ao controle dos níveis pressóricos reduz os custos hospitalares, em decorrência das internações frequentes que causa o seu descontrole, e pode sobrecarregar o sistema de saúde pelas emergências e urgências hipertensivas<sup>20</sup>.

A atenção ao portador de HAS deve ser realizada por uma equipe multiprofissional; por médicos, enfermeiros, farmacêuticos, psicólogos, assistente social, agentes comunitários de saúde, e outros; uma vez que o sucesso da terapêutica depende de ações educativas, na busca por estilos de vida saudáveis, prática de exercícios físicos, dieta apropriada e uso de medicação. A interação desses atores é mecanismo facilitador da adesão ao tratamento, favorecendo o uso da pesquisa clínica e laboratorial multiprofissional, e a possibilidade da formação de grupos terapêuticos com atendimento coletivo e individual<sup>26</sup>. Levando em consideração diversos fatores, culturais, religiosos, econômicos e sociais, envolvidos na prevenção e controle da HAS<sup>18</sup>.

### 1.3 DIABETES MELLITUS

O Diabetes Mellitus também é uma condição crônica com crescente incidência nos últimos anos, principalmente na população adulta e gestante. Estima-se que em 2025 o número de portadores de diabetes duplique, chegando a cifra de 300 milhões de indivíduos com DM<sup>27</sup>. A doença é caracterizada por defeitos na produção e ação de insulina, resultando em hiperglicemia crônica, que acarreta sérios danos a alguns órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, vasos sanguíneos e coração. Hoje se sabe que a prevenção de complicações microvasculares do diabetes, envolve o controle glicêmico e redução dos níveis pressóricos. Sua presença é importante fator de risco cardiovascular, merecendo cuidados especiais dos profissionais de saúde<sup>28,29</sup>.

Esta doença alcança o patamar de uma epidemia mundial, com crescente aumento em sua incidência e prevalência. Pode levar a sérias incapacidades tais como amputações de membros, principalmente inferiores, cegueira e insuficiência renal. Estima-se que pessoas com diabetes têm duas vezes mais chances de ter HAS, e uma maior incidência de doença coronariana, doença arterial periférica e doença vascular cerebral. Pode causar neuropatias, artropatia, disfunção autonômica<sup>30</sup>. É a quarta causa de mortes no mundo<sup>30</sup>, a quinta indicação de hospitalização, e está entre as dez maiores causas de mortalidade<sup>29</sup>.

Seu diagnóstico é realizado por exames de sangue, como a glicemia de jejum e o teste de tolerância à glicose. A prevalência de Diabetes auto referido encontrada no ano de 2003 pela Pesquisa Mundial de Saúde foi de 6,2% em pessoas com idade  $\geq 18$  anos. Estudo utilizando dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas não Transmissíveis por Inquérito Telefônico (VIGITEL) 2009 calculou a prevalência de diabetes auto referida (que questiona se “Algum médico já lhe disse que o (a) Sr.(a) tem pressão alta? E diabetes?”) variou de 3,6% a 6,9% (entre as 27 capitais brasileiras), entre os homens a maior prevalência foi a de Natal, 6,8%, e entre as mulheres o mais freqüente foi o do Rio de Janeiro, 7,4%. Estes dados podem estar subestimados, vez que o diagnóstico de diabetes exige uma avaliação clínica específica, necessariamente com os resultados dos exames laboratoriais<sup>30</sup>.

A doença pode ser classificada como: Diabetes tipo 1 (caracterizada por uma deficiência completa de insulina, por destruição das células beta) é uma doença autoimune ou idiopática; Diabetes tipo 2 (diminuição de secreção e resistência à insulina); Outros tipos específicos (infecções, endocrinopatias, indução por drogas ou produtos químicos, etc.); Diabetes Gestacional<sup>29-31</sup>.

Para fins diagnósticos o exame da glicemia  $\geq 200$  mg/dL, 2 horas após de sobrecarga de 75g de glicose indica riscos elevados para DM; glicemia de jejum  $\geq 126$  mg /dL em duas ocasiões, ou  $\geq 200$  mg/dL associado a sintomas clássicos (poliúria, polidipsia, perda de peso não explicada) numa medida casual, confirmam o diagnóstico. Estes resultados devem ser sempre confirmados a menos que haja hiperglicemia inequívoca com descompensação metabólica aguda ou sintomas óbvios de DM<sup>29</sup>.

O DM tipo 1 tem incidência maior em crianças e adolescentes, mas também pode se desenvolver em qualquer idade durante a vida. Habitualmente apresenta os sintomas clássicos

do diabetes precedendo o diagnóstico como: poliúria, polidipsia, perda inexplicada de peso, polifagia e visão turva. Há a necessidade do uso da insulina para sobreviver<sup>29</sup>.

Já o DM tipo 2, mais freqüente, tem um desenvolvimento mais tardio (em torno de 40 a 60 anos de idade), tem forte associação com predisposição genética, está muito ligado a obesidade, mas de etiologia não claramente identificada. Muitos pacientes não apresentam os sintomas clássicos da doença, ficando por longo período sem diagnóstico. Há forte associação ao aumento da idade, sedentarismo, hipertensão arterial e dislipidemia, o paciente pode viver sem o uso da insulina, e sua necessidade é avaliada com o passar do tempo e o controle dos níveis glicêmicos<sup>29</sup>.

Outros tipos específicos de DM podem ser ocasionados por defeitos genéticos das células  $\beta$  do pâncreas, da ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino, endocrinopatias, diabetes quimicamente induzida, infecções, diabetes imunomediado e outras síndromes genéticas. O diabetes gestacional é aquele que o início coincide com a gravidez, podendo ou não continuar a desenvolver-se após o parto<sup>29,33</sup>.

O tratamento proposto para o controle do DM têm se mostrado controverso, especialistas afirmam que mesmo sob condições consideradas ótimas de acompanhamento, não se conseguiu um controle metabólico ideal, e destaca a importância de mudanças comportamentais, hábitos de vida, intervenções dietéticas, manutenção dos níveis glicêmicos, da pressão arterial, do peso e lipídeos sanguíneos; educação na busca de prevenção das complicações neuropáticas, macro e microvasculares<sup>29,35</sup>.

Estas medidas terapêuticas implicam grandes mudanças na vida das pessoas acometidas e de seus familiares. Necessariamente eles passarão a adotar uma rotina diária de uso de medicação oral, insulina, monitorização da glicemia capilar, reeducação alimentar e prática de exercícios físicos, para o controle adequado do DM<sup>29</sup>.

Assim como a HAS, sua incidência está ligada a fatores como excesso de peso, hereditariedade, ao sedentarismo, atingindo todas as faixas etárias, principalmente os idosos. O tratamento e controle destas doenças, que apesar de independentes, podem atuar de forma sinérgica<sup>35</sup>, são dispendiosos para o sistema de saúde, além de representarem condições geradoras de incapacidades, com perda da qualidade de vida (QV)<sup>36</sup>.

Níveis elevados de PA associados à Diabetes são muito frequentes, estão ligados ao aumento de riscos cardiovasculares, desenvolvimento de nefropatia diabética, e síndrome

metabólica. O que aumenta a preocupação com o controle das duas patologias. A HAS e o DM têm alta prevalência nas faixas etárias mais elevadas com grande impacto na qualidade e expectativa de vida dos portadores<sup>35</sup>.

#### 1.4 SISTEMA DE CADASTRAMENTO E ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES HIPERTENSOS E DIABÉTICOS - SISTEMA HIPERDIA

O HiperDia é um sistema de informação em saúde criado pelo Ministério da Saúde em 2002<sup>36,37</sup>. É parte do plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (PRAHADM); foi desenvolvido com o objetivo de monitorar pacientes atendidos e cadastrados na rede ambulatorial do SUS. Representa a principal estratégia de combate à epidemia de HAS e DM pelo MS<sup>38</sup>. Permite ao paciente o acompanhamento médico e acesso gratuito à medicação<sup>39</sup>. Gera e une informações para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos, de maneira sistemática, aos pacientes cadastrados<sup>40</sup>.

A alimentação adequada do sistema permite o fornecimento de informações suficientes para o planejamento eficaz de prevenção e controle de complicações nos hipertensos e diabéticos. Os dados epidemiológicos gerados podem constituir importantes parâmetros para a definição de ações e políticas de prevenção destas doenças<sup>40, 41</sup>.

A ESF como porta de entrada aos serviços de saúde capta os pacientes que são acolhidos pela equipe multiprofissional e passa a conhecer a realidade social, sanitária e familiar em que estão inseridos. Assim podem detectar os entraves à adesão ao tratamento, através de parcerias com a comunidade que ressaltem a importância do cuidado, e tem como principal proposta a prevenção das complicações que a falta de um tratamento adequado ao hipertenso e ao diabético pode ocasionar<sup>39</sup>.

A dispensação de medicamentos antidiabéticos orais, insulina e anti-hipertensivos, é de responsabilidade do governo federal, garantido pela Portaria GM/MS n. 2084, de 26 de outubro de 2005 que define mecanismos e responsabilidades para o financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica por seu Componente Estratégico. Dessa forma o MS repassa de forma direta aos municípios a medicação e garante resolutividade ao enfrentamento destas doenças consideradas prioritárias<sup>42</sup>.

## 1.5 QUALIDADE DE VIDA

O acometimento por uma DCNT interfere na vida de um indivíduo de forma complexa e intensa sobre diferentes aspectos de sua existência. Afeta de forma direta sua qualidade de vida, componente essencial da condição humana. Por isso o interesse da comunidade científica em avaliar o impacto das condições crônicas sobre a vida, seja de forma individual ou coletiva, nos diferentes grupos sociais e culturais, e em diferentes patologias<sup>8</sup>.

Doenças como HAS e DM impõe, necessariamente, um processo de adaptação a um novo estilo de vida, exigido ao controle clínico requerido pelo tratamento. É necessário adotar uma rotina de exercícios físicos, alimentação saudável, uso diário de medicação, em horários específicos, visitas regulares ao Posto de Saúde, para acompanhamento, e, quando necessário, visita ao especialista (cardiologista, oftalmologista, endocrinologista).

Estas mudanças implicam numa alteração nos hábitos de vida e, possivelmente, na sua qualidade. Apesar da complexidade do termo qualidade de vida, ele vem sendo usado para avaliar as condições de vida impostas ao enfrentamento de patologias crônicas. O uso deste termo implica avaliar aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais, espirituais, na busca de adaptações à condição de portador de uma condição crônica<sup>8</sup>

Qualidade de vida abrange um conceito complexo, que engloba a saúde e as condições de saúde. A preocupação com a QV das pessoas foi determinante na formulação moderna do conceito de Promoção da Saúde, que incorpora cuidados aos doentes crônicos, e a necessidade da manutenção da vida com qualidade, aliada ao controle da doença. Mantém relação com os objetivos previstos pelas reformas sanitárias, econômicas e sociais ao longo do desenvolvimento conceitual destes. Propõe ações voltadas para a coletividade, o desenvolvimento de ambientes social, econômico, e cultural saudáveis, passam a ser objetivos de políticas públicas de saúde<sup>37</sup>.

Os vários significados cabíveis no conceito de QV<sup>43</sup> permite relacioná-lo às percepções individuais das pessoas sobre sua vida, nos quais interferem valores culturais aos quais se expõem ao longo da vida. A QV relacionada à saúde (QVRS) atribui valor à duração da vida, quando da percepção de limitações físicas, psicológica, sociais, a influência da doença e de seu tratamento e outros agravos<sup>44</sup>. O estudo da percepção da QV, relacionado às pessoas acometidas por condições crônicas, tendem a considerar as influências que a doença agrega à



vida do paciente, e como estas podem interferir sobre as condições de vida e de saúde destas pessoas, em destaque para a adaptação ao tratamento<sup>45</sup>.

Antes considerado uma medida subjetiva da condição de vida, têm-se investido muito no meio científico em transformar a qualidade de vida em uma medida quantificável que revele o significado e o impacto de uma doença sobre a vida do paciente, tratando-a como uma forma eficaz de mostrar a qualidade das medidas terapêuticas utilizadas e das políticas de saúde implementadas. Cientificamente já se reconhece que o mais importante é avaliar se o tratamento aplicado a determinada patologia alcança os objetivos principais de “prolongar a vida, aliviar a dor, restaurar a função e prevenir a incapacidade”<sup>46</sup>

Em 1977 foi criado o termo Qualidade de Vida e incorporado ao *Medical Subject Heading* (MeSH) da US National Library of Medicine (MedLine) como expressão-chave na busca por artigos científicos. Datam desta década o desenvolvimento dos primeiros instrumentos de avaliação de qualidade de vida, que além de quantificar esta medida preocupam-se em agregar julgamentos de valor sobre a saúde (como o *Quality of Well Being Scale* – QWB), avaliar os resultados de determinado tratamento ou mesmo sobre os cuidados de saúde empregados (como o *Sickness Impact Profile* - SIP)<sup>47</sup>.

Um aspecto importante do uso destes instrumentos é que em sua maioria eles foram desenvolvidos em países de língua inglesa, e seu uso em outros países com diferentes línguas exige sua adaptação lingüística e cultural, sendo necessária sua tradução e validação. Foi essa preocupação que motivou a Organização Mundial de Saúde (OMS) a criar na década de 1990 o World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100) por um grupo multicêntrico de estudo sobre a Qualidade de Vida. O objetivo principal do grupo foi a busca pela definição conceitual para o termo QV. O resultado evidenciou a preocupação em relacionar meio ambiente, aspectos físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais<sup>48</sup>.

Tal conceito desenvolvido pelo WHOQOL Group considera QV “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”<sup>48</sup>. Definição que engloba aspectos fundamentais como a subjetividade, a multidimensionalidade e dimensões positivas e negativas de saúde<sup>32</sup>.

Atualmente existem diversos instrumentos utilizados para medir a QV. A determinação do uso de um instrumento vai depender do objetivo da pesquisa, da população a ser estudada, da praticidade que o instrumento oferece (se foi submetido a estudos de validade, reprodutibilidade e confiabilidade). É importante que o instrumento seja de fácil aplicação e compreensão, em formato simples que permita um tempo apropriado de obtenção dos dados. Eles podem ser divididos didaticamente em genéricos e específicos<sup>49</sup>.

Os instrumentos ou escalas genéricas foram criados com a finalidade de medir o impacto de uma doença em uma grande variedade de populações. Eles avaliam critérios multidimensionais, como capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos emocionais e saúde mental (também subdivididos em função, disfunção, desconforto físico e emocional). Podem avaliar perfil ou estado de saúde e medidas de *utility* (derivadas de medidas econômicas e de decisão, refletem a preferência de um paciente por determinado estado de saúde, tratamento ou intervenção). E ainda ser empregados para avaliar efeitos de programas de saúde implementados; ou comparar efeitos sobre a QV vida em doenças distintas. Algumas escalas genéricas utilizadas são o SIP, o Nottingham Health Profile (NHP), o McMaster Health Index Questionnaire (MHIQ), e o Rand Health Insurance Study (Rand HIS)<sup>50,51</sup>.

Os instrumentos ou escalas específicas são desenhados para uso em patologias definidas, medindo enfaticamente sintomas, incapacidades e limitações impostas pela doença. Elas são em geral multidimensionais (avaliando dor, incapacidades, aspectos mentais, por exemplo), e acrescentam uma avaliação da percepção geral que o indivíduo tem sobre sua QV relacionada à patologia específica. Alguns exemplos são o Kidney Disease and Quality-of-Life Short-Form (KDQOLSFTM), o Acromegaly Quality of Life Questionnaire (ACROQoL), o American Rheumatism Association (ARA) Functional Class, Katz Activities of Daily Living (ADL). São capazes de detectar melhora ou piora de determinados aspectos envolvidos na doença de forma individual e específica<sup>50,51</sup>.

## 1.6 SELEÇÃO DO INSTRUMENTO PARA ESTUDO - ESCALA MEDICAL OUTCOMES STUDY QUESTIONARY 36 – ITEM SHORT FORM HEALTH SURVEY (SF-36)

O Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF- 36) é um instrumento genérico desenvolvido na língua inglesa norte-americana, com versões já adaptadas em francês, alemão, sueco, inglês britânico, com validação em mais de 15 países<sup>52</sup>. Criado por Ware e Sherbourne em 1995, utilizado para análise em comorbidades crônicas<sup>53</sup> pode ser auto-administrável ou aplicado por entrevista por um pesquisador devidamente treinado, considerado um ponto positivo deste, uma vez que favorece a inclusão de pessoas com deficiência visual, pessoas com baixa escolaridade ou mesmo analfabetos.

