



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO-PRPG
CENTRO DE CIÊNCIAS E SAÚDE-CCS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS E SAÚDE-PPGCS

DENIZE EVANNE LIMA DAMACENA

QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL

TERESINA-PI

2018

DENIZE EVANNE LIMA DAMACENA

QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências e Saúde da Universidade Federal do Piauí, como requisito para obtenção do título de mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Roberta Vilarouca da Silva

TERESINA-PI

2018

FICHA CATALOGRÁFICA

Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Comunitária Jornalista Carlos Castello Branco

D155q Damacena, Denize Evanne Lima.
Qualidade de vida de pessoas com hipertensão arterial /
Denize Evanne Lima Damacena. – 2018.
77 f.

Dissertação (Mestrado em Ciências e Saúde) –
Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2018.
“Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Roberta Vilarouca da Silva”.

1. Qualidade de vida. 2. Hipertensão Arterial Sistêmica.
3. Questionários. I. Título.

CDD 616.132

DENIZE EVANNE LIMA DAMACENA

QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências e Saúde da Universidade Federal do Piauí, como requisito para obtenção do título de mestre.

Aprovada em:

Banca Examinadora

Profa. Dra. Ana Roberta Vilarouca da Silva

Profa. Dra. Vitória de Cássia Félix Rebouças

Profa. Dra. Luisa Helena de Oliveira Lima

Profa. Dra. Ana Larissa Gomes Machado

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por me possibilitar o dom da vida e coragem para a conclusão deste trabalho, assim como agradeço também a minha família por sempre me apoiar.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por me permitir e proporcionar o dom da vida e principalmente pela coragem para concluir este trabalho;

Aos meus pais, Lourdes e Damasceno, por serem meus maiores incentivadores;

Aos meus irmãos, pelo incentivo aos estudos;

Aos meus amigos do mestrado e da graduação, pelo incentivo e motivação sempre demonstrados e ao companheirismo de sempre;

À minha orientadora, Profa. Dra. Ana Roberta Vilarouca da Silva pela compreensão, paciência e dedicação durante toda esta jornada de estudo e trabalho;

Às docentes do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Ciências e Saúde da UFPI, pelos conhecimentos repassados durante toda essa jornada de estudos;

Às Instituições onde a pesquisa foi realizada, as quais foram receptivas durante toda a coleta de dados;

Aos pacientes que sempre se mostraram disponíveis para participar da pesquisa;

A todas as pessoas que estiveram comigo durante esta jornada.

RESUMO

DAMACENA, D. E. L. **QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL**. Teresina, 2018. [Dissertação de mestrado- Universidade Federal do Piauí].

As doenças crônicas não transmissíveis são responsáveis pelas principais causas de mortes no mundo, dentre elas, a hipertensão arterial sistêmica se encontra em destaque, sendo considerada um grave problema de saúde pública no mundo e no Brasil. Estudo transversal, com abordagem quantitativa, cujo objetivo foi analisar a qualidade de vida dos pacientes com hipertensão atendidos em um serviço público de saúde. O presente estudo foi realizado em três unidades básicas de saúde na cidade de Teresina-Piauí. A população foi constituída por todos os pacientes que possuem diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica atendidos nos locais do estudo, obteve-se uma amostra de 322 pacientes. A coleta ocorreu de abril a junho de 2018, com o auxílio de três instrumentos, o Mini-Cuestionario de Calidad de Vida en la Hipertensión Arterial-Brasil (MINICHAL-BRASIL), World Health Organization Quality of Life-Bref (WHOQOL-BREF) e um formulário socioeconômico. 62,4% pertencentes ao sexo feminino, 48,1% com idade entre 40 a 59 anos, 53,7% com ensino fundamental incompleto, 66,8% são do interior do Piauí, 69,6% casados, 75,8%, tem renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos, 60,7% católicos. Observa-se que o fator de risco cardiovascular diabetes mellitus prevaleceu na amostra 39,4%, 98,1% revelaram uso de medicamentos, com predomínio dos anti-hipertensivos, com relação ao tempo de diagnóstico da doença, 62% dos participantes relataram ter o diagnóstico entre 1 a 4 anos. Houve relação estatística entre as variáveis sociodemográficas (sexo, escolaridade, situação conjugal e idade) e os domínios do Minichal, assim como entre as variáveis clínicas e os referidos domínios. Para o *Whoqol-Bref*, houve relação estatística entre as variáveis naturalidade, escolaridade, situação conjugal, renda e idade. As variáveis clínicas que se relacionam a este instrumento foram: tempo de diagnóstico, fator de risco cardiovascular e realiza alguma atividade física. Ao se analisar os domínios de cada instrumento, para o Minichal, o domínio estado mental apresentou melhor média e para o *Whoqol-Bref* o domínio psicológico obteve melhor média, indicando melhor qualidade de vida para estes domínios. Os achados deste estudo mostram que os instrumentos se completam, visto que o Minichal possui menos questões, conseqüentemente abordando a qualidade de vida de forma mais resumida, entretanto, o *Whoqol-Bref* é mais abrangente, abordando diversos aspectos da qualidade de vida. Verifica-se que tanto os fatores sociodemográficos como os clínicos influenciaram na QV da população estudada.

Descritores: Qualidade de vida. Hipertensão Arterial Sistêmica. Questionários.

ABSTRACT

DAMACENA, D. E. L. QUALITY OF LIFE OF PEOPLE WITH ARTERIAL HYPERTENSION. Teresina 2018. Master Thesis - Federal University of Piauí.

Non-communicable chronic diseases are in the main causes of death in the world, including them, systemic arterial hypertension is a highlight, being considered a serious problem of public health in the world and in Brazil. A cross-sectional, with quantitative approach, this study was carried out to evaluate the quality of life of patients with hypertension in a public health service. The present study was carried out in three basic health units in the city of Teresina-Piauí. The population was made by all the patients who have a diagnosis of systemic arterial hypertension diseases attended at a said health service, with a sample of 322 patients. A series of data was collected from April to June of 2018, with the aid of three instruments, Mini-cuestionario de calidad de vida en la hipertensión arterial-Brasil (MINICHAL-BRASIL), World Health Organization Quality of Life-Bref (WHOQOL-BREF), and a socioeconomic form. 62.4% female subjects, 48.1% between 40 and 59 years old, 53.7% with incomplete primary education, 66, 8% are from the Piauí's countryside, 69.6% married 75.8%, have a family income between 1 and 2 minimum wage, 60.7% Catholics. It was observed that the cardiovascular risk factor diabetes mellitus prevailed in the sample 39.4%, 98.1% showed medication use, with a predominance of antihypertensive drugs; in relation to the diagnosis time of the disease 62% of the participants reported have the diagnosis between 1 and 4 years. It was made statistical association between sociodemographic variables (gender, schooling, marital status and age) and the domains of Minichal, as well as clinical issues and domains referred to. For the *Whoqol-Bref* there was an encounter between the natural variables, schooling, marital status, income and age. The clinical variables which were associated with this instrument are: time of diagnosis, cardiovascular risk factor and some physical activity. To the analyzed domains of each instrument, for the Minichal, the domain mental state presented better average and to the *Whoqol-Bref* the data of the psychological element had better average, pointing better quality of life to these domains. The results of this study show that the instruments complete themselves, it has seen the Minichal have less questions, consequently approaching the quality of life in a summarized way, however *Whoqol-Bref* is more embracing, consequently approaching several aspects of the quality of life. It is verified that both socio-demographic and clinical factors influenced the QoL of the studied population.

Keywords: Quality of life; Systemic arterial hypertension; Questionnaires.