Foi traduzido e validado na língua portuguesa por Ciconelli em 1997, ela aplicou o SF-36 em pacientes com artrite reumatóide, traduzindo-o e adequando-o as nossas condições socioeconômicas e culturais, tornando-o útil para uso em diversas patologias, verificou-se que ele é capaz de detectar mudanças no nível de QV ao longo do tempo. Considerado de fácil aplicação e compreensão, é instrumento de pesquisa bem desenhado, com reprodutibilidade, validade e confiabilidade já demonstradas<sup>54</sup>.

Este instrumento deriva do The Medical Outcomes Study (MOS), instrumento de avaliação de saúde que contém 149 itens, o desenvolvimento do SF-36 teve como objetivo a formulação de um instrumento abrangente, que contém aspectos importantes da QV, porém menos extenso. Antecedeu o SF-36, o SF-20 com 20 questões que abordavam capacidade física, limitação devido à doença, saúde mental e percepção da saúde, aspectos sociais e dor. No entanto os autores consideravam que era importante a representação de conceitos essenciais à QV, num total de 40 conceitos de escalas de avaliação de saúde, 8 foram selecionadas para comporem o SF-36, vale destacar que conceitos importantes, como função sexual, não forem inclusos<sup>55</sup>.

O SF-36 tem sido um instrumento muito utilizado nas análises de qualidade de vida no meio científico. Adéqua-se aos mais diversos métodos de pesquisa; estudos transversais, longitudinais, coorte; e as mais variadas patologias. Mostrou-se útil na avaliação de QV em doentes renais crônicos. O estudo de Santos comparou, com o SF-36, a QV de grupo de

pacientes atendidos por uma equipe interdisciplinar e grupo de pacientes com acompanhamento médico tradicional<sup>56</sup>.

Também utilizado com sucesso em estudo analítico transversal, que associou dados demográficos e dados relacionados a prevalência de transtornos mentais, aos escores obtidos para os domínios de análise do SF-36, em estudo sobre a QV em mulheres no climatério<sup>57</sup>. Também em trabalho que analisou QV entre mulheres na pós-menopausa praticantes de atividade física com e sem osteoporose, concluiu que aquelas mulheres que tem diagnóstico de osteoporose, mas que não tiveram fraturas pode ter uma QV semelhante à de mulheres na pós-menopausa sem osteoporose<sup>57</sup>. E em estudo comparativo entre usuárias e não usuárias de reposição hormonal<sup>58</sup>.

Viver com uma condição crônica de saúde requer adaptações multidimensionais em vários aspectos da vida, das quais interferem as relações sociais, o nível econômico, o contexto cultural no qual o indivíduo está envolvido. Tais fatores podem influenciar sobre o modo como a pessoa percebe sua QV, o que torna importante o estudo que relacione estes aspectos.

Nosso trabalho propôs estudar a qualidade de vida em portadores de HAS e DM, considerando variáveis sociodemográficas, econômicas, hábitos de vida, e dados relacionados à saúde, no intuito de verificar se há associações entre estas patologias e estas medidas de saúde. Acredita-se que tal avaliação será importante para a compreensão das medidas terapêuticas, na prevenção das complicações tão onerosas para os portadores e para o sistema de saúde.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a qualidade de vida de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica e de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

→ Descrever os dados das variáveis demográficas, socioeconômicas, hábitos de vida e dados relacionados à saúde (doença de base, outras doenças crônicas associadas, história de internação relacionada à patologia, tempo de diagnóstico, regime terapêutico medicamentoso) dos pacientes em estudo;

→ Verificar se existem diferenças de QV entre pacientes com HAS e pacientes com HAS e DM;

→ Relacionar os dados demográficos, socioeconômicas, de hábitos de vida e relativos à saúde com os escores de QV.

### 3 MATERIAIS E MÉTODOS

#### 3.1 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no Serviço Municipal de Saúde de Campina Grande, Paraíba (PB). Trata-se de uma unidade mista de saúde que oferece atendimento primário aos bairros de sua cobertura, Centenário, Prata e São José; e atenção de nível secundário, como serviço de referência para atendimentos ambulatoriais especializados para todo o município e cidades pactuadas da região. Está sob responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Campina Grande.

As ações relacionadas ao atendimento de Hipertensos e Diabéticos, no Serviço Municipal de Saúde, concentram atividades de nível primário aos pacientes cadastrados no grupo do HiperDia residentes nos três bairros circunvizinhos; e atendimento secundário especializado, quando necessário. Os pacientes têm acesso às especialidades ambulatoriais de clínica médica, cardiologia, endocrinologia, oftalmologia, dermatologia, ginecologia, serviço de consulta e acompanhamento por equipe de enfermagem, composta por enfermeira e técnico de enfermagem e assistência farmacêutica com distribuição de medicação pelo SUS.

O atendimento no serviço de HiperDia começa a partir do diagnóstico, realizado por algum médico, que pode ou não ser funcionário da unidade de saúde, de HAS e/ou DM. Depois da avaliação médica com prescrição de terapêutica individualizada, o paciente passa a fazer acompanhamento mensal com a Enfermeira da unidade, que orienta sobre os cuidados necessários sobre a dieta, uso da medicação, exercícios físicos. Na ocasião da consulta é realizada uma avaliação antropométrica com obtenção de medidas como circunferência abdominal, peso, altura, medida da pressão arterial e, quando necessário, obtenção da glicemia capilar. Este atendimento é despendido a todos os usuários cadastrados no serviço, que necessariamente resida em algum bairro de cobertura de atenção primária sob responsabilidade da unidade e que possam deslocar-se de sua residência até a unidade.

O serviço também distribui aos pacientes, com proposta terapêutica devidamente prescrita por algum médico da unidade, a medicação para o tratamento da HAS e do DM com dispensação pelo SUS, na Farmácia Básica da unidade. Eventualmente, algumas associações

medicamentosas prescritas pelo médico e não disponibilizadas pela farmácia básica, o paciente é orientado a obtê-la em farmácias comerciais.

### 3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo é constituída por pacientes cadastrados na unidade de saúde selecionada, no programa HiperDia, no ano de 2010. A unidade selecionada apresenta um grande número de pacientes cadastrados no programa (840 pacientes). É uma unidade de referência que atende a um público diverso em diferentes especialidades de saúde, como atendimento fisioterápico, tratamento de tuberculose, assistência farmacêutica com distribuição de medicação, e especialidades médicas, com profissionais especializados em cardiologia, endocrinologia, ginecologia, clínica médica, pediatria, entre outras.

A amostra de conveniência é composta por pacientes com diagnóstico de HAS e pacientes com HAS e DM, usuários da unidade selecionada para acompanhamento do tratamento anti-hipertensivo ou antidiabético. Do total de pacientes cadastrados cerca de 500 tem a possibilidade de deslocar-se até a unidade para o acompanhamento. Entre os meses destinados à coleta de dados, 299 pacientes foram entrevistados pelos pesquisadores, deste total, 234 apresentaram como doença de base a HAS, e 65 com diagnóstico de HAS e de DM, correspondendo à amostra do estudo.

### 3.3 TIPO DE ESTUDO

Estudo transversal, com amostra de conveniência dos usuários cadastrados na unidade de saúde selecionada. Com coleta de dados primários através de pesquisa descritiva e analítica e comparativa.

### 3.4 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

- Ter o diagnóstico clínico de HAS e/ ou DM;

- estar cadastrado no atendimento HiperDia do Serviço Municipal de Saúde;
- ser capaz de se comunicar verbalmente;
- comparecer no dia de agendamento de consulta de rotina realizada pela enfermeira ou médico da unidade, ou do grupo de Atenção Farmacêutica, que coincidissem com o dia estabelecido para a coleta de dados.

### 3.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Pacientes em acompanhamento temporário ou em trânsito;
- procedentes de outras regiões, por motivo de viagem, trabalho, passeio e outros;
- portadores de transtornos mentais.

### 3.6 COLETA DE DADOS

A coleta de dados teve início no mês de junho de 2010, e término em novembro do mesmo ano. As entrevistas foram realizadas de segunda a sexta no turno da manhã pela pesquisadora responsável, e alunos da graduação devidamente treinados para coleta de dados com os instrumentos desta pesquisa, assim como sobre as considerações éticas com pesquisa com seres humanos. Os ambientes utilizados foram: a sala de espera para as consultas ambulatoriais de rotina, realizadas pela Enfermeira do serviço; a sala de espera para as reuniões do grupo de Atenção Farmacêutica - trabalho de educação em saúde realizado por alunos e professores da Universidade Estadual da Paraíba com alguns dos pacientes cadastrados no serviço - nos momentos anteriores ou posteriores às atividades do grupo, dependendo da disponibilidade dos entrevistados, e ambiente reservado na Farmácia da unidade.

Foi utilizado um questionário semiestruturado para avaliar as características sociodemográficas, hábitos de vida e de saúde (Apêndice A), abordando os seguintes aspectos:



Parte I: Dados demográficos e socioeconômicos: idade em anos, gênero, estado civil, escolaridade, tipo de moradia (própria, casa de amigos ou parentes, asilo, outro), com quem mora (sozinho, com parente, com amigo, com cônjuge), renda em salário mínimo, profissão.

Parte II: Hábitos de vida (tabagismo, etilismo, atividade física, dieta orientada à terapia, sal adicional).

Parte III: Dados relacionados à saúde: doença diagnosticada, outras doenças crônicas associadas, história de internação relacionada à patologia, tempo de diagnóstico, regime terapêutico medicamentoso.

Em seguida aplicamos o SF-36 (Anexo). Este instrumento é útil no estudo de saúde em indivíduos em diversas condições clínicas, com dados objetivos sobre diversos aspectos da vida e saúde. Seu principal intuito é analisar como o indivíduo avalia sua saúde, refletindo sobre seu tratamento. Avalia aspectos globais relacionados à saúde (físico, social, psicológico, espiritual)<sup>39</sup>.

O questionário é formado basicamente por 36 itens, dispostos em 11 questões, que fornece amplas dimensões da qualidade de vida<sup>56</sup>. Compõe-se de oito domínios ou escala de análise de QV quantificáveis: “capacidade funcional” (10 itens que avaliam a capacidade física do indivíduo quanto à presença e extensão de limitações); o componente “aspectos físicos” (4 itens que avaliam o tipo e o quanto as limitações interferem no trabalho e nas atividades da vida diária; “dor” (2 itens que questionam sobre a presença, intensidade, e interferência da dor nas atividades diárias; “estado geral de saúde” (5 itens, avalia a percepção do paciente sobre sua saúde global); “vitalidade” (4 itens) refere-se ao nível de energia e fadiga; “aspectos sociais” (2 itens) avalia a integração do indivíduo em atividades sociais; o domínio “aspectos emocionais”, 3 itens, analisa impacto psicológico no bem-estar; e o domínio “saúde mental”, 5 itens, analisa ansiedade, depressão, alterações comportamentais, controle emocional, e bem-estar psicológico, e uma questão que compara condições de saúde atual e a de um ano atrás, apesar de não pontuar no escore total é considerado importante pois demonstra o conhecimento da doença pelo paciente<sup>47-54-58</sup>.

O somatório dos domínios de análise; com diferentes pontuações para cada quesito permitindo identificar os verdadeiros problemas de saúde de cada paciente; é transformado em uma escala que varia de zero (pior qualidade de vida) a 100 (melhor escore de qualidade de vida)<sup>57,58</sup>. Com o SF-36 é possível analisar como o indivíduo avalia sua saúde, refletindo

sobre seu tratamento, e sobre aspectos globais relativos à saúde (físico, social, psicológico, espiritual). Permite comparações entre diferentes patologias e diferentes tratamentos<sup>59</sup>.

### 3.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram tabulados e analisados no programa estatístico Statistical Package of the Social Sciences (SPSS) na versão 17.0. Utilizou-se de medidas de frequência para descrição das informações sociodemográficas, econômicas, hábitos de vida e para os dados relacionados à saúde.

A população em estudo foi dividida em dois grupos para análise de QV, um grupo com doença de base a HAS, com 234 pessoas; e um grupo com diagnóstico de HAS e DM, com 65 pessoas.

A descrição dos níveis de Qualidade de Vida foi realizada de duas formas distintas e complementares: a) descrição por medidas de tendência central (média, desvio-padrão e mediana); b) em seguida, os escores foram divididos em quartis para uma avaliação mais precisa da QV, com base na amplitude de variação dos dados.

Foi realizado o teste de Kolmogorov-Smirnov para verificar a natureza da distribuição das variáveis da amostra. Todos os domínios do SF-36 apresentaram distribuição não paramétrica, sendo utilizados como opção viável de análise os testes Kruskal-Wallis e Mann-Whitney, para identificar possíveis diferenças de qualidade de vida com as variáveis sociodemográficas, econômicas, hábitos de vida, dados relacionados à saúde (variáveis categóricas). Em todas as análises foi adotado um nível de significância  $p \leq 0,05$ .

### 3.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O trabalho, depois de submetido à avaliação pela Diretoria Geral do Serviço Municipal de Saúde e Comissão de avaliação da Secretaria de Saúde do Município de Campina Grande, no qual obteve aprovação comprovada pela assinatura de Termo de Autorização Institucional, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba. Foi

aprovado com número de Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 0190.0.133.000-10.

Esta pesquisa obedeceu aos princípios éticos legais que regem a Resolução nº 196 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece critérios éticos para as pesquisas com seres humanos. Para tanto todos os entrevistados receberam explicações precisas acerca dos objetivos da pesquisa, antes de concordarem em participar, obteve-se a assinatura do Termo de Compromisso dos Pesquisadores e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B). Não houve fontes de financiamento para esta pesquisa.

## 4 RESULTADOS

### 4.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E SOCIOECONÔMICAS DA POPULAÇÃO EM ESTUDO

Dos 299 pacientes entrevistados, as mulheres foram a maioria, representando 71,2% da amostra. A idade dos indivíduos variou de 18 a 87 anos ( $62, \pm 11$ ). A maior parte, 58,9%, está no grupo com mais de 61 anos de idade, e a menor, 16%, entre 18 e 50 anos. Grande parte, 58,9%, foram de brancos. Os casados foram 51,8%. A maioria, 259 pacientes (82,3%), tem filhos e afirmou morar com algum familiar (72,3%). A maioria, 91,3%, moram em casa própria ou alugada. Um total de 44,8% afirmou ter de 1 a 4 anos de estudo e 13,5% são analfabetos. Mais da metade, 53,5%, trabalha. A renda média foi de 2,1 salários mínimos ( $\pm 0,36$ ). A maioria, 87,9%, recebe até 3 salários mínimos mensais e afirmou contribuir com as despesas da família, 84,3% (Tabela 1).

**Tabela 1 - Distribuição das variáveis demográficas e socioeconômicas dos hipertensos e hipertenso-diabéticos. Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2010.**

<b>Varáveis Sociodemográficas</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Gênero</b>			
	Masculino	86	28,8
	Feminino	213	71,2
<b>Grupo etário</b>			
	18 a 30 anos	1	0,3
	31 a 40 anos	9	3,0
	41 a 50 anos	38	12,7
	51 a 60 anos	75	25,1
	61 e mais	176	58,9
<b>Cor da pele</b>			
	Brancos	176	58,9
	Negros	34	11,4
	Pardos	77	25,8
	Não Declarados	12	4,0
<b>Estado Conjugal</b>			
	Casado	155	51,8
	Solteiro	78	26,1
	Viúvo	66	22,1
<b>Filhos</b>			
	Sim	246	82,3
	Não	53	17,7
<b>Com quem mora</b>			
	Sozinho	36	12,0
	Familiar	214	72,3
	Amigo ou parente	47	15,7
<b>Tipo de Residência</b>			
	Própria ou alugada	273	91,3
	Casa de parentes	26	8,7
<b>Escolaridade</b>			
	Nenhuma	40	13,4
	1 a 4 anos	134	44,8
	5 a 8 anos	44	14,7
	> 9 anos	81	28,1
<b>Ocupação</b>			
	Trabalha	160	53,5
	Desempregado	23	7,7
	Aposentado	116	38,8
<b>Renda</b>			
	Até 3	263	87,9
	Mais de 3 a 8	32	10,7
	Mais de 8 a 12	4	1,3
<b>Participação na renda</b>			
	Sim	252	84,3
	Não	47	15,7

Fonte: dados da pesquisa.