LISTA DE QUADRO, FIGURAS E TABELAS

- Quadro 1** – Distribuição da amostra por zona. Teresina-PI, 2018. (n=322) **27**
- Tabela 1** - Distribuição de pacientes conforme o perfil sociodemográfico. Teresina-PI, 2018. (n=322) **31**
- Tabela 2** - Distribuição de pacientes conforme o perfil clínico. Teresina-PI, 2018. (n=322) **33**
- Tabela 3** - Medidas de tendência central e dispersão das questões do Minichal-Brasil para a população em estudo. Teresina-PI, 2018. (n=322) **34**
- Tabela 4** - Medidas de tendência central e dispersão das questões do *Whoqol-Bref* para a população em estudo. Teresina-PI, 2018. (n=322) **35**
- Tabela 5** - Diferenças de médias entre os fatores sociodemográficos e os escores de qualidade de vida, por domínios do Minichal para a população em estudo. Teresina-PI, 2018 (n=322) **37**
- Tabela 6** - Diferenças de médias entre os fatores clínicos e os escores de qualidade de vida, por domínios do Minichal para a população em estudo. Teresina-PI, 2018 (n=322) **39**
- Tabela 7** - Diferenças de médias entre os fatores sociodemográficos e os escores de qualidade de vida, por domínios do *Whoqol-Bref* para a população em estudo. Teresina-PI, 2018 (n=322) **41**
- Tabela 8** - Diferenças de médias entre os fatores clínicos e os escores de qualidade de vida, por domínios do *Whoqol-Bref* para a população em estudo. Teresina-PI, 2018 (n=322) **44**
- Figura 1** - Medida de tendência central dos domínios do MINICHAL-BRASIL para a população em estudo. Teresina-PI, 2018. (n=322) **45**
- Figura 2** - Medida de tendência central dos domínios do *Whoqol-Bref* para a população em estudo. Teresina-PI, 2018. (n=322) **46**

Tabela 9 - Medidas de tendência central e dispersão dos domínios do Minichal-Brasil e *Whoqol-Bref* para a população em estudo. Teresina-PI, 2018. (n=322) **46**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DCNT - Doenças crônicas não transmissíveis

HAS - Hipertensão arterial sistêmica

PA - Pressão arterial

OMS - Organização Mundial de Saúde

QV - Qualidade de vida

WHOQOL-BREF - World Health Organization Quality of Life-BREF

MINICHAL-BRASIL - Mini-cuestionario de calidad de vida en la hipertensión arterial

PNS - Pesquisa Nacional de Saúde

IMC - Índice de massa corporal

CA - Circunferência abdominal

WHOQOL-100 - World Health Organization Quality of Life

WHOQOL-HIV - World Health Organization Quality of Life

WHOQOL-OLD - World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Persons

UBSs - Unidades Básicas de Saúde

NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família

RAS - Rede de Atenção a Saúde

FMS - Fundação Municipal de Saúde

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

DP - Desvio padrão

ESF - Estratégia saúde da família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	15
2.1 Geral	15
2.2 Específicos	15
3 REVISÃO DE LITERATURA	16
3.1 Doenças Crônicas Não Transmissíveis	16
3.2 Hipertensão Arterial Sistêmica	18
3.3 Qualidade de Vida	21
4 MÉTODO	25
4.1 Tipo de estudo	25
4.2 Local do estudo	25
4.3 População e amostra	26
4.4 Coleta de dados	27
4.5 Tratamento e análise de dados	28
4.6 Aspectos éticos	28
5 RESULTADOS	30
5.1 Características sociodemográficas dos pacientes do estudo	30
5.2 Características clínicas da população em estudo	32
5.3 Escores das questões do instrumento Minichal-Brasil para a população em estudo	33
5.4 Escores das questões do instrumento <i>Whoqol-Bref</i> para a população em estudo	34
5.5 Diferenças de médias entre o perfil sociodemográfico e os domínios do Minichal-Brasil	36
5.6 Diferenças de médias entre o perfil clínico e os domínios do Minichal-Brasil	38
5.7 Diferenças de médias entre o perfil sociodemográfico e os domínios do <i>Whoqol-Bref</i>	40
5.8 Diferenças de médias entre o perfil clínico e os domínios do <i>Whoqol-Bref</i>	43
5.9.1 Escores de qualidade de vida por domínios do Minichal para a população em estudo	44
5.9.2 Escores de qualidade de vida por domínios do <i>Whoqol-Bref</i> para a população em estudo	44
5.9.3 Comparação entre os escores de qualidade de vida por domínios do Minichal-Brasil e <i>Whoqol-Bref</i> para a população em estudo	45
6 DISCUSSÃO	47
6.1 Descrição do perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes do estudo	47
6.2 Características clínicas da população em estudo	49
6.3 Escores das questões do instrumento Minichal para a população em estudo	49
6.4 Escores das questões do instrumento <i>Whoqol-Bref</i> para a população em estudo	50
6.5 Diferenças de médias entre o perfil sociodemográfico e os domínios do Minichal-Brasil	50
6.6 Diferenças de médias entre o perfil clínico e os domínios do Minichal-Brasil	52
6.7 Diferenças de médias entre o perfil sociodemográfico e os domínios do <i>Whoqol-Bref</i>	52
6.8 Diferenças de médias entre o perfil clínico e os domínios do <i>Whoqol-Bref</i>	54
6.9 Escores dos domínios do Minichal-Brasil para a população em estudo	54
6.9.1 Escores dos domínios do instrumento <i>Whoqol-Bref</i> para a População em Estudo	55

6.9.2 Comparação entre os escores de qualidade de vida por domínios do Minichal-Brasil e <i>Whoqol-Bref</i> para a população em estudo	56
7 CONCLUSÃO	57
REFERÊNCIAS	58
APÊNDICES	66
APÊNDICE A - Qualidade de vida de pacientes hipertensos	67
APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido	69
ANEXOS	71
ANEXO A - Mini questionário de qualidade de vida em hipertensão arterial (MINICHAL-BRASIL)	72
ANEXO B - World Health Organization Quality of Life-Bref (WHOQOL-BREF)	74

1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são responsáveis pelas principais causas de mortes no mundo, ocasionando um elevado número de óbitos prematuros, e principalmente, levando à diminuição da qualidade de vida, sendo esta ocasionada pela limitação na realização de atividades de trabalho e lazer. Além de acarretar estes problemas, ocasionam também uma repercussão no aspecto econômico na sociedade. Como exemplo de doenças crônicas, pode-se citar as seguintes: insuficiência cardíaca, aterosclerose, acidente vascular cerebral, diabetes e hipertensão (BRASIL, 2013a; BIANCALANA; NICOLA; ANNUNZIATA, 2016).

O crescimento constante e concomitantemente do envelhecimento populacional e consequentemente de doenças crônicas não transmissíveis vem acarretando diversos problemas no sistema de saúde, o qual vem se deparando com situações de natureza mais complexa, necessitando assim de um rearranjo no desenvolvimento de seus serviços e atendimentos com relação à apresentação destas doenças, assim é necessária uma organização diferenciada visando a gerência do cuidado com relação a estas doenças (MARIN; SANTOS; MORO, 2016).

Dentre as doenças crônicas não transmissíveis, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) se encontra em destaque, sendo considerada um grave problema de saúde pública no mundo e no Brasil, devido, principalmente, à sua morbimortalidade. É a mais frequente das doenças cardiovasculares, como também corresponde ao principal fator de risco para algumas complicações, como: acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio (BRASIL, 2013b).

A HAS é definida como a pressão arterial (PA) elevada e sustentada, com pressão arterial sistólica maior ou igual 140 mmHg e pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicamentos da classe dos anti-hipertensivos. Encontra-se associada geralmente a alterações funcionais e estruturais de órgãos-alvo e caracteriza-se por ser uma condição clínica multifatorial (WEBER et al., 2014).