## 4.2 PERFIL DOS HÁBITOS DE VIDA DA POPULAÇÃO EM ESTUDO

Um total de 56,2% dos entrevistados afirmou nunca ter fumado e 8,7% são fumantes. Uma parcela de 62,2% nunca consumiu bebida alcoólica enquanto 10,7% são consumidores habituais. Mais da metade, 53,5%, não tem o hábito de prática regular de atividade física. A maioria, 76,3%, não consome sal adicional à comida e 71,2% seguem dieta orientada à terapia (Tabela 2).

**Tabela 2 - Distribuição das variáveis de hábitos de vida dos hipertensos e hipertenso-diabéticos. Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2010.**

Hábitos de Vida	N	%
Tabagismo		
Nunca	168	56,2
Já fumou	105	35,1
Fuma	26	8,7
Etilismo		
Nunca	186	62,2
Já bebeu	81	27,1
Bebe	32	10,7
Atividade Física		
Sim	139	46,5
Não	160	53,5
Sal adicional		
Sim	71	23,7
Não	228	76,3
Dieta orientada à terapia		
Sim	213	71,2
Não	86	28,8

**Fonte: dados da pesquisa.**

## 4.3 DADOS RELACIONADOS À SAÚDE

Dos 299 participantes do estudo, um total de 234 (78,3%) é hipertenso, enquanto que 65 (21,7%) deles têm diagnóstico de HAS e DM. Grande parte, 48,4%, referiu ter algum outro tipo de doença crônica não-transmissível. Entre elas as mais recorrentes foram Problema Ósseo ou Muscular (35,13%) e Problema Circulatório ou do Coração com (14,3%). A maioria, 76,3%, afirmou não ter necessitado de internação relacionada à HAS ou a DM.

Um total de 57,2% dos pacientes hipertensos tem o diagnóstico da doença de até 5 anos. Entre os hipertenso-diabéticos, 44,7% tem o diagnóstico há 1 a 5 anos.

**Tabela 3 - Distribuição das variáveis relacionados à saúde dos hipertensos e hipertenso-diabéticos, Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2010.**

VARIÁVEIS		N	%
Patologia identificada	HAS	234	78,3
	HAS e DM	65	21,7
Outras doenças crônicas autoreferidas	Problema Respiratório	26	12,9
	Problema Circulatório ou do Coração	29	14,3
	Problema Auditivo	7	3,4
	Problema Visual	8	3,9
	Problema Mental ou Emocional	8	3,9
	Problema Gastrointestinal	11	5,4
	Problema Neurológico	4	1,9
	Problema Ósseo ou Muscular	71	35,1
	Nefropatia	6	2,9
	Neoplasias	5	2,4
	Outro	27	13,3
	*Total	202	100
História de internação relacionada à patologia	Sim	71	23,7
	Não	228	76,3
Tempo de diagnóstico de HAS	Até 12 meses	84	28,1
	1 a 5 anos	87	29,1
	6 a 10 anos	15	5,0
	11 a 20 anos	106	35,5
	21 e mais	5	1,7
	Ignorado	2	0,7
	Total	299	100
Tempo de diagnóstico de DM	Até 12 meses	5	7,7
	1 a 5 anos	24	37
	6 a 10 anos	20	30,7
	11 a 20 anos	10	15,3
	21 a 30 anos	5	7,7
Ignorado	1	1,5	

\*Podia ser registrado mais de um tipo de doença crônica. **Fonte: dados da pesquisa.**

A classe terapêutica mais utilizada foi a dos Diuréticos, referidos por 64,3% dos participantes. Em menor proporção estão os Vasodilatadores, referido por 1% (Tabela 4).

**Tabela 4 - Distribuição das classes terapêuticas utilizadas pela população. Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2010.**

Classes terapêuticas	N	%
Antidiabéticos Oraís	47	15,8
Insulinas	17	5,7
Hipolipemiantes	34	11,4

Digitálicos	11	3,7
Vasodilatadores	3	1
Inibid. de Enz. Conversora de Angiotensina	182	61,3
Antagonistas da Angiotensina II	23	7,7
Diuréticos	191	64,3
Antianginoso	24	8,1
Simpatoplégicos de Ação Central	12	4
Bloq. dos canais de cálcio	48	16,2
Antiagregante Plaquetário	53	17,8
Antagonistas dos Adrenorreceptores	68	22,9
Psicotrópicos	11	3,7

**Fonte: dados da pesquisa.**

#### 4.4 ESCORES DE QUALIDADE DE VIDA PARA A POPULAÇÃO EM ESTUDO

A tabela seguinte (Tabela 5) mostra o valor mínimo, mediana e valor máximo obtidos para os escores de QV do SF-36.

Obteve-se maior valor de mediana para o domínio “aspectos emocionais” e menor para “dor”. Os valores mínimos e máximos para todos os domínios corresponderam a respectivamente a 0,00 e 100,00, que indica que para todos os domínios foram obtidos tanto escores mínimo quanto máximo. Porém os dois componentes do SF-36 apresentaram valor mínimo diferente de zero, para o “componente mental” o mínimo foi de 3,13 e para o “componente físico” o mínimo foi de 3,75.

**Tabela 5 – Escores de Qualidade de vida para os domínios e componentes do SF-36 para a população em estudo. Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2010.**

<b>Domínios SF- 36</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Mediana</b>	<b>Máximo</b>
<b>Capacidade Funcional</b>	0,00	75,00	100,00
<b>Aspectos Físicos</b>	0,00	75,00	100,00
<b>Dor</b>	0,00	62,00	100,00
<b>Estado Geral de Saúde</b>	0,00	67,00	100,00
<b>Vitalidade</b>	0,00	65,00	100,00
<b>Aspectos Sociais</b>	0,00	93,75	100,00



<b>Aspectos Emocionais</b>	0,00	100,00	100,00
<b>Saúde Mental</b>	0,00	76,00	100,00
<b>Componente Físico</b>	3,75	68,50	100,00
<b>Componente Mental</b>	3,13	78,12	100,00

Fonte: dados da pesquisa.

#### 4.5 ESCORES DE QUALIDADE DE VIDA PARA A OS GRUPOS DE HIPERTENSOS E HIPERTENSO-DIABÉTICOS

A amostra foi dividida conforme o diagnóstico clínico identificado, em dois grupos respectivos: o grupo com HAS, num total de 234 indivíduos, e o grupo com HAS e DM, com 65 sujeitos. Os escores para os domínios e componentes do SF-36 para os grupos estão apresentados na tabela 6. O grupo de Hipertensos apresentou maiores medianas para “aspectos emocionais” e para “aspectos sociais” e menores medianas para “estado geral de saúde e “dor”. Os valores mínimo e máximo entre os domínios foi o mesmo, 0 (zero) e 100. Os componentes obtiveram valores mínimos diferenciados, 06, para o “componente físico” e 09, para o “componente mental”.

O grupo de hipertenso-diabéticos obteve maiores valores de medianas para “aspectos emocionais” e “aspectos sociais”, com valor reduzido para este domínio em relação ao grupo de hipertensos. O domínio “aspectos físicos” obteve a menor mediana para o grupo. O domínio “aspectos sociais” obteve valor mínimo diferenciado, 12; os demais obtiveram valor mínimo 0 e máximo 100. Os componentes obtiveram valor mínimo 3 e o “componente físico” obteve valor máximo 98.

**Tabela 6 - Escores de Qualidade de Vida para os grupos de Hipertensos e Hipertenso-diabéticos. Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2010.**

DOMÍNIOS/ COMPONENTES	HIPERTENSOS				HIPERTENSO-DIABETICOS			
	N	Mínimo	Mediana	Máximo	N	Mínimo	Mediana	Máximo
<b>Capacidade Funcional</b>	234	00	80	100	65	00	60	100
<b>Aspectos Físicos</b>	234	00	75	100	65	00	50	100

<b>Dor</b>	234	00	62	100	65	10	62	100
<b>Estado Geral de Saúde</b>	234	00	67	100	65	05	62	100
<b>Vitalidade</b>	234	00	70	100	65	00	65	100
<b>Aspectos Sociais</b>	234	00	100	100	65	12	87	100
<b>Aspectos Emocionais</b>	234	00	100	100	65	00	100	100
<b>Saúde Mental</b>	234	00	80	100	65	00	76	100
<b>Componente Físico</b>	234	06	69	100	65	03	65	98
<b>Componente Mental</b>	234	09	79	100	65	03	73	100

Fonte: dados da pesquisa.

#### 4.6 DIFERENÇAS DE ESCORES DE QUALIDADE DE VIDA ENTRE HIPERTENSOS E HIPERTENSO-DIABÉTICOS

A tabela seguinte traz diferenças de valores de escores para os domínios/componentes do SF-36 por delineamento entre participantes através da diferença de Posto Médio (PM). Encontrou-se diferença significativa para os domínios “capacidade funcional” e “aspectos sociais”. Nestes domínios os sujeitos com HAS apresentaram escores mais elevados que os sujeitos com HAS e DM.

**Tabela 7 - Diferenças de escores de Qualidade de Vida entre hipertensos e hipertenso-diabéticos. Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2010.**

DOMÍNIOS/ COMPONENTES	HIPERTENSOS			HIPERTENSO- DIABÉTICOS			<i>p</i> ≤
	N	PM	Mediana	N	PM	Mediana	
<b>Capacidade Funcional</b>	234	157	80	65	123	60	0,005
<b>Aspectos Físicos</b>	234	153	75	65	138	50	0,202
<b>Dor</b>	234	149	62	65	152	62	0,772
<b>Estado Geral de Saúde</b>	234	152	67	65	142	62	0,451
<b>Vitalidade</b>	234	153	70	65	138	65	0,210

<b>Aspectos Sociais</b>	234	154	100	65	130	87	0,034
<b>Aspectos Emocionais</b>	234	149	100	65	153	100	0,637
<b>Saúde Mental</b>	234	150	80	65	147	76	0,865
<b>Componente Físico</b>	234	153	69	65	136	65	0,167
<b>Componente Mental</b>	234	151	79	65	140	73	0,385

Fonte: dados da pesquisa.

#### 4.7 DISTRIBUIÇÃO DOS SUJEITOS EM QUARTIS PARA OS ESCORES DE QV PARA OS GRUPOS DE HIPERTENSOS E HIPERTENSO-DIABÉTICOS

Com o objetivo de identificar as distribuições percentuais de pacientes em cada domínio e componente do SF-36 dividimos os escores obtidos em quartis distribuídos de acordo com a variação da amostra. Para os todos os domínios os valores mínimos e máximos teve variação de 0 a 100, e os quartis foram distribuídos da seguinte forma: Quartil 1 escore de 0 a 25; Quartil 2 escore de 26 a 50; Quartil 3 escore de 51 a 75 e Quartil 4 escore de 76 a 100.

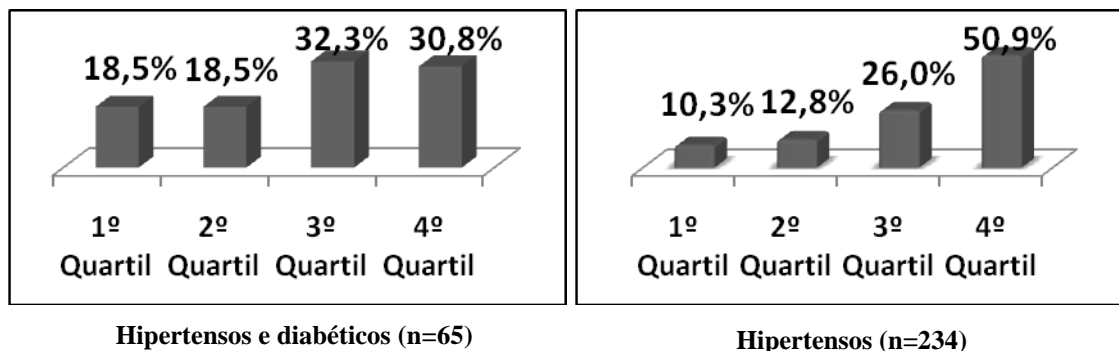
Os dois componentes de QV do SF-36 obtiveram valores mínimos e máximos diferenciados. O “componente físico” para o grupo de Hipertensos variou entre 06 a 100, e a distribuição dos quartis: Quartil 1 escore de 06 a 29,5; Quartil 2 escore de 29,6 a 53; Quartil 3 53,1 a 76,5; Quartil 4 escore de 76,7 a 100. Para o “componente mental” a variação foi de 09 a 100. E a distribuição dos quartis: Quartil 1 escore de 9 a 31,75; Quartil 2 escore de 31,76 a 54,5; Quartil 3 escore de 54,6 a 77,25; Quartil 4 77,26 a 100.

Para o grupo de hipertenso-diabéticos o “componente físico” teve variação de 3 a 98, a distribuição dos quartis: Quartil 1 escore de 3 a 26,75; Quartil 2 escore de 26,76 a 50,5; Quartil 3 escore de 50,6 a 74,25; Quartil 4 escore de 74,26 a 98. Para o “componente mental” a variação de escore foi de 3 a 100, e a distribuição dos quartis: Quartil 1 de 3 a 27,25; Quartil 2 escore de 27,26 a 51,5; Quartil 3 escore de 51,6 a 75,75 e o Quartil 4 escore de 75,76 a 100. Ilustramos os resultados nas figuras 1 a 10 que seguem:

A Figura 1 mostra a distribuição entre quartis para o domínio “capacidade funcional” para os dois grupos. Ilustra que para este domínio os grupos se portam de maneira diversa. Para os hipertenso-diabéticos, há um maior número de pessoas no quartil 3, com uma distribuição mais uniforme nos primeiros quartis, apesar da diferença de quase o dobro de

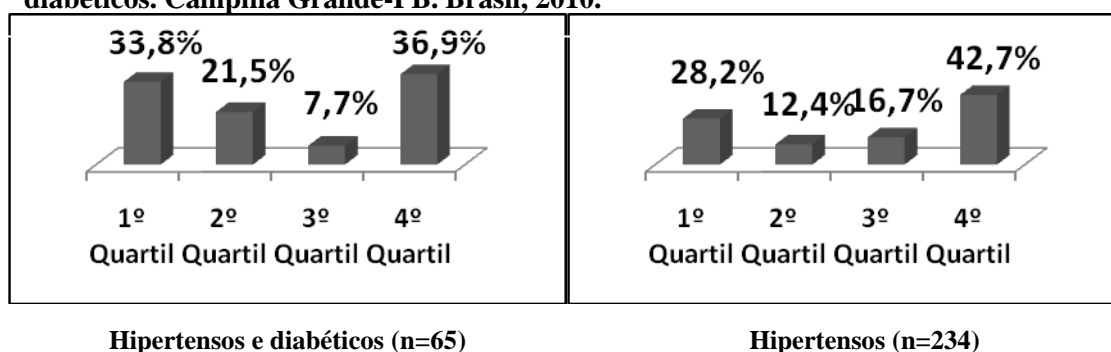
peçoas para o quartil 3; e o grupo de hipertensos a maior quantidade de peçoas está no quartil 4, com uma diferença significativa entre este e o primeiro quartil. De modo geral para este domínio percebe-se uma melhor avaliação da QV pelo grupo de hipertensos.

**Figura 1: Domínio “Capacidade Funcional” para os grupos: hipertensos e hipertenso-diabéticos. Campina Grande-PB. Brasil, 2010.**



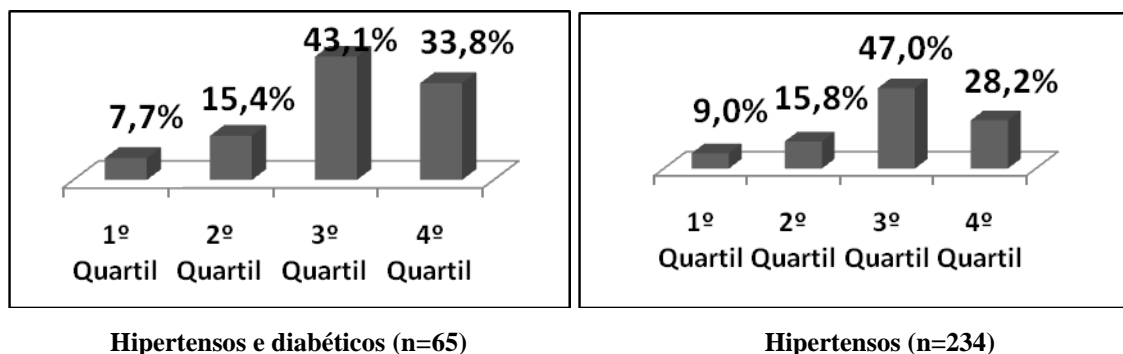
O domínio “aspectos físicos” apresentou uma distribuição bastante semelhante entre os grupos, com uma maior quantidade de peçoas classificando os domínios nos extremos dos quartis, e uma menor parte nos quartis intermediários. No que se refere aos “aspectos físicos” o grupo de hipertensos obteve uma melhor avaliação (Figura 2).

**Figura 2: Domínio “Aspectos Físicos” para os grupos: hipertensos e hipertenso-diabéticos. Campina Grande-PB. Brasil, 2010.**



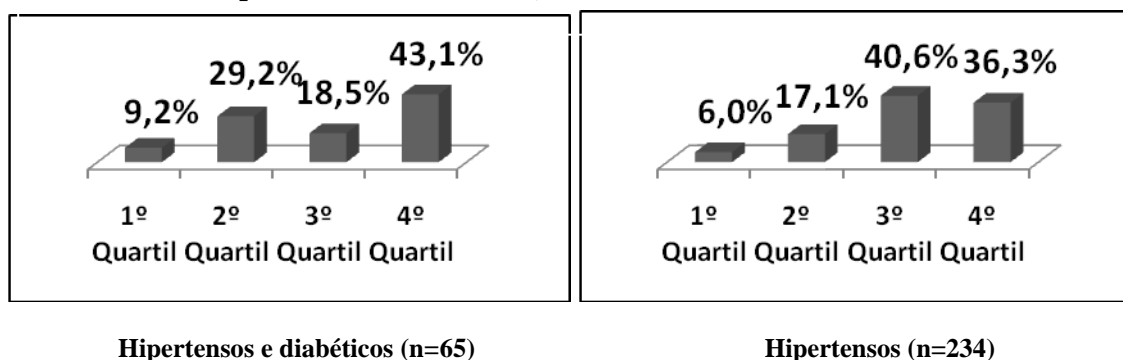
A Figura 3 ilustra a distribuição dos quartis para o domínio “dor”, as figuras apresentadas para os dois grupos são bem parecidas, de acordo com elas, é bem menor o número de pacientes que classificam de modo negativo o aspecto Dor para a sua QV, este domínio não se mostrou estar muito presente para as peçoas com HAS e DM.

**Figura 3: Domínio “Dor” para os grupos: hipertensos e hipertenso-diabéticos. Campina Grande-PB. Brasil, 2010.**



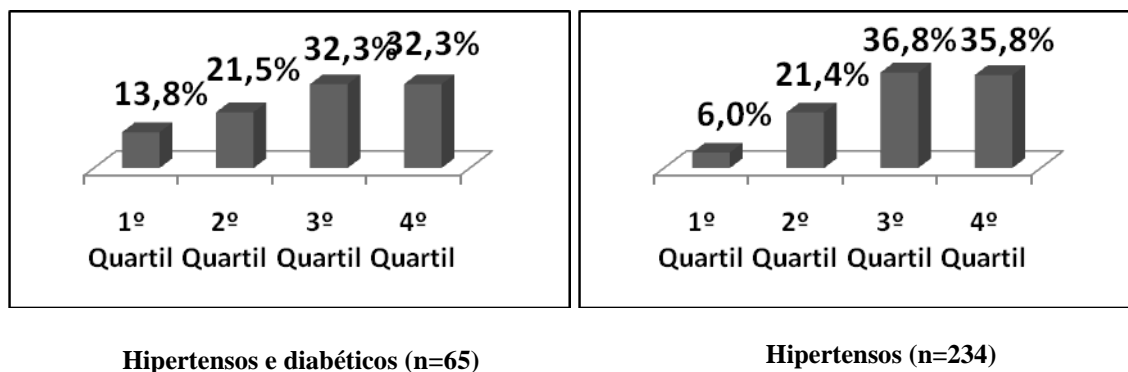
A Figura 4 traz a distribuição dos escores em quartis para o domínio “estado geral de saúde”. Os dois grupos se comportaram de forma bastante heterogênia, apesar disso uma menor quantidade de pessoas indicaram estar com o “estado geral de saúde” ruim. Para o grupo HAS e DM prevaleceu o quartil 4, e para o grupo HAS o quartil 3.

**Figura 4: Domínio “Estado Geral de Saúde” para os grupos: hipertensos e hipertenso-diabéticos. Campina Grande-PB. Brasil, 2010.**



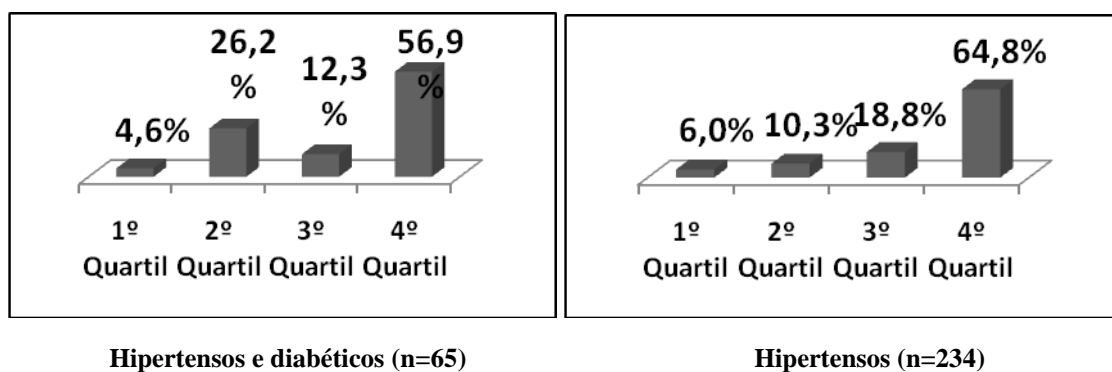
A Figura 5 mostra a distribuição dos quartis para “vitalidade”. Neste item as grupos se comportaram de modo muito semelhante, com uma menor quantidade de pessoas no quartil 1, e a maior quantidade de pessoas no quartil 4.

**Figura 5: Domínio “Vitalidade” para os grupos: hipertensos e hipertenso-diabéticos. Campina Grande-PB. Brasil, 2010.**



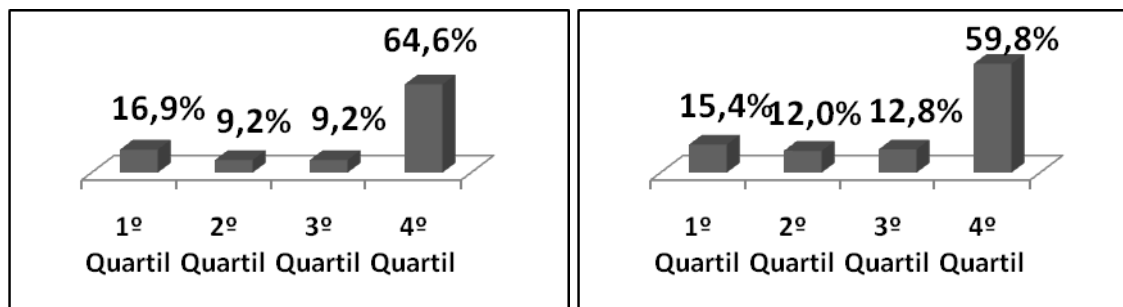
Para a Figura 6, traz os quartis para o domínio “aspectos sociais”, a menor quantidade de pessoas apresentou uma distribuição de escore para o quartil 1 nos dois grupos. Para o grupo HAS e DM, o quartil 2 apresentou um maior número de pessoas que o quartil 3, este valor chega a duplicar para o quartil 4. Para o grupo HAS, a quantidade de pessoas apresentou uma distribuição crescente com uma grande maioria de pacientes no quartil 4.

**Figura 6: Domínio “Aspectos sociais” para os grupos de hipertensos e hipertenso-diabéticos. Campina Grande-PB. Brasil, 2010.**



A Figura 7, traz a distribuição de quartis para o domínio “aspectos emocionais”, de acordo com a figura a distribuição dos quartis entre os grupos ocorreu de forma bem semelhante, com um menor número de pacientes distribuídos entre os quartis 3 e 4, uma porcentagem muito parecida deles no quartil 1, e a grande maioria, em ambos os grupos, no quartil 4.

**Figura 7: Domínio “Aspectos emocionais” para os grupos: hipertensos e hipertenso-diabéticos. Campina Grande-PB. Brasil, 2010.**

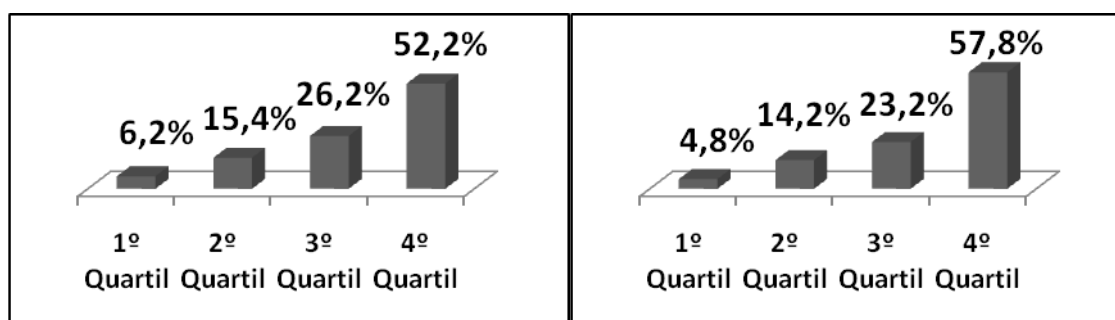


**Hipertensos e diabéticos (n=65)**

**Hipertensos (n=234)**

A Figura 8, para o domínio “saúde mental”, mostra figuras muito semelhantes, com uma menor quantidade de pacientes para o quartil 1, e este número aumenta de forma ascendente até o quartil 4, para ambos os grupos.

**Figura 8: Domínio “Saúde mental” para os grupos: hipertensos e hipertenso-diabéticos. Campina Grande-PB. Brasil, 2010.**

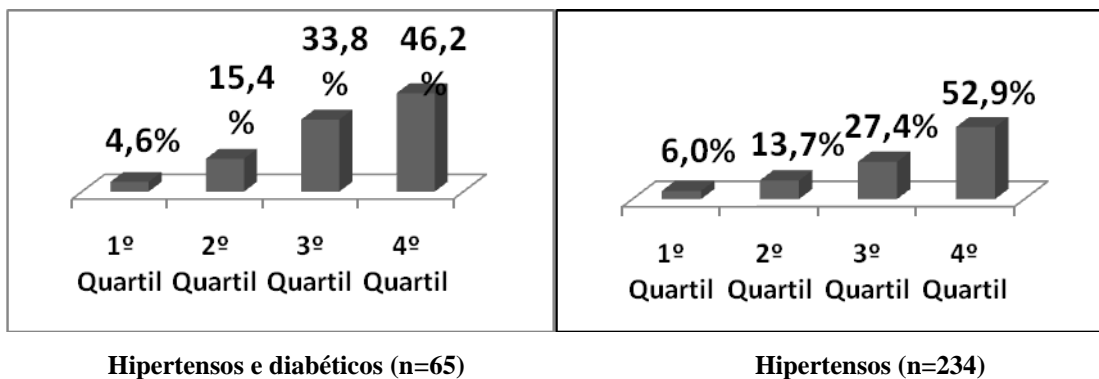


**Hipertensos e diabéticos (n=65)**

**Hipertensos (n=234)**

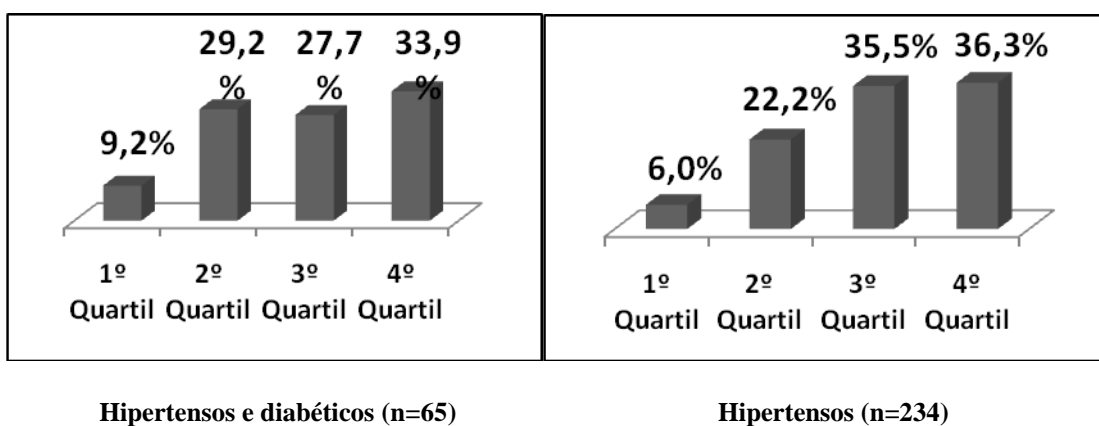
Do mesmo modo a Figura 9, que traz a distribuição dos quartis para o “componente mental” do SF-36, apresenta sua figura com um número muito pequeno de pacientes no quartil 1, e um número bem maior no quartil 4 para os dois grupos.

**Figura 9: Componente Sumário “Componente mental” para os grupos: hipertensos e hipertenso-diabéticos. Campina Grande-PB. Brasil, 2010.**



A Figura 10 traz a distribuição de pacientes entre os quartis para o “componente físico” do SF-36. De acordo com a figura para os dois grupos a menor quantidade de pessoas está no quartil 1, sendo que no grupo HAS o valor percentual é praticamente a metade em relação ao grupo HAS e DM. A grande maioria dos pacientes apresentou uma avaliação no “componente físico” de intermediária para melhor, sendo que o grupo HAS e DM apresentou uma distribuição muito próxima nestes quartis em termos percentuais.

**Figura 10: Componente Sumário “Componente físico” para os grupos: hipertensos e hipertenso-diabéticos. Campina Grande-PB. Brasil, 2010.**



De modo geral os domínios que apresentaram avaliações tendendo para uma QV negativa para os dois grupos foram “capacidade funcional” e “aspectos sociais”. Os quartis 3 e 4 foram predominantes para os demais domínios do SF-36 nos grupos.



#### 4.8 DIFERENÇAS DE QV PARA OS GRUPOS DE HIPERTENSOS E HIPERTENSO-DIABÉTICOS ENTRE VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, HÁBITOS DE VIDA E DADOS SOBRE A SAÚDE.

As tabelas seguintes mostram os resultados encontrados para avaliar se existem diferenças estatísticas significativas entre QV e os dados sociodemográficos, hábitos de vida, dados relacionados à saúde, para as condições em estudo (ter HAS e ter HAS e DM).

##### 4.8.1 TESTES DE DIFERENÇAS DE ESCORES – GÊNERO E QUALIDADE DE VIDA

A tabela 8 mostra informações relativas à variável sociodemográfica “Gênero” em relação à QV para os grupos. Os homens apresentaram maiores escores em todos os domínios/componentes significativos em ambos os grupos. No grupo de hipertenso-diabéticos foram significativos os seguintes domínios/componentes: “capacidade funcional”, “aspectos sociais”, “aspectos emocionais”, “saúde mental” e o “componente mental”. E para o grupo de hipertensos foram encontradas diferenças de ranks estatisticamente significativas entre os domínios “capacidade funcional”, “aspectos físicos”, “vitalidade”, “aspectos emocionais”, “saúde mental” e entre o “componente mental”.