Durante a avaliação inicial de um paciente hipertenso deve ser incluso a confirmação do diagnóstico, identificação de causa secundária, avaliação de possíveis riscos cardiovasculares, lesões de órgãos-alvo, como também a existência de doenças que se encontram associadas. Essa avaliação inicial engloba a verificação da pressão arterial (PA), história familiar, pessoal, investigação clínica e laboratorial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

O tratamento da HAS é baseado em duas abordagens: medicamentosa e não medicamentosa (modificações do estilo de vida). Esse tratamento deve envolver vários profissionais da saúde, como: médico, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, assistente social, dentre outros. O tratamento não farmacológico consiste em algumas estratégias, as quais são: controle de peso, hábitos alimentares saudáveis, consumo moderado de bebidas alcoólicas, abandono do tabagismo e prática de exercício físico regular (BRASIL, 2013b).

Quanto ao tratamento farmacológico, são utilizadas algumas classes de anti-hipertensivos, como: diuréticos, inibidores adrenérgicos, vasodilatadores diretos, antagonistas do sistema renina-angiotensina e bloqueadores do canal de cálcio. O paciente deve ser informado quanto a alguns aspectos que devem ser considerados em relação ao uso destes, como o uso contínuo e ajustes das doses, bem como sobre os possíveis efeitos colaterais causados por estes (MALACHIAS et al., 2016).

A hipertensão, bem como o seu tratamento, influenciam na qualidade de vida do paciente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define a qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e de sistema de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL GROUP, 1995).

Devido à grande abrangência da QV, algumas limitações são existentes com relação a sua definição. Na literatura científica não existe um consenso que determine com clareza seu conceito, entretanto, hoje se utiliza com frequência o conceito adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

A avaliação da QV de pacientes que apresentam doenças crônicas não é considerada como uma preocupação recente, ainda que a vivência de uma doença crônica, principalmente se tem início tardio, engloba um processo de adaptação em diversos sentidos, pois trás consigo inúmeras alterações que podem afetar a visão do próprio paciente sobre si mesmo em diversos sentidos, tanto físico, psicológico, social, econômico, influenciando assim sua visão sobre suas capacidades (MATOS; MACHADO, 2007).

Para avaliação da QV diversos instrumentos têm sido utilizados, dentre eles os genéricos e específicos. Os genéricos são caracterizados como aqueles que podem ser utilizados em diversas populações que apresentam diversas patologias. Como exemplo destes instrumentos genéricos, pode-se citar o *Whoqol-100* e o *Whoqol-Bref*, ambos desenvolvidos pela OMS. Os específicos encontram-se voltados para doenças específicas ou para populações específicas (WHOQOL GROUP, 1998).

De acordo com a pesquisa de Tavares et al. (2015) a qual teve como objetivo comparar as variáveis socioeconômicas e os escores de QV de idosos com doenças cardíacas residentes na zona urbana e rural em Uberaba-Minas Gerais, o qual foram utilizados os instrumentos de medida de QV: *Whoqol-Bref* E *Whoqol-Old*, seus resultados encontraram na análise da QV mensurada pelo *Whoqol-Bref* que a maior parte de idosos com doenças cardíacas se concentravam na zona urbana (73,6%) em comparação com a zona rural (48,6%), em relação aos domínios do instrumento, os idosos da zona urbana apresentaram menores escores no domínio físico, relações sociais, autonomia, atividades e intimidade. Neste estudo, a hipótese que idosos da zona urbana apresentavam melhores escores de QV em comparação aos da zona rural foi rejeitada.

Segundo o estudo de Melchioris et al. (2010), que teve como objetivo descrever o perfil de qualidade de vida de pacientes hipertensos e avaliar a validade concorrente do instrumento Minichal-Brasil comparando este com o instrumento *Whoqol-Bref*, em seus resultados foi possível verificar que os domínios do Minichal apresentaram correlação significativa com o *Whoqol-Bref* em todos os seus domínios, com exceção do domínio meio ambiente, que não houve correlação com o domínio manifestações somáticas do instrumento Minichal. Foi possível concluir com esse estudo que o Minichal-Brasil demonstrou ser útil para avaliação da QV de hipertensos.

A hipertensão arterial sistêmica corresponde a um fator de risco para doenças cardiovasculares, trazendo um impacto significativo sobre os aspectos físicos, sociais e mentais dos pacientes, influenciando assim no seu bem-estar. O interesse em avaliar a qualidade de vida de hipertensos vem crescendo à medida em que busca avaliar o impacto das condições crônicas na qualidade de vida dos pacientes. Verifica-se que os estudos que relacionam a hipertensão e qualidade de vida ainda são escassos na literatura nacional, sendo assim, ocorre a necessidade do desenvolvimento de mais pesquisas na área (CARVALHO et al., 2013).

Tendo por base as considerações feitas, surgiu o seguinte questionamento: Qual a qualidade de vida de pessoas com hipertensão arterial?

A HAS pode interferir de maneira negativa na qualidade de vida de hipertensos, ocasionando problemas de natureza física, psicológica, mental, afetiva, sexual, dentre outros. Com base no grande impacto que a HAS pode ocasionar na QV de hipertensos e devido ao número escasso de trabalhos que avaliem especificamente a QV neste tema, acredita-se que as informações obtidas nesse trabalho possam enriquecer o corpo de conhecimento acerca da QV na população em questão, bem como fomentar novas discussões e estudos.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar a qualidade de vida (QV) de pessoas com hipertensão arterial.

2.2 Específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico da amostra;
- Identificar o índice de QV dos pacientes hipertensos atendidos em um serviço público de saúde;
- Analisar as diferenças de médias de QV dos pacientes hipertensos com o perfil sociodemográfico e clínico;
- Comparar os domínios de qualidade de vida dos instrumentos Minichal-Brasil e *Whoqol-Bref* de pacientes hipertensos.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Doenças Crônicas Não Transmissíveis

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são consideradas como a maior causa de morte em todo o mundo, sendo assim, constituem-se como um problema de saúde global. Dentre estes tipos de doenças, as cardiovasculares, cânceres, diabetes e doenças respiratórias crônicas se encontram em destaque. Cerca de 36 milhões de pessoas morrem anualmente tendo como causa as doenças crônicas não transmissíveis, dentre estas mortes, mais de 90% ocorrem em países de baixa renda, o que ocasiona mortes prematuras e interfere na qualidade de vida, além de trazer diversos aumentos em relação aos gastos com a saúde pública (WHO, 2013).

Com relação à distribuição da carga de doenças crônicas não transmissíveis, existem diferenças bem significativas com relação a alguns aspectos, como: gênero, étnico raciais, socioeconômicos e regionais. Assim, com base nessas diferenças, as pessoas com maior vulnerabilidade apresentam maior prejuízo em relação à saúde, o que proporciona uma situação de iniquidade em saúde, a qual necessita ser estudada e trabalhada através de ações intersetoriais para reduzir essas desigualdades geradas por estes aspectos diversos, levando a um maior suporte para estas pessoas que necessitam dos serviços de saúde de forma constante (MALTA et al., 2014).

Dentre os fatores que contribuem para o crescimento das DCNT, o envelhecimento populacional se encontra em destaque, visto que colabora para o aumento da incidência e prevalência dessas doenças, ocorrendo assim tanto em países desenvolvidos como nos em desenvolvimento, acarretando também elevados números de óbitos prematuros provocados pelas DCNT. Ao mesmo tempo que ocorre essa mudança no perfil demográfico da população, com o elevado aumento do envelhecimento populacional, as políticas públicas de saúde crescem em sentido contrário, ou seja, não atendendo às necessidades reais no quadro dessas doenças, necessitando de ajustes conforme as mudanças relacionadas às doenças mais prevalentes na população, alterando assim o olhar sobre o paciente, o qual é visto em grande parte apenas nos aspectos da doença em si (MOREIRA et al., 2013).

Em decorrência do crescimento acelerado das doenças crônicas não transmissíveis em todos os continentes, essa situação se constitui como um grande desafio tanto para a humanidade, como para a saúde pública, visto que exigem mudanças nas práticas de saúde realizadas pelos profissionais, visando uma nova abordagem e acompanhamento de forma

diferenciada, buscando ultrapassar o modelo biologicista, o qual não tem se mostrado suficiente para atender às demandas da população que são atingidas por essas doenças. Neste contexto, é necessária a mudança na forma como os serviços de saúde aborda, ou mesmo acompanham, os pacientes acometidos por este tipo de doença (BERARDINELLI et al., 2015).