**Tabela 8 - Diferenças de QV entre Gênero para os grupos de hipertensos e hipertenso-diabéticos, Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2010.**

	Domínios/ Componentes	Gênero	N	Rank	Z	Sig. ( $p \leq$ )
HIPERTENSO- DIABÉTICOS	Cap F*	M	21	41,29	-2,44	0,014
		F	44	29,05		
	AS*	M	21	42,76	-2,98	0,003
		F	44	28,34		
	AE*	M	21	37,93	-1,70	0,008
		F	44	30,65		
	SM*	M	21	39,64	-1,96	0,050
		F	44	29,83		
	CM*	M	21	41,57	-2,52	0,012
		F	44	28,91		
HIPERTENSOS	Cap F*	M	65	140,92	-3,29	0,001
		F	169	108,49		
	AF*	M	65	130,47	-1,91	0,056
		F	169	112,51		
	V*	M	65	134,37	-2,37	0,018

	F	169	111,01		
AE*	M	65	134,90	-2,76	0,006
	F	169	110,81		
SM*	M	65	136,57	-2,76	0,006
	F	169	109,43		
CM*	M	65	135,55	-2,70	0,007
	F	169	109,09		

\*Foram usados testes múltiplos para as variáveis Cap. F e AS portanto o nível de significância assumido para estas variáveis foi de  $p \leq 0,025$ . Para as demais variáveis o nível de significância assumido foi de  $p \leq 0,05$ . \* Cap. F (Capacidade Funcional), AS (Aspectos Sociais), AE (Aspectos emocionais), SM (Saúde Mental), CM (Componente Mental), AF (Aspectos Físicos), V (Vitalidade) **Fonte: dados da pesquisa.**

#### 4.8.2 TESTES DE DIFERENÇAS DE ESCORES – PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA E QUALIDADE DE VIDA

A Tabela 9 traz as informações relativas à variável sobre hábitos de vida “Prática de Atividade Física” em relação à QV para os grupos, com os valores de ranks, valor Z e nível de significância. Foram encontradas diferenças de ranks estatisticamente significativas entre os domínios “capacidade funcional”, “dor”, “estado geral de saúde”, “aspectos sociais” e entre o “componente físico” no grupo de hipertenso-diabético. E para o grupo de hipertensos encontrou-se diferenças de ranks estatisticamente significativas entre os domínios “capacidade funcional”, “aspectos físicos”, “dor”, “vitalidade”, “aspectos sociais”, para o “componente mental” e “componente físico”.

**Tabela 9 - Diferenças de QV entre Praticantes de Atividade Física para os grupos de Hipertensos e Hipertenso-diabéticos, Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2010.**

	Domínios/ Componentes	Prática de At. Física	N	Rank	Z	Sig. ( $p \leq$ )
<b>HIPERTENSO- DIABÉTICOS</b>	Cap F	Sim	28	39,96	-2,58	0,010
		Não	37	27,73		
	D	Sim	28	39,07	-2,28	0,053
		Não	37	28,41		
	EGS	Sim	28	39,05	-2,25	0,024
		Não	37	28,42		
	AS	Sim	28	40,43	-2,85	0,004
		Não	37	27,38		
	CF	Sim	28	40,32	-2,71	0,007
		Não	37	27,46		
<b>HIPERTEN- SOS</b>	Cap F	Sim	111	134,06	-3,69	0,000
		Não	123	101,48		
	AF	Sim	111	132,22	-3,44	0,001
		Não	123	103,16		
	D	Sim	111	129,42	-2,71	0,007
		Não	123	105,70		

V	Sim	111	130,70	-2,96	0,003
	Não	123	104,53		
AS	Sim	111	128,39	-2,81	0,005
	Não	123	105,59		
CM	Sim	111	128,00	-2,60	0,009
	Não	123	105,09		
CF	Sim	111	135,17	-3,92	0,000
	Não	123	100,47		

\*Foram usados testes múltiplos para as variáveis Cap. F e AS portanto o nível de significância assumido para estas variáveis foi de  $p \leq 0,025$ . Para as demais variáveis o nível de significância assumido foi de  $p \leq 0,05$ . \*CapF (Capacidade Funcional), D(Dor), EGS (Estado Geral de Saúde), AS(Aspectos Sociais), CF(Componente físico), CM(Componente mental). **Fonte: dados da pesquisa.**

#### 4.8.3 TESTES DE DIFERENÇAS DE ESCORES – ESCOLARIDADE E TEMPO DE DIAGNÓSTICO

Realizou-se testes ANOVA Kruskal Wallis para avaliar possíveis diferenças de QV entre as categorias de Escolaridade de Tempo de Diagnóstico. O teste revelou diferença significativa para “capacidade funcional”, “vitalidade”, “componente físico” e “componente mental” do grupo de hipertensos.

Para investigar a diferença dentro das categorias do grupo de hipertensos foram realizados testes de Mann-Whitney. Para o “componente físico” as categorias que tiveram uma diferença significativa foram: Nenhum ano de estudo com  $\geq 9$  anos de estudo ( $p \leq 0,003$ ) e até 12 meses com  $\geq 11$  anos de tempo de diagnóstico ( $p \leq 0,002$ ). Para o domínio “capacidade funcional” foi encontrado diferença significativa entre as categorias Nenhum ano de estudo com  $\geq 9$  anos de estudo ( $p \leq 0,004$ ); para o “componente mental” e o domínio “vitalidade” a diferença ficou entre as categorias Até 12 meses com  $\geq 11$  anos de tempo de diagnóstico (CM  $p \leq 0,001$ ; V  $p \leq 0,005$ ).

**Tabela 10 - Diferenças de QV para os grupos de hipertensos e hipertenso-diabéticos entre Escolaridade e Tempo de Diagnóstico. Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2010.**

Domínios QV	Hipertensos		Hipertenso/Diabéticos	
	Rank	Sig. ( $p \leq$ )	Rank	Sig. ( $p \leq$ )
CF*	Nenhuma	92,25	32,00	
	1 a 4 anos	113,33	32,80	0,70
	5 a 8 anos	117,50	40,64	
	$\geq 9$ anos	134,83	30,92	

	Tempo de Diagnóstico da Doença	Até 12 meses	135,88	0,016	37,63	0,60
		1 a 5 anos	118,54		32,82	
		6 a 10 anos	94,64		27,13	
		≥ 11 anos	102,97		30,32	
Cap F*	Escolaridade	Nenhuma	90,10	0,008	30,15	0,76
		1 a 4 anos	111,89		35,03	
		5 a 8 anos	117,12		35,71	
		≥ 9 anos anos	138,52		30,14	
CM*	Tempo de Diagnóstico da Doença	Até 12 meses	128,30	0,044	37,70	0,60
		1 a 5 anos	123,95		33,00	
		6 a 10 anos	105,77		28,38	
		11 a 20 anos	100,33		30,00	
V*	Tempo de Diagnóstico da Doença	Até 12 meses	133,70	0,025	33,23	0,88
		1 a 5 anos	120,69		34,94	
		6 a 10 anos	110,36		33,75	
		11 a 20 anos	100,88		30,45	

\*CF (Componente físico), (Capacidade funcional), CM (Componente mental), V (Vitalidade).

**Fonte: dados da pesquisa.**

## 5 DISCUSSÃO

### 5.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E SOCIOECONÔMICAS DA POPULAÇÃO EM ESTUDO

A predominância de pacientes hipertensos e diabéticos do gênero feminino coincide com outros estudos brasileiros que avaliaram QV<sup>59, 60, 61</sup> com grupos com estas doenças. Este fato pode ter ocorrido pelo predomínio da população feminina no Brasil e no mundo, principalmente, na faixa etária acima dos 50 anos; pela notável preocupação feminina em procurarem mais frequentemente os serviços de saúde, o que pode favorecer o diagnóstico precoce; e ainda, em virtude destas doenças terem alta prevalência na população acima de 35 anos<sup>60</sup> que, coincidentemente, agrega um número maior de mulheres de acordo com as estatísticas demográficas brasileiras para o gênero<sup>9</sup>.

A amostra caracterizou-se por um número crescente de pessoas com as doenças de interesse de acordo com a faixa etária, sendo bem maior o número de pessoas com mais de 60 anos de idade. Caracterizando uma ascendência quanto à prevalência destas doenças em relação à idade.

Mesmo a maior prevalência sendo observada no grupo de maior idade, ela ainda foi alta principalmente nas pessoas a partir de 40 anos. Do mesmo modo, o estudo de Ferreira et al, também mostrou uma alta prevalência de pessoas com HAS na faixa etária acima dos 60 anos, e uma tendência crescente na prevalência a partir dos 18 anos de idade. Esse aumento de prevalência com o aumento da faixa etária pode estar acontecendo em virtude do ganho de peso da população com o avançar da idade<sup>61</sup>.

Já se mostrou que o IMC (Índice de Massa Corporal) elevado tem associações com a HAS, também muito relacionado a hábitos comportamentais de risco, como inatividade física e hábitos alimentares inadequados<sup>61</sup>. Os níveis pressóricos aumentam com a idade, uma alteração própria do processo de envelhecimento que torna o indivíduo mais propenso ao desenvolvimento de HAS<sup>62</sup>.

Dentre outras características, a idade também interfere fortemente na prevalência de diabetes e na tolerância à glicose diminuída. Sua prevalência é mais evidente na faixa etária

que vai dos 60 aos 69 anos girando em torno de 17,4%, onde se observa um aumento de 6,4 vezes em relação à faixa etária dos 35 a 59 anos<sup>63</sup>.

A cor da pele não tem sido associada ao relato de doenças crônicas<sup>63</sup>, entretanto é classificado com um fator de risco não modificável (herança genética)<sup>64</sup>. Na literatura a prevalência de HAS para os grupos étnicos enquadrados como não brancos é maior que na de brancos, o que corrobora com a hipótese da herança genética na co-participação diagnóstica. Trata-se de um fator importante na medida da pressão arterial, sendo descrito níveis tensionais mais altos nos negros<sup>62</sup>.

Um importante aspecto a considerar é o baixo nível econômico, que é marcante para os negros brasileiros, e que podem contribuir para o agravamento da doença<sup>65</sup>. O DM também apresenta diferentes prevalências entre grupos étnicos; no Arizona, EUA, praticamente metade da população apresenta DM. No Brasil na população nipo-brasileira (ascendência japonesa) foi verificado aumento vertiginoso da prevalência da doença associado à suscetibilidade genética<sup>29</sup>.

Em alguns poucos estudos que relacionam o estado civil à HAS, predominam os casados como portadores da doença. Este estudo obteve um total de 52,8% de casados, a maior parte da amostra. O estudo de Cesarino et al. avaliou qualidade de vida em um grupo de hipertensos da cidade de São José do Rio Preto – SP, e encontrou uma porcentagem de 63,9% de casado, também a maior parte. É possível que este fato ocorra tendo em vista que há uma maior prevalência de pessoas com HAS, nas faixas etárias acima dos 35 anos e a grande maioria destas é casada<sup>62</sup>.

Os níveis de escolaridade encontrados na maioria dos estudos brasileiros definem uma baixa escolaridade para a maioria dos pacientes com HAS e DM<sup>65, 66, 67</sup>. De forma semelhante nossa amostra apresenta baixos níveis escolares, com 43,4% deles com apenas 1 a 4 anos de estudo, corroborando com outros estudos com indivíduos hipertensos; como o de Cesarino et al., que estimaram a prevalência de HAS num município de São Paulo, Brasil. Do total de sua amostra, 66,1% eram analfabetos, ou possuíam o ensino fundamental incompleto<sup>62</sup>. Entre as mulheres, alta escolaridade tem sido associada a fator de proteção para síndrome metabólica<sup>68</sup>.

Apesar de mais da metade da amostra afirmar que trabalha (53,5%), uma grande parcela é de aposentados (38,8%). No estudo de Pimenta et al., com idosos aposentados, aqueles que

mantinham alguma atividade laboral após a aposentadoria apresentaram melhores escores de QV em todos os domínios do SF-36. Piora na saúde mental de idosos inativos já foi descrito, principalmente em relação a aspectos emocionais, da mesma forma um trabalho que implique adicional estressante em aposentados resulta em piora na QV<sup>68,69</sup>.

O DM gera um importante custo social à medida que as pessoas ficam incapacitadas para o trabalho, em decorrência das complicações crônicas, ou ficam com alguma limitação para o desempenho profissional<sup>29</sup>. A HAS também pode se relacionar ao tipo de trabalho pelas condições de estresse que esse possa estabelecer, como pressões por alcance de resultados, exposição a barulho, altas temperaturas, vibrações extremas, natureza repetitiva e falta de autonomia<sup>70</sup>.

As condições socioeconômicas são determinantes sobre as condições de saúde, levando-se em consideração questões como o acesso aos serviços de saúde, grau de informação, nível de compreensão do problema e adesão aos tratamentos. As maiores taxas de Doenças Cardiovasculares são encontradas nos níveis socioeconômicos mais baixos<sup>70</sup>.

Trabalho desenvolvido no município de São José do Rio Preto em São Paulo, sobre prevalência de HAS, encontrou uma maior parcela de população nos extratos mais baixos de renda, níveis C, D e E pela classificação do IBGE<sup>62</sup>.

O DM é uma doença muito onerosa tanto para o indivíduo quanto para o sistema de saúde. Nos EUA o custo para um indivíduo com a doença comparado a um sem a doença foi estimado ser três vezes maior. Para o Brasil, o valor estimado para os custos diretos com a doença chega a 3,9 bilhões de dólares americanos<sup>29</sup>. Para o IBGE, no Brasil observa-se que o número de pessoas que referem problemas de saúde diminui à medida que a renda aumenta o que coloca o país em um padrão de grandes diferenças sociais em termos de saúde<sup>71</sup>.

Este trabalho; assim como o de Souza et al. realizado no Paraná, Brasil, com a maior parte dos participantes (hipertensos) numa faixa de renda de até 2 salários mínimos; mostrou uma população de hipertensos e diabéticos com 90% dos indivíduos com uma faixa de renda de 1 a 3 salários mínimos, que coincide com a faixa de renda da maioria da população brasileira. Os dois estudos diferem em termos percentuais para a faixa de renda da população brasileira, estimada em 27,8% das famílias com até dois salários mínimos de renda<sup>66</sup>. O trabalho de Sturmer et al. mostrou que a maioria das pessoas, que estavam na faixa de renda

de até um salário mínimo, apresentavam manejo inadequado da HAS em comparação com aquelas em faixas de renda mais elevadas<sup>72</sup>.

## 5.2 PERFIL DOS HÁBITOS DE VIDA DA POPULAÇÃO EM ESTUDO

Mudanças nos hábitos de vida ou determinantes comportamentais<sup>68</sup> são descritas como medidas de primeira escolha para a prevenção de doenças cardiovasculares. Capazes de prevenir o desenvolvimento da síndrome metabólica, uma série de achados diagnósticos que podem anteceder o DM, através da adoção de dietas hipocalóricas e hipolipídicas, prática de exercícios físicos regulares, pode determinar o risco de redução da intolerância à glicose para o DM. As mudanças de estilo de vida já demonstraram benefícios em ambos os sexos, todos os grupos étnicos, e faixas etárias, são, portanto, importantes medidas a serem adotadas na prevenção, tratamento e acompanhamento dos pacientes<sup>29</sup>. Fatores como o tabagismo, o consumo de álcool, inatividade física, estão relacionados ao manejo inadequado da terapia anti-hipertensiva<sup>72</sup>.

No nosso estudo um total de 168 pessoas (56,2%), nunca fumou; 105 pessoas (35,1%), que representa uma grande parcela da amostra, afirmou ter abandonado o vício do tabaco, que pode ser consequência das recomendações para o tratamento da HAS e do DM. Entretanto 26 pessoas (8,7% da amostra), não conseguiram abandonar o cigarro, que representa uma adesão ao tratamento dificultada por uma característica comportamental. De forma semelhante, Sá e Moura, estudando os fatores associados à carga de doenças da síndrome metabólica entre adultos brasileiros detectaram que 60,8% da amostra estudada nunca fumou; 22,4% eram ex-fumantes e 16,8% eram fumantes<sup>68</sup>.

O tabagismo é considerado um fator de risco cardiovascular importante para o hipertenso, e fator de risco aumentado para complicações cardiovasculares naqueles diabéticos. Em geral é indicada a suspensão do hábito entre os pacientes já que está associado ao mau controle do DM e causalmente associado com hipertensão e doença cardiovascular em pessoas com ou sem DM<sup>29</sup>.

O hábito de consumo de bebida alcoólica na nossa amostra mostrou um grande número de pessoas que afirmaram que nunca consumiram. Em grande parte pode-se explicar tal fato pelo maior número de mulheres na amostra; o fato de 27,1% ter afirmado ter consumido



bebida alcoólica em algum momento de suas vidas e abandonado indica que essas pessoas já foram alertadas sobre os riscos do consumo para hipertensos e diabéticos, e um processo efetivo de educação em saúde para melhoria dos hábitos de vida ou fatores comportamentais capazes de minimizar efeitos cardiovasculares ou metabólicos<sup>61</sup>.

O estudo de Ferreira et al encontrou uma frequência de 15,8% dos indivíduos com hipertensão arterial com consumo significativo de bebidas alcoólicas, para a população brasileira<sup>61</sup>. Alerta-se para a recomendação de que o consumo de bebida alcoólica deva ser abolido ou reduzido a doses controladas, principalmente para que se evite a hipoglicemia no DM, de uma dose (360 ml de cerveja, 150 ml de vinho ou 45 ml de destilados) para as mulheres e duas para os homens<sup>29,72</sup>.

Apesar de um grande número dos entrevistados ter afirmado que realiza alguma atividade física, a maior parte ainda não assumiu esse hábito. Sá e Moura trazem estatísticas semelhantes no estudo sobre carga de síndrome metabólica, com 61,2% da amostra com atividade física não suficiente, 22,6% insuficiente; e apenas 16,1% praticando atividade física de modo suficiente<sup>68</sup>. A piora do padrão alimentar e da prática de atividade física está associada ao aumento da prevalência de síndrome metabólica; alterações fisiopatológicas simultâneas, entre elas a hipertensão e o diabetes, que aumenta o risco de doenças cardiovasculares<sup>68</sup>.

Quanto ao consumo de sal, no nosso estudo um total de 71 pessoas, representando 23,7% da amostra afirmou consumo de sal adicional à comida preparada, um número considerado alto e fora das recomendações de ingestão de sal para hipertensos. O valor obtido foi muito mais alto que o obtido por Sturmer et al., também com hipertensos, verificaram que 23 indivíduos (6,1%) de uma amostra de 380 hipertensos faziam uso do sal adicional. Este valor pode estar relacionado a uma dificuldade de adesão ao tratamento indicado, ou mesmo falhas na indicação de mudança comportamental da pessoa com HAS<sup>72</sup>.

A indicação de consumo de sal para os diabéticos é limitada a 6 gramas diários, recomenda-se o uso de ervas e outros temperos naturais para dar sabor à comida, em substituição ao sal, além de uma alimentação mais saudável, cozidas, com preparo no lar ao invés de preparados industrializados. A perda de peso afeta positivamente a pressão sanguínea; para o hipertenso é indicada uma ingestão de sódio de 2.400 mg ou 6.000 mg de cloreto de sódio diários<sup>29</sup>.

Entre as recomendações de uma dieta adequada para pessoas com HAS e/ou DM estão: a prescrição de dietas emagrecedoras e consumo reduzido de alimentos ricos em gorduras<sup>72</sup>.

No estudo de Barreto e Figueiredo assim como neste, as pessoas que relataram doenças crônicas consumiam menos sal, fumavam menos e tomavam menos leite integral. Isto pode indicar mudanças comportamentais dos hábitos de vida na presença da doença, fenômeno conhecido como causalidade reversa, comum em estudos transversais<sup>63</sup>. Sá e Moura utilizando dados da pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) do ano de 2007 encontraram um padrão alimentar da população 66,9% considerado regular; 21,8% considerado bom; e 11,3% considerado ruim. O excesso de peso, a idade, atividade física insuficiente para ambos os sexos são considerados fatores de risco para dislipidemia<sup>68</sup>.

### 5.3 DADOS RELACIONADOS À SAÚDE

O estudo de Ferreira et al. mostrou que as pessoas que têm excesso de peso, diabetes, dislipidemias, e eventos cardiovasculares têm maior chance de desenvolver HAS. O menor número de pessoas encontradas no nosso estudo que têm diabetes e hipertensão talvez possa ser explicado pela menor prevalência do diabetes em relação à hipertensão<sup>61</sup>.

A hipertensão é um dos principais fatores de morbidade e mortalidade nas doenças cardiovasculares. O acompanhamento médico dispensado para estes pacientes depende de fatores como gravidade da doença, variabilidade da pressão, regime de tratamento proposto, aderência do paciente e recomendações não-farmacológicas. Já foi mostrado que indivíduos hipertensos com diabetes mellitus apresentavam um controle da doença melhor que aqueles que não tinham o diabetes associado<sup>72</sup>. O que é muito importante por que se sabe que a HAS torna-se mais grave quando associada a outras doenças crônicas, como o diabetes. A associação da HAS com o diabetes e as dislipidemias poderia expressar um mecanismo fisiopatológico comum<sup>61</sup>.

Apesar dos esforços do sistema de saúde o controle da HAS ainda é uma tarefa difícil, como mostra o trabalho de Sturmer et al., com hipertensos da cidade de Pelotas, Sul do Brasil, mostraram que apenas ¼ dos pacientes de sua amostra mantinha um manejo adequado da

patologia, e o que é pior, o estudo concluiu que pessoas com condições econômicas socialmente vulneráveis apresentavam maior chance de receber manejo inadequado<sup>72</sup>.

O estudo de Dias-da-Costa et al. mostrou que pessoas com doenças crônicas, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, bronquite crônica, e distúrbios psiquiátricos menores, tiveram probabilidade duas vezes maior de consultar algum profissional de saúde mais de oito vezes que as pessoas que não tem doença crônica<sup>73</sup>.

O grande número de pessoas com comorbidades crônicas de nossa amostra pode dever-se ao maior número de idosos que a compõe. As doenças crônico-degenerativas são frequentemente encontradas nesta faixa etária, que apesar de estarem vivendo mais, apresentam maior número de enfermidades crônicas, com implicações importantes para a pessoa acometida; uma vez que estas doenças são grandes geradoras de incapacidades, que pode impactar de forma negativa sobre seu bem estar e qualidade de vida; para a família, para o sistema de saúde<sup>74</sup>.

Barros et al. em estudo sobre auto-avaliação de saúde que questionava sobre a presença de hipertensão, diabetes, osteoporose, acidente vascular cerebral/infarto, triglicérides ou colesterol elevado, mostrou um número maior de pessoas que afirmaram ter até cinco comorbidades. O número de comorbidades crônicas exerce efeitos negativos na auto-avaliação de saúde das pessoas<sup>75</sup>.

Neste estudo um elevado porcentual de pacientes apresentaram problemas ósseos ou musculares (35,1%), seguidos de problema circulatório ou do coração (14,3%), e problemas respiratórios (12,9%). Alves et al. em estudo sobre influência de doenças crônicas na capacidade funcional de idosos no município de São Paulo, Brasil, encontrou 33,8% de sua amostra com artropatia, 20,6% com doença cardíaca, 12,5% com doença pulmonar, e 3,6% com câncer<sup>74</sup>. A presença de neoplasias esteve presente em 2,4% dos relatos de comorbidades de nossa amostra.

O estudo de Alves et al. dimensionou o impacto de cada doença identificada na capacidade funcional do idoso. De acordo com seu estudo a HAS aumenta em 39% a chance de o idoso ser dependente nas atividades de vida diária; a doença cardíaca, em 82%; a artropatia em 59%, a doença pulmonar, em 50%; e não se encontrou evidências que o câncer e o diabetes fossem causadores de incapacidades, diferentemente de outros relatos da literatura

de declínio funcional precoce para o diabetes, que pode ser duas vezes maior em relação aos hipertensos<sup>74</sup>.

O diabetes frequentemente é causador de complicações vasculares e neuropáticas, citadas no nosso estudo. O comprometimento da capacidade funcional pode ter implicações para a QV, por interferir na capacidade da pessoa desfrutar de sua independência, na sua participação na família e comunidade, pelas consequências da dependência física, funcional e financeira sobre a saúde mental da pessoa acometida<sup>74</sup>. O aumento da sobrevivência da população é concorrente com o crescimento da carga e o impacto social das DCNT<sup>75</sup>.

O elevado número de pessoas com problema circulatório ou do coração do nosso estudo mostrou uma grande chance de eventos cardiovasculares em pessoas com HAS, sugere-se aí uma forte presença de complicações da doença por tromboembolismos decorrentes da aterosclerose<sup>61</sup>.

Mortalidade associada a sintomas depressivos em idosos com doenças crônicas já foi descrita por alguns estudos. Para Teng et al. a presença de depressão piora vários fatores em pacientes clínicos<sup>76</sup>. Os problemas mentais ou emocionais, muitas vezes, podem estar subdiagnosticados em doentes crônicos, pela indiferenciação dos sintomas apresentados, como inapetência, fadiga, dor, insônia, lentificação. Talvez explique o pequeno número de frequência destes problemas em nossa amostra, com apenas oito referências, já que a prevalência estimada para pacientes clínicos pode chegar a 10%<sup>76</sup>.

É muito comum a descrição de cardiopatas deprimidos, e a doença cardíaca pode atingir 40% dos depressivos e levar a morte<sup>76</sup>. Os problemas mentais associam-se com dificuldade de adesão aos tratamentos e aumentam os riscos cardiovasculares, muitas vezes associados a fatores de risco como tabagismo, obesidade, diabetes, hipercolesterolemia. A presença de diabetes aumenta em duas vezes o risco de depressão, também o risco de pessoas com depressão de desenvolver diabetes tipo 2 é maior que na população em geral; e esses pacientes tendem a desenvolver mais complicações do diabetes como retinopatia, nefropatia, neuropatia, disfunções sexuais, e macrovasculares<sup>76</sup>.

O fator hospitalização em virtude da patologia de base neste estudo apresentou um valor percentual (23,7%). Bem maior que o trabalho de Dias-da-Costa et al. (prevalência de 6,3% ). Houve uma diferença metodológica entre os dois estudos, o deles questionava sobre internação no ano anterior à entrevista. A presença de doenças crônicas e as hospitalizações

decorrentes delas têm sido associadas a uma maior frequência de procura aos serviços de saúde<sup>73</sup>.

O trabalho de Sousa et al. realizado no Paraná com hipertensos, mostrou a maioria dos participantes do estudo tinham diagnóstico da doença há menos de seis anos. Que concorda com os dados do nosso estudo que encontrou uma grande parte (57,2%) dos pacientes hipertensos com até cinco anos de diagnóstico<sup>66</sup>.

Ações de vigilância sobre os fatores de risco para doenças crônicas são alternativas viáveis para a contenção do aumento de sua prevalência e controle das doenças na tentativa de diminuir a morbimortalidade. São importantes medidas de observação de como se comporta a doença no tempo e no espaço geográfico para que se promovam ações preventivas eficazes em Saúde Pública<sup>61</sup>.

Com o objetivo de se obter controle sobre os efeitos da pressão arterial elevada é necessário que o paciente seja submetido a um tratamento rigoroso, principalmente nos casos de difícil controle da PA, com adição de medicação anti-hipertensiva, seja sob monoterapia ou por uso de associações medicamentosas, para que o paciente desfrute dos efeitos de um tratamento eficaz. É importante lembrar que o uso único de terapia medicamentosa tem sido descrito com uma alternativa equivocada para o controle da HAS, e o principal objetivo do tratamento do tratamento anti-hipertensivo é reduzir a morbidade e mortalidade das complicações cardiovasculares que podem levar os valores elevados de PA. O tratamento medicamentoso pode afetar a QV dos hipertensos pelas reações adversas das drogas e pelas doenças que podem estar associadas à HAS<sup>77</sup>.

Estima-se que o número de pacientes com HAS que conseguem o controle do quadro hipertensivo é pequeno em todo o mundo, sendo necessário um controle rigoroso da terapia. Por isso esse assunto tem sido motivo de pesquisas sobre a HAS. Mesmo em estudos controlados o nível de controle da PA tem sido bem inferior ao desejado e é mais difícil quando existem doenças associadas como o diabetes e nefropatias. As principais dificuldades em manter um tratamento adequado são a pequena adesão às prescrições, os custos dos medicamentos, efeitos adversos das medicações, entre outros<sup>78</sup>.

A medicação mais utilizada pelos pacientes de nossa amostra foram os diuréticos com frequência de 64,3%, seguido por Inibidores de Enzima Conversora de Angiotensina (IECA) com 61,3%, e Antagonistas de Adrenorreceptores, com 22,9%. De modo semelhante, estudo

norte-americano que traz a frequência das medicações mais utilizadas para o controle da HAS, os diuréticos estão em primeiro lugar com frequência de 46%, os IECA com frequência de 37%, os Betabloqueadores vêm em seguida com 36%, e os Bloqueadores do Receptor da Angiotensina II (BRA II) por último com 24%<sup>78</sup>.

O tratamento para o controle do DM deve contemplar um conjunto de fatores comportamentais, de adoção de um ritmo de vida saudável, com prática de exercício físico, controle da alimentação, índice de massa corporal < 25 (considerado normal), não fumar e diminuir o consumo de bebida alcoólica. Todas essas medidas são necessárias para se reduzir e manter o controle glicêmico. Já está provado que a adoção de um estilo de vida saudável é mais eficaz em prevenir o diabetes que o uso de metformina, Antidiabético Oral (AO)<sup>79</sup>.

Outro fator importante para o tratamento do DM é a diminuição do nível de lipídeos, já que os triglicérides estão frequentemente aumentados na doença. O uso das estatinas está associado à diminuição do risco cardiovascular no diabetes<sup>79</sup>.

Os Antidiabéticos Oraís foram os mais citados, em nosso estudo, para o uso de controle do DM, um total de 47 pessoas (72% do total dos indivíduos com DM) fazia uso desta classe terapêutica. Gimenes et al. trazem dados de estudo multicêntrico brasileiro, onde um total de 40,7% dos diabéticos fazia uso de AO. Esta classe terapêutica é capaz de agir de três formas distintas: aumentando a secreção de insulina, reduzindo a resistência à insulina, e retardando a absorção pós-prandial de glicose<sup>80</sup>.

Como o DM geralmente tem curso assintomático, o uso correto da medicação pode ser uma meta de difícil alcance, quando os pacientes não são bem orientados em relação aos benefícios do uso correto da medicação, como também à mudança no estilo de vida. O uso de antidiabéticos orais é recomendado quando as modificações no estilo de vida, com exercício físico, dieta saudável não são capazes de manter um nível glicêmico desejado<sup>80</sup>.

#### 5.4 ESCORES DE QUALIDADE DE VIDA PARA A POPULAÇÃO EM ESTUDO

De acordo com a descrição dos escores obtidos para os domínios e componentes de QV do SF-36 obtidos para nossa amostra, os piores escores observados foram os domínios; considerando os dados obtidos para a mediana por tratar-se de uma amostra não paramétrica;

“dor”, “vitalidade”, “estado geral de saúde” e “aspectos físicos” respectivamente. Pimenta et al. encontraram como piores resultados de domínios “aspectos físicos”, “dor”, e “estado geral de saúde”. A semelhança entre os dois estudos talvez se deva ao fato de as duas amostras conterem um grande número de pessoas acima de 60 anos, e o estudo deles, apesar de não ser específico também agregar pessoas com HAS e DM além de outras doenças crônicas<sup>81</sup>.

A variável idade já foi identificada como fator que prediz o Componente Físico diminuído para QV. Este achado pode ser explicado pelo nível de experiência das pessoas com mais idade e seu grau de insatisfação com possíveis deficiências advindas com o avançar da idade; como também pela relação entre expectativa de vida e qualidade de vida percebida como descrito pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde<sup>82</sup>.

Barrantes também descreve uma relação negativa entre idade e o Componente Mental de QV. Assim percebe-se que há uma tendência maior de os pacientes perceberem a avaliarem negativamente sua QV com o avançar do grupo etário<sup>82</sup>.

## 5.5 ESCORES DE QUALIDADE DE VIDA PARA A OS GRUPOS DE HIPERTENSOS E HIPERTENSO-DIABÉTICOS

A descrição da mediana para os domínios de QV nos dois grupos mostrou que para o grupo de hipertensos os menores escores foram obtidos para “dor”, “estado geral de saúde” e “vitalidade”. Já para o grupo de hipertenso-diabéticos maior comprometimento foi observado nos domínios “aspectos físicos”, “estado geral de saúde” e “dor”. Nos dois grupos houve comprometimento conseqüente no sumário “componente físico”.

Não encontramos trabalhos sobre QV com hipertensos e diabéticos que trouxesse a mediana como medida para os escores de QV com o SF-36. Pelos resultados encontrados para as médias Wang et al. mostram valores menores para os domínios “estado geral de saúde”, “vitalidade”, para o “componente físico” e para o “componente mental”. Este trabalho observou comprometimento nas funções físicas e mentais que podem levar limitações na vida diária e na capacidade de trabalho. O comprometimento em nosso estudo do domínio “dor” não coincide com o do estudo de Wang et al. que mostra uma média de escore elevada<sup>83</sup>.