Em busca de um monitoramento de diversos temas relacionados a estas doenças, em 2013, o Brasil realizou a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), de base populacional, na qual dentre os temas retratados, as DCNT estavam inclusas. Nos seus resultados, a PNS identificou que cerca de 45% da população adulta brasileira relatou ter pelo menos uma DCNT. Dentre essas doenças identificadas e relatadas, algumas tiveram destaque, as quais foram: hipertensão, dor na coluna, diabetes, dentre outras (MALTA et al., 2015).

Segundo a pesquisa realizada por Malta et al. (2017), que teve como objetivo analisar se sexo, escolaridade e posse de plano de saúde influenciam a utilização de serviços de saúde entre a população brasileira portadora de doenças crônicas não transmissíveis, sendo analisados dados de inquérito transversal, a PNS, a qual foi desenvolvida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O estudo mostrou a presença de pelo menos uma doença crônica associada, sendo que sua presença foi associada a um aumento de internação, cerca de 1,7 vezes nos últimos 12 meses. Nesse estudo, conclui-se que a população que apresentava DCNT usa mais o serviço de saúde, mas com maior frequência deixa de realizar atividades habituais.

No estudo de Grillo et al. (2014), um estudo transversal, com abordagem quantitativa, o qual teve como objetivo avaliar a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em idosos assistidos por equipe de saúde da família, no sul do Brasil. A prevalência das DCNT foi verificada pela mensuração dos níveis de: glicose, triglicerídeos, colesterol e pressão arterial. A coleta de dados ocorreu na unidade de saúde da família da estratégia de saúde da família durante o segundo semestre de 2009, por meio de utilização de prontuários e visitas domiciliares. Os resultados deste estudo apontaram que com relação à prevalência das DCNT, as mais prevalentes foram: hipertensão (45%), hipertrigliceridemia (38%), diabetes mellitus (27%) e hipercolesterolemia (25%). Assim, o estudo concluiu que nesta população estudada, encontraram-se prevalências significantes de DCNT, com destaque para hipertensão arterial sistêmica.

Segundo Raupp et al. (2015), os quais realizaram um estudo que teve como objetivo conhecer as trajetórias assistenciais de pessoas acometidas por condições crônicas na sua experiência de adoecimento, de acordo com os resultados obtidos foi visto que as

trajetórias descritas pelos sujeitos da pesquisa necessitam ser reavaliadas em conjunto com gestores e equipes de saúde, assim como o controle social de como as ações realizadas na atenção básica estão sendo desenvolvidas, bem como também da real necessidade da implantação de mudanças, as quais visam responder aos padrões de saúde dos usuários.

Dentre os fatores que se encontram atrelados às doenças crônicas não transmissíveis, as morbidades relacionadas a estas correspondem a um destaque presente neste contexto, visto que provocam um aumento de internações hospitalares, acarretando assim um aumento nos gastos públicos, como também estão entre as principais causas de amputações e de alterações na mobilidade, assim como também de outras funções do organismo. Assim, essas doenças são responsáveis por provocar uma alteração negativa na qualidade de vida, sendo esta atingida cada vez mais à medida que essas doenças se agravam (BRASIL, 2013).

De acordo com o estudo de Silva et al. (2015) o qual teve como objetivo interpretar a perigosa relação proporcional entre o crescimento da população idosa com a doença crônica não transmissível e os desafios atuais da rede assistencial de saúde brasileira no monitoramento e controle destas patologias, foi possível concluir que as DCNT são responsáveis por uma enorme carga de morbimortalidade no Brasil, provocando assim elevados gastos na saúde pública.

Devido ao crescente aumento da população idosa, vem ocorrendo uma alteração com relação ao panorama epidemiológico relacionado à morbidade e mortalidade, ocorrendo assim um aumento das doenças crônicas não transmissíveis, como: diabetes, doenças respiratórias crônicas, cânceres, dentre elas ganha destaque a hipertensão arterial sistêmica, a qual apresenta alta prevalência e incidência tanto na população brasileira, como na população mundial (SALOMÃO et al., 2013).

3.2 Hipertensão Arterial Sistêmica

Segundo os dados americanos de 2015, a hipertensão arterial sistêmica esteve relacionada ao desfecho de diversas doenças, dentre elas: 69% de pacientes relataram infarto agudo do miocárdio, 77% acidentes vasculares cerebrais, 75% insuficiência cardíaca, sendo ainda a hipertensão arterial sistêmica responsável por cerca de 45% das mortes por causas cardíacas (LIMA et al., 2013). Com relação ao Brasil, a HAS atinge cerca de 36 milhões de indivíduos adultos, sendo assim, essa doença influencia tanto de forma direta, bem como

indiretamente nas mortes por doenças cardiovasculares (SCALA; MAGALHÃES; MACHADO, 2015).

As doenças hipertensivas têm demonstrado certo aumento nas taxas de mortalidade, sendo que este aumento ocorreu entre os anos de 2002 e 2009, com oscilação de 39/100.000 habitantes para 42/100.000 habitantes. Dentre essas doenças cardíacas, as doenças isquêmicas do coração tiveram uma diminuição, ocorrendo uma redução de 120,4/100.000 habitantes para 92/100.000 habitantes (GUIMARÃES et al., 2015).

Segundo dados do sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico, os dados mostraram que ocorreu um aumento da prevalência da HAS, tendo uma variação de 23% para 25%. Com relação às faixas etárias, a maior prevalência foi observada em indivíduos com idade igual ou maior que 75 anos (55%). Dentre as quatro regiões brasileiras, a região sudeste foi a que apresentou a maior prevalência dentre todas, com cerca 23,3%, seguida pela região sul com 22,9%, a região norte e nordeste apresentaram os menores índices (BRASIL, 2014).

A hipertensão arterial sistêmica é considerada concomitantemente como um fator de risco, assim como também uma doença de cunho multifatorial, encontra-se agregada a diversas complicações, as quais se podem citar: acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio, doença arterial periférica, doença renal e doença arterial coronariana. O seu tratamento tem sido considerado essencial para evitar possíveis complicações, assim com o controle adequado da pressão arterial é possível evitar complicações ocasionadas por esta doença, assim como também provocar uma redução na sua mortalidade. Tanto o tratamento medicamentoso quanto o tratamento não medicamentoso (modificações no estilo de vida) têm como um dos seus objetivos a redução da mortalidade cardiovascular, hoje os dois tipos de tratamento são considerados como eficazes, dependendo de cada caso, às vezes apenas o tratamento não medicamentoso é suficiente para manutenção da pressão arterial em níveis normais (NOBRE et al., 2013).

No estudo ecológico, descritivo, com abordagem quantitativa de Silva, Costa e Silva (2016), cujo objetivo foi conhecer o panorama dos cadastramentos e internações relacionadas à hipertensão arterial sistêmica, utilizaram-se dados secundários referentes ao cadastramento e internações relacionadas à hipertensão na macrorregião de Picos-PI, entre 2000 e 2012. Através dos seus resultados, foi possível verificar o aumento no número de internações e cadastramentos de hipertensos, com um destaque para a população feminina (60 a 69 anos). Com relação aos municípios com maior registro e acompanhamento de

hipertensos, foram em ordem decrescente: Picos (1959), Inhumas (913), Valença (885), Oeiras (875) e Simões (768).

De acordo com um estudo de Bonetto et al. (2015), cujo o objetivo foi avaliar índice de massa corporal (IMC), circunferência abdominal e a prevalência de hipertensão arterial sistêmica em adolescentes de uma escola pública na cidade de Curitiba, um estudo observacional transversal, cuja amostra foi de 118 adolescentes, sendo a coleta de dados realizada em três visitas à escola. Seus resultados demonstraram que com relação ao IMC da população estudada, variou de 13,6 a 46,5 kg/m² com uma média de 21,3 kg/m². Com relação à CA, os valores variaram de 53cm a 103cm, média de 75,3cm. A PA sistólica variou de 79mmHg a 162 mmHg e a diastólica de 44mmHg a 92mmHg. Do total de indivíduos estudados, 83,9% eram normotensos e 16,1% apresentavam medidas pressóricas aumentadas, dentro deste grupo, cerca de 63,1% tinham hipertensão sistólica.