Tradicionalmente a HAS não está associada a dores no corpo, no entanto esse resultado pode estar associado à gravidade da doença, e também muito ligado a presença de comorbidades. Pacientes hipertensos tem um “estado geral de saúde” comprometido em relação às pessoas sem a doença, este domínio parece estar mais intimamente relacionado à hipertensão<sup>83</sup>. O impacto da HAS sobre a saúde física demonstra estar mais pronunciados do que para a saúde mental, que pode ser explicado pela percepção de sintomas, uso de medicação e complicações da doença.

A avaliação de QV em pacientes diabéticos está afetada negativamente em diversas investigações prévias em diferentes populações. Hervás et al. utilizando o SF-36 para avaliação de QV de espanhóis com DM2 para os domínios “aspectos físicos”, “estado geral de saúde” e “dor”. No estudo deles os domínios “estado geral de saúde”, “dor” e “saúde mental” obtiveram as piores pontuações de mediana em ordem crescente. Apesar da semelhança em relação aos domínios mais negativamente afetados nos dois estudos, nossa amostra obteve piores escores, é importante considerar que existe a HAS em associação em todos os pacientes do grupo, o que pode agravar os resultados da auto avaliação da QV<sup>84</sup>.

## 5.6 DIFERENÇAS DE ESCORES DE QUALIDADE DE VIDA ENTRE HIPERTENSOS E HIPERTENSO-DIABÉTICOS

A casuística deste estudo encontrou valores significativos estatisticamente para os domínios “capacidade funcional” e “aspectos sociais”. De acordo com os valores de mediana nestes dois domínios o grupo de hipertenso-diabéticos obteve escores menores em relação ao de hipertensos.

“Capacidade funcional” remete ao modo como respondemos as nossas necessidades do cotidiano<sup>85</sup>. A presença e extensão de limitações físicas, imobilidade e o déficit nas capacidades funcionais medidos pelo domínio “capacidade funcional” do SF-36 refletem na dependência funcional a que um indivíduo pode estar sujeito na presença de condições crônicas. É importante que a pessoa aprenda a desenvolver mecanismos de compensação e otimização da funcionalidade, através do uso de recursos tecnológicos, apoio social e psicológico<sup>85</sup>.



O domínio “aspectos sociais” analisado pelo SF-36 diz respeito aos reflexos da condição de saúde física nas atividades sociais<sup>86</sup>. O DM impõe um tratamento com restrição alimentar, uso de antidiabéticos orais, insulina. Uma rotina adicional é imposta para os pacientes que apresentam as duas doenças em foco capaz de prejudicar nas atividades de interação social.

No estudo de Moriel et al. o valor de escore para o domínio “capacidade funcional” foi associado à Pressão Arterial Sistólica mais elevada. E menores escores para “aspectos sociais” em indivíduos que se submeterem a intervenção coronária percutânea prévia, ou seja, aqueles que já foram submetidos a tratamentos cirúrgicos para tratamento vascular, possivelmente por complicações do comprometimento cardiovascular<sup>87</sup>.

A presença de valores de escores diminuídos no grupo de hipertenso-diabéticos explica-se pelo efeito das comorbidades, doença mais antiga ou mais grave. Ser diabético, não controlar a HAS, sobrepeso ou obesidade, e repetição de eventos cardiovasculares, ou seja, presença de múltiplos fatores de risco agravam a saúde e afetam de forma negativa o cotidiano dos indivíduos<sup>87</sup>.

## 5.7 DISTRIBUIÇÃO DOS SUJEITOS EM QUARTIS PARA OS ESCORES DE QV PARA OS GRUPOS DE HIPERTENSOS E HIPERTENSO-DIABÉTICOS

A utilização dos quartis tem a vantagem de desagregar a QV em um número maior de categorias, que possibilita a obtenção de resultados mais detalhados em vários níveis de QV. Na distribuição dos escores entre quartis os grupos portaram-se de maneira diversa em praticamente todos os domínios de SF-36. Para os domínios “dor”, “estado geral de saúde” e “aspectos emocionais” foram melhor avaliados pelo grupo de Hipertenso-diabéticos. Os demais domínios “capacidade funcional”, “aspectos físicos”, “vitalidade”, “aspectos sociais”, “saúde mental” e os “componentes mental e físico” tiveram melhor avaliação pelo grupo de hipertensos.

No estudo de Castro et al. que avaliou qualidade de vida com o SF-36 em doentes renais crônicos mostrou que para esses pacientes os domínios mais comprometidos foram “capacidade funcional”, “aspectos físicos” e “aspectos emocionais”. Os pacientes com diabetes apresentaram menores escores de para “capacidade funcional” e “estado geral de

saúde”, em relação aos que não tinham a doença<sup>88</sup>. Bem semelhante ao maior comprometimento neste estudo daqueles que tem HAS e DM, que pode sugerir um comprometimento maior da QV das pessoas que somam morbidades clínicas. Entre outros fatores podem interferir na QV: idade, tempo de diagnóstico/tratamento, intercorrências clínicas, comorbidades<sup>88</sup>.

O estudo de Pimenta et al. mostra que os aposentados que referiram ter HAS tiveram piores avaliações de QV no domínio “capacidade funcional” e os que tinham DM tiveram pior avaliação para “estado geral de saúde”<sup>81</sup>.

## 5.8 DIFERENÇAS DE QV PARA OS GRUPOS DE HIPERTENSOS E HIPERTENSO-DIABÉTICOS ENTRE VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS, SOCIOECONÔMICAS, HÁBITOS DE VIDA E CONDIÇÕES DE SAÚDE.

### 5.8.1 TESTES DE DIFERENÇAS DE ESCORES – GÊNERO E QUALIDADE DE VIDA

Este estudo encontrou ranks médios maiores entre os homens em relação aos das mulheres em todos os domínios/componentes do SF-36, indicando que os pacientes hipertensos e hipertenso-diabéticos do sexo masculino apresentaram uma melhor QV que os do sexo feminino.

O domínio “aspectos físicos”, estatisticamente significante no grupo de hipertensos deste estudo, avalia a interferência de problemas de saúde na realização do trabalho e das atividades diárias. A amostra é composta por uma grande parcela de pessoas em idade produtiva e talvez o fato de serem hipertensos, em tratamento não lhes impossibilite para o trabalho. Já para o grupo de hipertenso-diabéticos o domínio “aspectos físicos” pode representar um entrave tanto pela doença como pelo fato de estes indivíduos terem, em sua maioria, mais idade.

O domínio “aspectos emocionais” avalia a interferência de problemas emocionais nas atividades sociais, o rank médio para este domínio no grupo de hipertenso-diabéticos foi significativamente menor em relação ao de hipertensos. Que pode indicar que a presença de morbidades associadas, o uso da medicação para o diabetes, a frequência urinária, ou a presença de sequelas do diabetes podem interferir negativamente na integração social desse

grupo. Vale destacar que este domínio obteve menores escores entre o grupo de hipertensos-diabéticos.

No estudo de Barrantes o gênero feminino, diabetes e outras características associaram-se a um número menor na pontuação para os escores do “componente físico” do SF-36. E para o “componente mental” o antecedente de diabetes, assim como história de doença arterial coronariana, comorbidade, estado civil solteiro, baixo nível socioeconômico correlacionaram-se com escores menores<sup>82</sup>. No estudo de Moriel et al. as mulheres apresentaram comprometimento de “capacidade funcional”, mais “dor” e “saúde mental” prejudicada<sup>87</sup>.

O gênero feminino tem sido descrito com uma variável independente que influi de forma negativa na QV. Algumas situações hipotéticas são propostas a esse fato como: a severidade da doença, uma maior tendência de reportar sintomas, e difícil recuperação da doença arterial coronariana. Estudo aponta que as mulheres constituem um grupo vulnerável, com mais limitações físicas e sociais, estresse psicológico em relação aos homens. Para Barrantes as diferenças de gênero podem ser elucidadas em estudos longitudinais, que permitem um seguimento das pacientes que possa detectar mudanças na QV<sup>82</sup>.

### 5.8.2 TESTES DE DIFERENÇAS DE ESCORES – PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA E QUALIDADE DE VIDA

Nos dois grupos em estudo a quantidade de pessoas que afirmaram atividade física regular foi menor do que as que afirmaram não praticar, com melhores resultados para o grupo de hipertensos. No estudo de Pimenta et al, sobre QV em idosos aposentados, a prática de atividade física regular foi associada com melhor qualidade de vida nos domínios “capacidade funcional”, “estado geral de saúde”, “vitalidade”, “aspectos sociais” e “saúde mental”<sup>81</sup>. Estes dados corroboram outros estudos que referem melhora de QV com a prática de atividade física<sup>89,90</sup>.

### 5.8.3 TESTES DE DIFERENÇAS DE ESCORES – ESCOLARIDADE E TEMPO DE DIAGNÓSTICO

Não foi possível afirmar que a diferença encontrada entre os Ranks dos hipertenso-diabéticos não se deve ao erro amostral. Uma das hipóteses possíveis de serem levantadas para este caso é o baixo poder da amostra, isso se deve em parte ao pequeno número de sujeitos para este grupo.

Para o grupo de hipertensos os maiores escores de ranks médios para o Componente Físico entre as categorias de escolaridade ficou para o grupo com > 9 anos de estudo; e para tempo de diagnóstico para o grupo com menor tempo de diagnóstico, até 12 meses. O estudo de Guallar-Castillo'n et al. encontrou diferença significativa e valores de escores menores para os domínios “estado geral de saúde” e “aspectos sociais” (domínios que fazem parte do “componente físico”) para as mulheres com menos anos de estudo. Além disso a QV é pior em pessoas idosas com menor escolaridade<sup>91</sup>.

O domínio “capacidade funcional” obteve escores crescentes de QV do nível de menor escolaridade para o de maior. Este resultado coincide com o trabalho de Bardage e Isacson - realizado com a população geral sueca - para o grupo de hipertensos, que encontrou médias crescentes de escores de QV à medida que se ascende nos anos de escolaridade. Para o grupo de não-hipertensos os resultados comportaram-se da mesma forma só que com valores maiores de escores para todos os níveis de escolaridade<sup>92</sup>.

Parece haver uma tendência voltada para melhores escores de QV conforme trate-se de grupos mais favorecidos socialmente e com maior escolarização<sup>93</sup>. Khemat et al. utilizando um modelo de regressão logística para saber quais os preditores de QV, em estudo com pacientes transplantados renais, nível escolar abaixo do médio sugeriram uma QV menor<sup>94</sup>.

Ainda para a variável tempo de diagnóstico foram encontrados resultados estatisticamente significativos para o “componente mental” e para “vitalidade”. Tanto no “componente mental” como para o domínio “vitalidade” os escores de QV comportaram-se de maneira crescente à medida que a doença era mais recente para o paciente. Não encontramos trabalhos na literatura consultada realizados com o questionário de QV SF-36 que analisem o tempo de diagnóstico.

No entanto Bündchen et al. que analisaram QV com o Miniquestionário de qualidade de vida em hipertensão arterial – MINICHAL, não encontrou diferença significativa entre IMC e tempo de diagnóstico, nem correlação significativa entre esta variável e os escores de qualidade de vida<sup>77</sup>. No entanto no estudo *Syst-Eur* foram observados escores de QV piores conforme aumentava o tempo de diagnóstico de HAS e presença de comorbidades<sup>95</sup>.

Nosso estudo utilizou amostra não probabilística. É evidente que as pesquisas probabilísticas possuem superioridade em relação à possibilidade de generalização dos resultados. O uso de uma amostra selecionada por conveniência pode ser considerada uma limitação do estudo, o que aumenta a chance de eventual viés nos resultados.

O corte transversal não permite uma interpretação causal entre os resultados que ligam as variáveis demográficas, socioeconômicas, de hábitos de vida e condições de saúde às diferenças de QV. Alguns aspectos que poderiam funcionar como confundidores como a gravidade da doença (tanto da hipertensão quanto do diabetes), os efeitos colaterais da medicação, ou o tratamento não foram avaliados.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho mostrou que os pacientes com hipertensão apresentaram melhores escores de QV comparados àqueles com hipertensão e diabetes mellitus, sugerindo uma avaliação mais negativa da QV daqueles com HAS e DM. A QV está ainda mais afetada em relação ao gênero feminino. A prática de atividade física está relacionada à melhores escores de QV em hipertensos e diabéticos. A QV apresentou melhores escores para os hipertensos conforme a escolaridade, em anos de estudo, foi maior, e o tempo de diagnóstico da doença, em anos, foi menor.

Estes resultados reforçam a importância de prevenir e tratar a hipertensão e o diabetes, evitar o acometimento por comorbidades, implementar uma rotina de hábitos de vida saudáveis para estes pacientes, à fim de evitar a deterioração na QV entre os hipertensos e diabéticos. As medidas genéricas de qualidade de vida são capazes de indicar exatamente para o profissional de saúde quais as principais necessidades dos pacientes. Para melhoria da assistência estas medidas aplicadas repetitivamente no decorrer de um determinado período podem definir melhora ou piora em diferentes aspectos (físicos ou emocionais) e servem para avaliar as intervenções utilizadas. Assim sugerimos a necessidade de estudos longitudinais para pacientes com HAS e DM.

É importante ressaltar que algumas das variáveis que podem explicar as diferenças de QV são potencialmente modificáveis, daí a importância da implementação de atividades de educação em saúde para facilitar a adesão ao tratamento e dessa forma controlar a pressão arterial e o diabetes dessa população. O impacto destas doenças na vida destes pacientes ainda é pouco estudado, porém é de extrema necessidade para melhoria da atenção dada a hipertensos e diabéticos.

## 7 REFERÊNCIAS

1. Lotufo, PA. Por que não vivemos uma epidemia de doenças crônicas: o exemplo das doenças cardiovasculares? *Ciênc. saúde coletiva* [online]. vol.9, n.4. 2004 [cited 2010-05-18], pp. 844-847.
2. Barros, MBA et al. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. vol.11, n.4. 2006 [cited 2010-05-18], pp. 911-926.
3. Alves e Rodrigues. Autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*. 2005. 17(5/6).
4. Almeida-filho, N. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2004. 9(4): 865-884.
5. Achutti, A. & Azambuja, M. I. R. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2004, 9(4):833-840.
6. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS: avanços e desafios./ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2006. 164 p.
7. Almeida, M F *et al.* Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2002, 7(4):743-756.
8. Martins, L M; França, A P D; Kimura, M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. *Rev. latino-am. enfermagem - Ribeirão Preto* – 1996, v. 4 - n. 3 - p. 5-18.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. CENSO BRASILEIRO 2010. [www.ibge.gov.br/censo2010](http://www.ibge.gov.br/censo2010).
10. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2010, 15(5):2297-2305.
11. Rouquayrol & Almeida-filho. *Epidemiologia e saúde*. 6ª Ed. Rio de Janeiro MEDSI. 2003.
12. Nota Técnica: anos potenciais de vida perdidos.- (jul.) 2010- Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão \ Programa Estado para Resultados, 2010- 11p.: II.
13. Brasil. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro/ Organização Panamericana da Saúde, 2005. 88. II.
14. Mendonça, G. A. S. Tendências da investigação epidemiológica em doenças crônicas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2001, 17(3): 697-703 mai-jun.
15. Pereira et al. Risco cardiovascular e autoavaliação da saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, 2009, 25(6).
16. Leite-Cavalcanti, C. et al. Prevalência de doenças crônicas e estado nutricional em um grupo de idosos brasileiros. *Rev de salud púb .*, 2009, Volumen 11(6).
17. Lessa, I. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2004, 9(4):931-943.