O tratamento da HAS engloba diversos profissionais, ou seja, tem caráter multiprofissional, e envolve diferentes abordagens, como mudanças no estilo de vida e a terapia medicamentosa com o uso dos anti-hipertensivos. Todavia, nem sempre os pacientes acometidos por esta doença seguem o tratamento recomendado, assim não se tem um controle adequado da pressão arterial, acarretando assim diversas consequências negativas e possíveis complicações, como: acidente vascular cerebral, problemas renais e infarto agudo do miocárdio (SIMÃO et al., 2016).

De acordo com os estudos de Nobre et al. (2013), a hipertensão arterial sistêmica é considerada como uma síndrome, a qual envolve inúmeros fatores responsáveis por seu desenvolvimento, como: genéticos, ambientais, hormonais, renais e vasculares. Dentre estes fatores, quanto ao genético, já se tem o conhecimento que a hereditariedade tem grande importância na origem da hipertensão, sendo associada a diversos fatores ambientais e à expressão genética. Com relação aos fatores ambientais, várias medidas podem ser tomadas no auxílio da manutenção adequada dos níveis pressóricos, como: redução no consumo de sódio, alimentação saudável, ingestão moderada de bebidas alcoólicas, realização de atividade física, dentre outras medidas.

Segundo a pesquisa desenvolvida por Negreiros et al. (2016) a qual teve como objetivo analisar a importância do programa HIPERDIA na adesão ao tratamento numa unidade de saúde da família, caracterizar os usuários atendidos pelo programa e analisar a quantidade de consultas realizadas pelos profissionais, em seus resultados foram relatados que 56,6% dos usuários eram hipertensos. Com relação à idade dos participantes, foi visto que ocorreu uma prevalência da doença entre a faixa etária de 62 a 79 anos (44,3%), o que

demonstra sua alta prevalência entre as faixas etárias mais elevadas. Com relação ao acompanhamento realizado pelas unidades básicas de saúde, foi visto que neste trabalho cerca de 68% dos usuários compareciam à unidade básica de saúde em busca de medicações de rotina.

A hipertensão arterial sistêmica se encontra relacionada a diversas condições crônicas, como por exemplo: doença renal crônica, diabetes, doença arterial periférica, dentre outras. Essas condições acabam gerando um impacto negativo na qualidade de vida do indivíduo, o que interfere em inúmeros fatores ligados à vida do indivíduo, interferindo em aspectos: psicológicos, levando a algumas vezes ao desenvolvimento da depressão, bem como aspectos físicos, como a presença de alguma dor ou até mesmo aspectos sociais, sendo estes influenciados tanto de forma direta como indireta pela QV do indivíduo (BRASIL, 2014).

Conhecer e analisar a QV de pacientes com hipertensão arterial sistêmica traz consigo diversos benefícios, pois conforme os resultados encontrados foi possível realizar o planejamento e execução de ações que tem como objetivo e metas promover ou mesmo proporcionar o resgate da QV dos pacientes que são acometidos por essa doença crônica, ajudando a minimizar ou mesmo eliminar diversos mitos que envolvem essas doenças, bem como melhorando diversos aspectos da vida dos pacientes (MIRANZI et al., 2008).

3.3 Qualidade de Vida

A expressão qualidade de vida se encontra associada a diversos significados, fazendo com que ocorram variadas discussões em inúmeras áreas de pesquisas científicas. Diversos meios de comunicação, tanto científicos como até mesmo a mídia retratam a temática qualidade de vida, seja através de propagandas que demonstram dicas sobre bem-estar ou até mesmo um incentivo para a realização da promoção da saúde. A qualidade de vida pode ser encontrada em diversas publicações no meio científico, seja através de sites de internet, revistas científicas e acadêmicas, envolvendo assim áreas como a medicina, psicologia, nutrição, saúde coletiva, sociologia, educação física, administração dentre outras áreas (GIMENES; SILVA, 2017).

A temática qualidade de vida relacionada à saúde vem recentemente ganhando grande destaque na medida em que vem sendo utilizada para avaliação das doenças crônicas não transmissíveis, assim como também em outras doenças, no sentido em que visa verificar e descrever ou mesmo identificar o impacto que estas doenças provocam sobre o bem-estar dos

usuários, bem como sobre o impacto que estas doenças ocasionam sobre o sistema de saúde (PATEL et al., 2015).

Com o desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis no decorrer do tempo e de suas complicações, as quais podem ser diversas, afetam inúmeros sistemas do corpo humano, acabam gerando tanto problemas temporários como também alterações crônicas, levando a um impacto negativo na qualidade de vida, tanto dos indivíduos que apresentam algumas destas doenças bem como em suas famílias, afetando o ambiente tanto social, afetivo e físico (SARAIVA et al., 2015).

A palavra QV, quando relacionada à saúde, se encontra interligada principalmente para a capacidade do indivíduo viver sem nenhum tipo de doença, ou até mesmo como a capacidade de superar os problemas que a doença possibilita. Deste modo, é exatamente nesse ponto que os profissionais da área da saúde iriam atuar, influenciando na QV dos indivíduos, de forma que podem trazer benefícios, como: alívio de dores ou mesmo mal-estar provocado pelo descontrole da patologia (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Através do conhecimento sobre QV, algumas informações importantes podem ser obtidas, como: informações pessoais, sociais, físicas, psicológicas e, sobretudo sobre o bem-estar da pessoa. O conhecimento sobre essas informações ajudam a retirar a foco apenas sobre a patologia a qual se encontra presente no indivíduo, influenciando o olhar sobre o tratamento em si da doença, a qual afeta a QV de forma geral em diversos aspectos da vida, gerando assim mudanças com relação à forma como a assistência é prestada para esse tipo de população acometida pela HAS, assim acontece a mudança do “olhar” sobre a doença, englobando também a visão holística sobre o indivíduo (KLUTHCOVSKY; KLUTHCOVSKY, 2009).

Tem-se investido muito no meio científico com relação à transformação da QV em uma medida em que seja possível quantificá-la, visto que ela é considerada como uma medida subjetiva da condição de vida. Neste sentido, o objetivo de tornar a QV quantificável seria revelar o significado e o impacto de uma doença sobre a vida do paciente, demonstrando assim a qualidade da assistência prestada, bem como das terapêuticas utilizadas e políticas de saúde implementadas (ARBEX; ALMEIDA, 2009).

Atualmente, diversos tipos de instrumentos que medem a QV são utilizados durante o desenvolvimento de estudos, sendo seu uso de acordo com o objetivo da pesquisa em questão, bem como também da população estudada e da facilidade que o instrumento demonstra ter, assim como se esses instrumentos foram submetidos de forma anterior a estudos que os tornem aceitáveis para os diversos tipos de estudos. Existem diversos quesitos

que são importantes durante a escolha do tipo de instrumento que será utilizado nas pesquisas, dentre eles a fácil aplicabilidade e compreensão, minimizando assim um tempo apropriado para a obtenção dos dados (TORRES et al., 2008).

Os estudos sobre qualidade de vida além de contribuírem para o desenvolvimento de esclarecimentos conceituais, decisões sobre implementações de ações na área da saúde, voltadas para melhorar a assistência prestada aos pacientes, influenciam na melhoria da QV dos mesmos, como também a questão da instrumentalização de profissionais da saúde, contribuem para o desenvolvimento e avaliação de novos instrumentos de medida que podem influenciar determinadas intervenções, sendo assim, esses estudos trazem diversos benefícios em inúmeros aspectos, podendo influenciar sobre aspectos: sociais, psicossociais, econômicos, profissionais, dentre outros (ALVES, 2011).

A hipertensão arterial sistêmica gera impactos nos aspectos físicos e psicossociais na vida dos indivíduos, a avaliação desse impacto gerado por esta doença pode ser realizada através da análise da qualidade de vida do mesmo, o que permite obter um conhecimento sobre o paciente e sobre como ocorre a sua adaptação com relação à doença apresentada. A Organização Mundial de Saúde foi a primeira a desenvolver um instrumento que avaliasse a qualidade de vida, o *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-100), o qual é formado por cem questões e, a partir deste, foram criados diversos instrumentos, como sua versão abreviada, o WHOQOL-BREF, os instrumentos de avaliação da qualidade de vida caracterizam-se como genéricos e específicos (FLECK, 2000).

Os instrumentos genéricos de avaliação da QV são multidimensionais e têm como objetivo analisar o impacto causado por uma doença, avaliando diversos aspectos, como: aspectos físicos, capacidade funcional, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, emocionais e saúde mental. Além disso, esses instrumentos servem para avaliar a eficácia de políticas de saúde, como também para comparar duas patologias distintas. Os instrumentos específicos avaliam a percepção geral da QV, sendo geralmente também multidimensionais, mas sua ênfase se dá com relação a sintomas, incapacidades ou limitações ligadas à determinada patologia específica (AGUIAR et al., 2008; TREPP et al., 2005).

O conceito de qualidade de vida é muito abrangente, sendo assim, ainda existem muitas lacunas e limitações ao se tentar defini-lo. Sendo que no meio científico não se tem um consenso definitivo sobre seu significado e conceito, entretanto, tem-se utilizado o conceito proposto pela Organização Mundial de Saúde, todavia, este ainda acarreta muitas discussões entre diversos estudiosos, na medida em que a qualidade de vida se encontra ligada a conceitos subjetivos e variantes de indivíduo para indivíduo.

Andrade et al. (2014) realizaram uma pesquisa, a qual teve como objetivo analisar a associação entre fatores socioeconômicos e qualidade de vida de idosos hipertensos atendidos pelo Programa Saúde da Família no município de Montes Claros, Minas Gerais. Neste estudo foi utilizado um instrumento específico que avalia a QV de hipertensos e foi aplicado também um formulário para caracterização sociodemográfica, foi possível encontrar como resultado desse estudo que estado conjugal, religião e escolaridade afetam de maneira estatisticamente significativa na qualidade de vida de idosos hipertensos, e também foi visto que a renda, sexo, idade e trabalho não tiveram nenhuma influência sobre a QV desta população em estudo.

De acordo com o estudo realizado por Teixeira et al. (2015), o qual teve como objetivo avaliar a qualidade de vida de mulheres vivendo com HIV, que eram atendidas em um ambulatório especializado para o atendimento destes pacientes, foi utilizado como instrumento de avaliação da QV o WHOQOL-HIV BREF, um instrumento sobre QV específico para o HIV. Seus resultados mostraram que dentre todos os domínios do instrumento, as relações sociais obtiveram um escore maior.

Segundo pesquisa realizada por Paiva et al. (2016), a qual teve como objetivo descrever as variáveis relacionadas com a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e comparar com os escores de qualidade de vida em idosos com e sem HAS, foram utilizados dois instrumentos, os quais são: *World Health Organization Quality of Life - BREF* (WHOQOL-BREF) e *World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Persons* (WHOQOL-OLD), verificou-se que os idosos com HAS apresentaram escores menores em grande parte dos domínios em comparação aos idosos que não apresentavam HAS, obtendo-se assim uma pior qualidade de vida.

De acordo com estudo de Nobre et al. (2017), um estudo transversal e analítico, que teve como objetivo analisar a qualidade de vida de hipertensos assistidos em uma unidade de saúde pública de referência para hipertensão arterial sistêmica, onde se utilizou um instrumento de avaliação da QV específico para hipertensos, o Minichal-Brasil. Através de seus resultados verificou-se que houve correlações significativas entre o domínio manifestações somáticas, revelando assim melhor QV para aqueles com maior renda mensal e menores níveis pressóricos. De modo geral, a QV apresentou baixos escores nos dois domínios analisados, significando assim uma boa QV.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo e transversal com abordagem quantitativa.

4.2 Local de Estudo

O estudo desenvolveu-se em três Unidades Básicas de Saúde (UBSs) na cidade de Teresina-PI, as quais se encontram localizadas nas zonas norte, sul e leste-sudeste da referida cidade. As UBSs realizam atendimentos aos usuários do SUS, onde é possível receber atendimentos básicos e gratuitos em pediatria, ginecologia, clínica geral, enfermagem e odontologia, como também atendimentos que envolvam outros profissionais, no caso das UBSs possuem equipes integradas ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Outros serviços oferecidos são: inalações, aplicação de medicamentos, curativos, vacinas, coletas de exames laboratoriais, fornecimento de medicação básica e encaminhamentos para diversas especialidades. A atenção primária à saúde é constituída pelas UBSs e equipes de atenção básica, os quais são caracterizados como serviços de baixa complexidade, sendo caracterizada também como a porta de entrada aos serviços de saúde, sendo articulada com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e funciona sob a gestão da Fundação Municipal de Saúde (FMS).

4.3 População e Amostra

A população do estudo compôs-se por pacientes com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica atendidos nas UBSs durante os meses de abril à junho de 2018.

No estudo de Andrade et al. (2013), o qual teve como objetivo descrever a prevalência da hipertensão arterial autorreferida na população brasileira, foi verificada uma prevalência de 21,4%. Esse estudo foi considerado para o cálculo da amostra, utilizando-se a prevalência obtida em seus resultados.

Assim, tomando-se uma prevalência presumida de 21,4%, um erro tolerável de amostragem de 5%, um nível de confiança de 95%, uma população de 26.031 pacientes, supondo-se uma amostra probabilística estratificada. Esses parâmetros podem ser aplicados na fórmula a seguir para obtenção do número mínimo de unidades a serem amostradas.

$$n = \frac{N \cdot z^2 p \cdot (1 - p)}{(N - 1) \cdot e^2 + z^2 \cdot p(1 - p)}$$

Onde:

n : é o tamanho da amostra

z : é o quantil da distribuição normal associado ao nível de confiança

p : é a prevalência presumida

e : é o erro máximo tolerável

N : é o tamanho da população

Assim,

$$n = \frac{26031 \cdot 1,96^2 \cdot 0,214 \cdot (1 - 0,214)}{(26031 - 1) \cdot 0,05^2 + 1,96^2 \cdot 0,214(1 - 0,214)} = 257$$

Com ajuste de 20% para ocorrência de possíveis percas e não aceitação em participar da pesquisa, o tamanho final da amostra foi de 322 pacientes.

Quadro 1 – Distribuição da amostra por zona. Teresina-PI, 2018 (n=322).

Zona	População		Amostra
	N	%	
Leste Sudeste	8.470	32,5	105
Norte	8.650	33,2	107
Sul	8.911	34,2	110
Total	26.031	100,0	322

Fonte: dados da pesquisa.

Para selecionar os pacientes, primeiramente foram selecionadas de forma aleatória, através de sorteio manual, as UBS's por zona e, posteriormente, os pacientes foram selecionados por conveniência até que se completasse o tamanho exigido para a amostra de acordo com cada zona.

Consideraram-se os seguintes critérios de inclusão: possuir o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, estar em acompanhamento na ESF, maiores de 18 anos e os que concordarem em participar da pesquisa após os devidos esclarecimentos sobre o estudo.

Foram excluídos os pacientes impossibilitados de responderem ao questionário por condições clínicas (físicas e psicológicas).