18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 58 p. – (Cadernos de Atenção Básica; 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
19. Freitas, OC et al. Prevalence of hypertension in the urban population of Catanduva, in the state of São Paulo, Brasil. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, 2001, v.77, n.1, p.9-21.
20. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol*. 2010; 95(1 supl.1): 1-51.
21. Jatene, et al; *Cardiologia Básica*. Editora Roca. São Paulo. 1999.
22. Luna, RL. *Medicina de família: saúde do adulto e do idoso*. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2006.
23. Mion JR D et al. Tratamento da Hipertensão Arterial – Respostas de Médicos Brasileiros a um Inquérito. *Rev Ass Med Brasil* 2001; 47(3): 249-54.
24. Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Sociedade Brasileira de Cardiologia – SBC, Sociedade Brasileira de Hipertensão – SBH, Sociedade Brasileira de Nefrologia – SBN. São Paulo, 2006.
25. Sousa et al. Hipertensão Arterial e Saúde da Família: Atenção aos Portadores em Município de Pequeno Porte na Região Sul do Brasil. *Arq Bras Cardiol*. 2006, 87: 496-503.
26. Sociedade Brasileira de Cardiologia. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol*, 2004, volume 82, (suplemento IV).
27. Paiva, DCP. Bersuda, AAS. Escuder, MML. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2006, 22(2):377-385.
28. Schaan & Reis. *Doença Cardiovascular e Diabetes*. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2007;51/2.
29. Sociedade Brasileira de Diabetes. *Cuidados de Enfermagem em Diabetes Mellitus*. Departamento de Enfermagem da Sociedade Brasileira de Diabetes. Manual de Enfermagem. São Paulo. 2009.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. VIGITEL Brasil 2009: vigilância dos fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico- Brasília, 2010. 116p. : II.
31. Torres HC et al. Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(2):291-8.
32. Schmidt MI et al. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(Supl 2):74-82.
33. Gross, J; Silveiro, SP; Camargo, JL; Reichelt, AJ; Azevedo, MJ. Diabetes Mellito: Diagnóstico, Classificação e Avaliação do Controle Glicêmico. *Arq Bras Endocrinol Metab*, 2002, vol 46 n° 1.



34. Junior, R. Del R. Pesquisadores detectam que muito ainda precisa ser feito para controlar o diabetes. J. Pediatr. (Rio J.), 2009, vol.85 no. 6. Porto Alegre.
35. Paiva, DCP. Bersusa, A. A. S. Escuder, M. M. L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2006, 22(2):377-385.
36. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta nº 112, de 19 de junho de 2002. Institui o fluxo de alimentação da base nacional do Hiperdia.
37. Zillmer JGV, Schwartz E, Muniz RM, Lima LM. Avaliação da completude das informações do Hiperdia em uma unidade básica do sul do Brasil. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2010 jun;31(2):240-6.
38. Nobrega M. et al. Estado nutricional alterado e sua associação com perfil lipídico e hábitos de vida em idosos hipertensos. ARCHIVOS LATINOAMERICANOS DE NUTRICION. Organo Oficial de la Sociedad Latinoamericana de Nutrición. 2008. Vol. 58 Nº 4.
39. Miranzi et al. Qualidade de vida de indivíduos com *diabetes mellitus* e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 672-9.
40. Ferreira, CLR. Ferreira, MG. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde – análise a partir do sistema HiperDia. Arq Bras Endocrinol Metab. 2009; 53/1.
41. Jardim ADI e Leal AMO. Qualidade da informação sobre diabéticos e hipertensos registrada no Sistema HIPERDIA em São Carlos-SP, 2002-2005. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2009, 19 [2]: 405-417.
42. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência Farmacêutica no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS. 186 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 7), 2007.
43. Toscano, CM. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. Ciência & Saúde Coletiva, 2004 9(4): 885-895.
44. Buss, PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciência & Saúde Coletiva, 2000, 5(1): 163-177.
45. Kimura, M; Silva, JV. Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers. Rev Esc Enferm USP. 2009; 43(Esp): 1098-104.
46. Arbex e Almeida. Qualidade de vida e hipertensão arterial no envelhecimento. Rev Bras Clin Med, 2009; 339-342.
47. Brito DMS; Araújo, TL; Galvão, MTG. Moreira, T. M. M.; Lopes, M. V. O. Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2008, 24(4): 933-940.
48. 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. 1997.
49. Aguiar Carlos Clayton Torres, Vieira Anya Pimentel G. Fernandes, Carvalho André Ferrer, Montenegro-Junior Renan M. Instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde no diabetes melito. Arq Bras Endocrinol Metab. 2008. 52(6): 931-939.

50. Fleck, MPA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2000, 5(1):33-38.
51. Navega e Oishi. Comparação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde entre Mulheres na Pós-menopausa Praticantes de Atividade Física com e sem Osteoporose. *Rev Bras Reumatol*, 2007, v. 47, n.4, p. 258-264, jul/ago.
52. Galvão LLLF et al. Prevalência de Transtornos Mentais Comuns e Avaliação da Qualidade de Vida no Climatério. *Rev Assoc Med Bras* 2007; 53(5): 414-20.
53. Ciconelli, RM; Ferraz, MB; Santos, W; Meinão, I; Quaresma, MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36. *Rev Bras Reumatol* – 1999, Vol. 39 - Nº 3.
54. Souza, J. C. R. P; Barros, N. H. S. Resenha. A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde. *Rev Psiquiatr RS*. 2008;30(1).
55. Franceschini J, Santos AA, EL Moullem I, Jamnik S, Uehara C, Fernandes ALG et al. Avaliação da qualidade de vida em pacientes com câncer de pulmão através da aplicação do questionário Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey. *J Bras Pneumol*. 2008;34(6):387-393.
56. Santos PR et al. Mudança do nível de qualidade de vida em portadores de insuficiência renal crônica terminal durante seguimento de 12 meses. *Rev Assoc Med Bras*. 2007; 53(4): 329-34.
57. Pinto-Neto AM, Conde DM. Qualidade de vida em mulheres na pós-menopausa, usuárias e não usuárias de terapia hormonal. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2008; 30(11): 535-6.
58. Zahar SEV et al. Qualidade de vida em usuárias e não usuárias de terapia de reposição hormonal. *Rev Assoc Med Bras*. 2005; 51(3): 133-8.
59. Cavalcante MA, Bombig MT, Luna Filho B, Carvalho ACC, De Paola AAV, Povia R. Qualidade de vida de pacientes hipertensos em tratamento ambulatorial. *Arq. Bras. Cardiol*. 2007; 89(4):250-50.
60. Miranzi SSC, et al. Qualidade de Vida de Indivíduos com *Diabetes Mellitus e* Hipertensão Acompanhados por uma Equipe de Saúde da Família. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 672-9.
61. Ferreira SRG et al. Frequência de hipertensão arterial e fatores associados: Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(Supl 2):98-106.
62. Cesarino et al. Prevalência e Fatores Sociodemográficos em Hipertensos de São José do Rio Preto – SP. *Arq Bras Cardiol*, 2008; 91 (1): 31-35.
63. Barreto SM e Figueiredo RC. Doença crônica, auto-avaliação de saúde e comportamento de risco: diferença de gênero. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(Supl 2):38-47.
64. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
65. Pierin, AMG et al, O Perfil de um Grupo de Pessoas Hipertensas de Acordo com Conhecimento e Gravidade da Doença. *Rev. Esc. Enf. USP*, 2001. v. 35, n. 1, p. 11-8.

66. Sousa et al. Hipertensão Arterial e Saúde da Família: Atenção aos Portadores em Município de Pequeno Porte na Região Sul do Brasil. *Arq Bras de Cardiol*, 2006; 87: 496-503.
67. Zanini et al. Musicoterapia, qualidade de vida e PA do hipertenso. *Arq Bras. Cardiol*. 2009; 93(5): 534:540.
68. Sá NNB, Moura EC. Fatores associados à carga de doenças da síndrome metabólica entre adultos brasileiros. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2010. 26(9):1853-1862.
69. Pimenta FAP et al. Avaliação da Qualidade de Vida de Aposentados com a Utilização do Questionário Sf-36. *Rev Assoc Med Bras* 2008; 54(1): 55-60.
70. Magnabosco P. Qualidade de vida relacionada à saúde do indivíduo com hipertensão arterial integrante de um grupo de convivência [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP; 2007.
71. Censo Demográfico. Fundação IBGE. Rio de Janeiro, Brasil: Censo demográfico 2002.
72. Stumer G et al. O manejo não medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2006, 22(8):1727-1737.
73. Dias-da-Costa JS et al. Prevalência de consultas médicas e fatores associados, Pelotas (RS), 1999-2000. *Rev. Saúde Pública* 2008; 42 (6): 1074-84.
74. Alves LC et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2007, 23(8):1924-1930.
75. Barros MBA et al. Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(Supl 2):27-37.
76. Teng, CT; Humes, EC; Demetrio, FN. Depressão e comorbidades clínicas. *Ver. Psiqu. Clín.* 32 (3); 2005. 149-159.
77. Bündchen et al. Qualidade de Vida de Hipertensos em Tratamento Ambulatorial e em Programas de Exercício Físico. *Rev Bras Cardiol*. 2010; 23(6):344-350.
78. Nobre, Fernando; Ribeiro, Artur Beltrame; Mion JR, Décio. Controle da pressão arterial em pacientes sob tratamento anti-hipertensivo no Brasil: Controlar Brasil. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo, 2010, v. 94, n. 5.
79. Sixt S; Korff N; Schuler G; Neibauer J. Opções terapêuticas atuais para diabetes mellitus tipo 2 e doença arterial coronariana: prevenção secundária intensiva focada no treinamento físico versus revascularização percutânea ou cirúrgica. *Rev Bras Med Esporte* \_ 2004, Vol. 10, Nº 3.
80. Gimenes, H.T.; Zanetti, M.L.; Otero, L.M.; Teixeira, C.R.S. O conhecimento do paciente diabético tipo 2 acerca dos antidiabéticos orais. *Ciência, Cuidado e Saúde*. Maringá, 2006, v. 5, n. 3, p. 317-325.
81. Pimenta FAP et al. Avaliação da qualidade de vida de aposentados com a utilização do questionário SF-36. *Ver Assoc Med Bras* 2008; 54 (1): 55-60.
82. Barrantes M. Factores asociados a la calidad de vida relacionada a la salud em pacientes com cardiopatía coronaria y diabetes mellitus. *Rev Med Hered*, 2010, 21.
83. Wang R. et al. Impact of hypertension on health-related quality of life in a population-based study in Shanghai, China. *Public Health* 123 (2009) 534–539.

84. Hervás A. et al. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2007; 30 (1): 45-52.
85. Rosa TEC et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública* 2003;37(1):40-8.
86. Martins MRI, Cesarino CB. Qualidade de Vida de Pessoas com Doença Renal Crônica em Tratamento Hemodialítico. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005 setembro-outubro; 3(5):670-6.
87. Moriel et al. Qualidade de vida na doença arterial coronariana grave e estável. *Arq Bras Cardiol* 2010; 95(6): 691-697.
88. Castro M et al. Qualidade de vida em pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36. *Rev Assoc Med Bras* 2003; 49(3) : 245-9.
89. Caspersen CJ, Pereira MA, Curran KM. Changes in physical activity patterns in the United States, by sex and cross-sectional age. *Med Sci Sports Exerc* 2000;2:1601-1609.
90. Valderrábano F. Quality of life benefits of early anaemia treatment. *Nephrol Dial Transplant* 2000; 15:23-28.
91. P. Guallar-Castillo'n et al. Differences in quality of life between women and men in the older population of Spain. *Social Science & Medicine* 60 (2005) 1229-1240.
92. C. Bardage e D.G.L. Isacson. Hypertension and health-related quality of life: an epidemiological study in Sweden. *Journal of Clinical Epidemiology* 54 (2001) 172–181.
93. Vilagut G et al. Interpretación de los Cuestionarios de Salud Sf-36 y Sf-12 en España: Componentes Físico Y Mental. *Med Clin (Barc).* 2008; 130 (19): 726-35.
94. Khedmat, Karami, Pourfarziani et al. A Logistic Regression Model for Predicting Health-Related Quality of Life in Kidney Transplant Recipients. *Transplantation Proceedings*, 2007, 39, 917–922.
95. Fletcher AE, Bulpitt CJ, Tuomilehto JB, Bossini A, Kawecka- Jaszcz K, Kivinen P, et al. Quality of life of elderly patients with isolated systolic hypertension: baseline data from the Syst-Eur Trial. *J Hypertension.* 1998;16:1117-24.

**ANEXO**

## VERSÃO BRASILEIRA DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA – SF 36

Iniciais do paciente \_\_\_\_\_ Ficha nº \_\_\_\_\_

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre a 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 ou em dúvida em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

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

Excelente	Muito boa	Boa	Ruim	Muito ruim
1	2	3	4	5

2 – Comparada a um ano atrás, como você classifica sua saúde em geral agora?

Muito melhor	Um pouco melhor	Quase a mesma	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

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

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 em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderada tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir <b>vários</b> lances de escada	1	2	3
e) Subir <b>um</b> lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar <b>mais de 1 quilômetro</b>	1	2	3
h) Andar <b>vários quarteirões</b>	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	3	3

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

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

5 – Durante **as últimas quatro semanas**, Você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, como **conseqüência de algum problema emocional** (como sentir-se deprimido ou ansioso?)

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

6 – Durante **as últimas quatro semanas**, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas **atividades sociais** normais, em relação á família, vizinhos, amigos ou em grupo?

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

7 – Quanta **dor no corpo** você teve durante **as últimas quatro semanas**?

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

8 – Durante **as últimas quatro semanas**, quando a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho, fora de casa e dentro de casa)?

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

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

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se 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 ou tranqüilo?	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 últimas quatro 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 tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

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



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

## APÊNDICES

## APÊNDICE A

Formulário para coleta de dados

<b>1 DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS</b>	
Nome (ou pseudônimo):	
Idade:	Data de nascimento: __/__/__      Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Etnia:	
Estado conjugal: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Outro	
Teve filhos: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim      Quantos vivos: _____	
Com quem mora: <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Sozinho <input type="checkbox"/> Filhos <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Parente <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Asilo	
Residência: <input type="checkbox"/> Casa própria ou alugada <input type="checkbox"/> Casa de parentes <input type="checkbox"/> Asilo	
Escolaridade: <input type="checkbox"/> Analfabeto <input type="checkbox"/> Só assina <input type="checkbox"/> Lê e escreve <input type="checkbox"/> 1º Grau <input type="checkbox"/> 2º Grau <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Incompleto	
Ocupação _____	
Renda familiar: _____ reais      Participação na renda familiar: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
<b>2 HÁBITOS DE VIDA</b>	
Tabagismo: <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Já fumou <input type="checkbox"/> Fuma      Quantidade: _____ por dia	
Etilismo: <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Já bebeu <input type="checkbox"/> bebe      Quantidade: _____ por dia	
Atividade Física: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim      O que faz: _____	
Sal adicional à comida: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
Dieta orientada à terapia: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
<b>3 DADOS RELACIONADOS À SAÚDE</b>	
Diagnóstico: Hipertenso <input type="checkbox"/> Diabético <input type="checkbox"/> Hipertenso e Diabético <input type="checkbox"/>	
Existência de outras doenças crônicas: _____	
Têm história de internação relacionada à patologia: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim      Quando: _____ Quanto tempo: _____	
Quanto tempo de diagnóstico: _____	
Medicamentos utilizados: _____ _____ _____ _____	

**APÊNDICE B****UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O Sr. (ª) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “ Qualidade de Vida de Hipertensos e Hipertenso-diabéticos”, sob responsabilidade da pesquisadora Ana Raquel de Figueiredo Rego, aluna do curso de Mestrado em Saúde Pública, pela Universidade Estadual da Paraíba. Contatos: (83) 8640 0266, e-mail: anaraquelfr@hotmail.com.

Esta pesquisa tem como principal objetivo avaliar a qualidade de vida de usuários hipertensos e/ou diabéticos assistidos em uma unidade mista de saúde. Este estudo justifica-se pela alta prevalência de Hipertensão Arterial e Diabetes na população, e pelas incapacidades que estas condições podem gerar. Será usada a técnica da entrevista, com aplicação de um questionário fechado, contendo questões socioeconômicas, sobre o uso do serviço e um questionário validado para avaliar a qualidade de vida. Será despendido um tempo aproximado de 40 min. Asseguramos que esta pesquisa não trará risco de qualquer natureza ao participante. Os resultados da pesquisa poderão servir de base para o aprimoramento da qualidade da assistência empreendida no tratamento visando uma melhoria na qualidade de vida dos pacientes com Hipertensão Arterial e Diabetes.

Qualquer dúvida sobre a pesquisa, etapas, divulgação, riscos, benefícios dos resultados desta pesquisa, deverá recorrer-se à pesquisadora responsável através do contato por telefone ou e-mail. A sua participação nesta pesquisa é de caráter voluntário, e seu consentimento poderá ser retirado a qualquer tempo, sem prejuízos à continuidade de seu tratamento. São garantidas a confiabilidade das informações e a privacidade dos sujeitos da pesquisa.

Eu, \_\_\_\_\_, declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Campina Grande, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Voluntário ou seu responsável legal

\_\_\_\_\_  
Responsável por obter o termo