4.4 Coleta de Dados

Os dados foram coletados nos meses de abril a junho de 2018, nas UBS's, em sala reservada, com o uso de três instrumentos de coleta:

I: Aplicação de formulário (APÊNDICE A) para obtenção de dados sociodemográficos e clínicos dos pacientes contendo as seguintes variáveis: idade, sexo, nível de escolaridade, renda mensal, cor da pele, profissão, situação conjugal, naturalidade, religião, tempo de diagnóstico, fatores de riscos cardiovasculares, condições clínicas e medicamentos em uso.

II: Aplicação do questionário intitulado: Mini-Cuestionario de Calidad de Vida en Hipertensión Arterial (MINICHAL-BRASIL) (ANEXO A). Este instrumento foi validado e adaptado para a realidade brasileira, composto por 17 questões, distribuídas em 2 domínios (Estado Mental e Manifestações Somáticas), o domínio Estado Mental corresponde às questões de 1 a 9 (pontuação máxima de 27 pontos) e o domínio Manifestações Somáticas às questões de 10 a 16 (pontuação máxima de 21 pontos), a resposta dos domínios é obtida através da escala de Likert com 4 opções de respostas (0 a 3). Nessa escala, quanto mais próximo de zero estiver o resultado, considerando o conjunto de questões, melhor a qualidade de vida. No entanto, para a análise da QV, levando em consideração os domínios do instrumento, os escores foram convertidos para uma escala de 0 a 100, visto que o instrumento *Whoqol-Bref* é analisado desta forma. Considerando as questões do domínio estado mental (1 a 9), com variação de 0 a 27 pontos, para transformar os escores para a escala com variação de 0 a 100, foi multiplicado cada um deles por $(100/27)$ no domínio estado mental. Para converter a escala do minichal de forma que os valores mais altos representassem uma melhor QV, foi subtraído de 100 cada novo escore formado $(100 - \text{novo escore})$, sendo assim uma pontuação 5 no domínio estado mental, agora com esse novo formato será equivalente a 81,48 $(100 - (5 \times 100/27)) = 81,48$. Foi usado o mesmo raciocínio para o cálculo dos escores referentes ao domínio manifestações somáticas, a única diferença é que o denominador foi 21 $(100/21)$. A confiabilidade deste instrumento foi analisada durante sua validação, apresentando o coeficiente de Alpha de Cronbach de 0,88 e 0,86 para os domínios 1 e 2, respectivamente, indicando um índice adequado de confiabilidade (SCHULZ et al., 2008).

III: Aplicação do questionário intitulado: *World Health Organization Quality of Life-Bref (Whoqol-Bref)* (ANEXO B). Este instrumento é formado por 26 questões, com 24 facetas, distribuídas em quatro domínios, os quais são: físico, psicológico, relações sociais e

meio ambiente, sendo a pergunta 1 e 2 sobre qualidade de vida de forma geral, suas respostas são obtidas através do uso da escala de *Likert* (as respostas variam de 1 a 5, quanto maior a pontuação, melhor a qualidade de vida). Neste instrumento, o resultado é avaliado em uma escala de 0 a 100, onde o escore zero indica o pior nível e 100 o melhor nível de QV (FLECK, 2000).

Os instrumentos de coleta de dados foram testados de forma prévia para detecção de possíveis inadequações com a realidade estudada. De acordo com os estudos de Marconi e Lakatos (2009), o pré-teste tem como objetivo prever antecipadamente a eficácia do instrumento de coleta de dados, o qual foi escolhido para o referido estudo. Após a aplicação dos instrumentos com quinze pacientes, notou-se a necessidade de alterar a forma como a coleta seria realizada, assim, decidiu-se realizar a coleta sob a forma de entrevista estruturada, devido a alguns pacientes que apresentavam baixa escolaridade e dificuldade na escrita. Os instrumentos foram administrados em uma única entrevista para cada paciente durante as consultas de enfermagem.

4.5 Tratamento e Análise dos Dados

Os dados obtidos foram armazenados em um banco eletrônico criado no programa Excel 2010 (Windows 7) e posteriormente analisados estatisticamente por meio do *Statistical Package for the Social Sciences – SPSS* (versão 18.0).

Para a análise estatística foi realizado primeiro o teste de normalidade (Kolmogorov-Smirnov) para verificar se os dados da amostra são aproximadamente normais, para se decidir pelo uso do teste paramétrico ou não paramétrico. Para análise das variáveis qualitativas foram utilizadas medidas de frequências absolutas e percentuais e para as variáveis quantitativas as medidas de tendência central (média e mediana) e dispersão (desvio padrão, mínima e máxima).

Para analisar a associação entre o perfil sociodemográfico e clínico com os instrumentos de QV foram utilizados os testes não paramétricos U de Mann Whitney e Kruskal Wallis, onde foi considerado um intervalo de confiança de 95% e um nível de significância de 5% ($p < 0,005$).

4.6 Aspectos Éticos

A pesquisa realizada atendeu aos aspectos éticos preconizados pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo assim, foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXOS A), o qual contém os esclarecimentos dos seus direitos de sigilo absoluto de identidades, podendo desligar-se do estudo em qualquer etapa do mesmo, este teve como objetivo a preservação da privacidade e confidencialidade dos participantes do estudo.

O projeto foi encaminhado tanto à Comissão de Ética da Fundação Municipal de Saúde de Teresina-PI, bem como ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí e aprovado com o número de CAAE: 80768817.6.0000.8057. Após a obtenção de parecer favorável é que se deu início à coleta de dados.

Assegurou-se aos participantes o anonimato, bem como os princípios bioéticos regidos pela Resolução nº 466/12, assim como foram informados os riscos existentes em todas as pesquisas.

5 RESULTADOS

Os resultados e discussão referentes aos 322 pacientes encontram-se apresentados de acordo com os objetivos em 4 partes: descrição do perfil sociodemográfico, clínico, questões dos instrumentos de qualidade de vida (Minichal e *Whoqol-bref*), associação entre o perfil sociodemográfico, clínico e os domínios dos dois instrumentos e descrição dos domínios dos instrumentos sobre QV. Os dados serão apresentados em 9 tabelas e 2 figuras, nas quais será realizada a análise descritiva.

5.1 Características sociodemográficas dos pacientes em estudo

Tabela 1 - Distribuição de pacientes conforme o perfil sociodemográfico. Teresina-PI, 2018 (n=322).

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	121	37,6
Feminino	201	62,4
Idade		
20 a 39	2	0,6
40 a 59	155	48,1
60 a 79	152	47,2
Maior de 79	13	4,0
Escolaridade		
Não alfabetizado	42	13
Ensino fundamental incompleto	173	53,7
Ensino fundamental completo	62	19,3
Ensino médio incompleto	18	5,6
Ensino médio completo	19	5,9
Ensino superior completo	8	2,5
Naturalidade		
Teresina	48	14,9
Interior do Piauí	215	66,8
Outros Estados	59	18,3
Situação conjugal		
Solteiro	11	3,5
Casado	220	69,6
Separado	26	8,2
Viúvo	36	11,4
união estável	23	7,3

(Continua...)

Variáveis	n	%
Renda Familiar		
menos de um salário mínimo	41	12,7
1 a 2 salários mínimos	244	75,8
3 a 5 salários mínimos	28	8,7
Desconhece	9	2,8
Religião		
Católico	195	60,7
Evangélico	81	25,2
Budista	5	1,6
Outras	40	12,5
Cor da pele		
Pardo	191	60,4
Branco	60	19,0
Preto	46	14,6
Amarelo	19	6,0
Profissão		
Aposentado	131	40,7
Dona de casa	86	26,7
Outros	105	32,6

Fonte: dados da pesquisa.

Do total de entrevistados, 62,4% são do sexo feminino. As idades variaram de 20 anos a maiores de 79 anos, mas 48,1% se encontravam com a idade entre 40 a 59 anos. Um total de 53,7% afirmou ter ensino fundamental incompleto. Observa-se ainda que com relação à naturalidade 66,8% são do interior do Piauí. Com relação ao estado conjugal, os casados representaram 69,6%. A maioria dos pacientes (75,8%) tem renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos. No que diz respeito a religião, 60,7% afirmaram pertencer à religião católica. Grande parte (60,4%) tem a cor da pele parda. Com relação à profissão, grande parte da amostra (40,7%) são aposentados, dentre outras profissões encontradas para a amostra tem-se como exemplo: costureira, vendedor e feirante (Tabela 1).

5.2 Características Clínicas da População em Estudo

Tabela 2 - Distribuição de pacientes conforme o perfil clínico. Teresina-PI, 2018. (n=322).

Variáveis	n	%
Fatores de riscos cardiovasculares		
Diabetes mellitus	82	39,4
Dislipidemia	63	30,3
Tabagismo	24	11,5
Obesidade	16	7,7
Infarto prévio	8	3,8
Acidente vascular cerebral	8	3,8
Depressão	6	2,9
Insuficiência renal	1	0,5
Medicamentos em uso		
Não	6	1,9
Sim	315	98,1
Medicamentos		
Losartana	147	28,3
Enalapril	115	22,2
Hidroclorotiazida	107	20,6
Atenolol	45	8,7
Metformina	45	8,7
Sivastantina	42	8,1
Insulina	11	2,1
Amitriptilina	1	0,2
Não sabe	6	1,2
Tempo de diagnóstico da doença		
1 a 4 anos	189	62,0
5 a 8 anos	107	35,1
9 a 12 anos	8	2,6
Mais de 12 anos	1	0,3
Realiza alguma atividade física		
Não	203	63,2
Sim	118	36,8
Atividades realizadas		
Caminhada	85	26,4
Zumba	20	6,2
Natação	5	1,5
Academia	3	0,9
Corrida	2	0,6
Joga futebol	1	0,3

Fonte: dados da pesquisa.

Com relação às características clínicas, observa-se que o fator de risco cardiovascular diabetes mellitus prevaleceu na amostra, com 39,4%. Cerca de 98,1%

revelaram uso de medicamentos, a classe terapêutica medicamentosa mais utilizada foi dos anti-hipertensivos, com 59,2% (Losartana 28,3% e Enalapril 22,2%). Com relação ao tempo de diagnóstico da doença, 62% dos participantes relataram ter tido o diagnóstico entre 1 a 4 anos. 63,2% dos pacientes relataram não realizar atividades físicas (Tabela 2).

5.3 Escores das questões do instrumento Minichal-Brasil para a População em Estudo

Tabela 3 - Medidas de tendência central e dispersão das questões do Minichal-Brasil para a população em estudo. Teresina-PI, 2018 (n=322).

Variáveis	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
1º)Tem dormido mal	0,5	0,6	0	3
2º)Tem tido dificuldade em manter suas relações sociais habituais	0,1	0,4	0	3
3º)Tem tido dificuldade em relacionar-se com as pessoas	0,1	0,4	0	3
4º)Sente que não está exercendo um papel útil na vida	0,2	0,5	0	3
5º)Sente-se incapaz de tomar decisões e iniciar coisas novas	0,2	0,5	0	3
6º)Tem se sentido constantemente agoniado e tenso	0,2	0,6	0	3
7º)Tem a sensação que a vida é uma luta contínua	0,4	0,7	0	3
8º)Sente-se incapaz de desfrutar suas atividades habituais de cada dia	0,2	0,5	0	3
9º)Tem se sentido esgotado e sem forças	0,3	0,5	0	3
10º)Teve a sensação que estava doente	0,3	0,6	0	3
11º)Tem notado dificuldade em respirar ou sensação de falta de ar sem causa aparente	0,3	0,5	0	3
12º)Teve inchaço nos tornozelos	0,5	0,6	0	3
13º)Percebeu que tem urinado com mais frequência	0,1	0,4	0	3
14º)Tem sentido a boca seca	0,1	0,3	0	3
15º)Tem sentido dor no peito sem fazer esforço físico	0,3	0,6	0	3
16º)Tem notado adormecimento ou formigamento em alguma parte do corpo?	0,2	0,5	0	3
17º) Você diria que sua hipertensão e o tratamento dessa tem afetado a sua qualidade de vida?	0,3	0,6	0	3

Fonte: dados da pesquisa.

Com relação às questões referentes ao domínio estado mental (questões 1 a 9), observa-se que ocorreram variações nas médias nas questões deste domínio, com menor média para a questão 2 (Tem tido dificuldade em manter suas relações sociais habituais), com média de 0,1 (DP=0,4) e questão 3 (Tem tido dificuldade em relacionar-se com as pessoas),

com média de 0,1 (DP=0,4). As maiores médias deste domínio foram para a questão 1 (Tem dormindo mal), com média de 0,5 (DP=0,6), seguida da questão 7 (Tem a sensação que a vida é uma luta contínua) com média de 0,4 (DP=0,7) (Tabela 3).

Para o domínio manifestações somáticas (questões 10 a 16), foi possível verificar que ocorreram variações nas médias das questões, sendo que as questões 13 (Percebeu que tem urinado com mais frequência) e 14 (Tem sentido a boca seca) apresentaram menores médias, com média de 0,1 cada, com (DP=0,4) para a questão 13 e (DP=0,3) para a questão 14. A questão com maior média foi a questão 12 (Teve inchaço nos tornozelos) média 0,5 (DP=0,6) (Tabela 3).

A última questão (Você diria que sua hipertensão e o tratamento dessa tem afetado a sua qualidade de vida?) não se englobam em nenhum dos dois domínios, correspondendo a questão que analisa a QV de forma geral, sua média foi de 0,3 (DP=0,6) (Tabela 3).

5.4 Escores das questões do instrumento *Whoqol-Bref* para a População em Estudo

Tabela 4 - Medidas de tendência central e dispersão das questões do *Whoqol-Bref* para a população em estudo. Teresina-PI, 2018 (n=322).

Variáveis	Média	Desvio		
		padrão	Mínimo	Máximo
1º) Como você avaliaria sua qualidade de vida?	3,8	0,7	1	5
2º) Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	3,7	0,8	1	5
3º) Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1,9	0,9	1	5
4º) O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	2,4	0,9	1	5
5º) O quanto você aproveita a vida?	3,3	0,9	1	5
6º) Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	4,0	0,8	1	5
7º) O quanto você consegue se concentrar?	4,1	0,8	2	5
8º) Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	3,7	1,0	1	5
9º) Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	3,8	0,9	1	5
10º) Você tem energia suficiente para seu dia a dia?	4,0	0,9	1	5
11º) Você é capaz de aceitar sua aparência física?	4,2	0,8	1	5
12º) Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	3,1	0,7	1	5

(Continua...)

Variáveis	Média	Desvio	Mínimo	Máximo
-----------	-------	--------	--------	--------

	padrão			
13º) Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia a dia?	3,4	0,8	1	5
14º) Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	3,2	1,0	1	5
15º) Quão bem você é capaz de se locomover?	4,1	0,9	1	5
16º) Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	3,9	0,9	1	5
17º) Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia?	3,9	0,9	1	5
18º) Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	3,9	0,9	1	5
19º) Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	4,0	0,8	1	5
20º) Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	4,1	0,8	1	5
21º) Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	3,5	1,2	1	5
22º) Quão satisfeito(a) você está com o apoio que recebe dos seus amigos?	3,8	0,9	1	5
23º) Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	3,4	0,7	1	5
24º) Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	2,8	0,8	1	5
25º) Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	2,5	0,9	1	5
26º) Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1,4	0,8	1	5

Fonte: dados da pesquisa.

Com relação ao domínio físico (Questões 3, 4, 10, 15, 16, 17 e 18), duas questões apresentaram maiores valores de média, questão 15 (Quão bem você é capaz de se locomover?) com média de 4,1 (DP=0,9) e questão 10 (Você tem energia suficiente para seu dia a dia?) com média 4 (DP=0,9), enquanto a questão 3 (Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?) apresentou a menor média 1,9 (DP=0,9). No domínio psicológico (Questões 5, 6, 7, 11, 19 e 26), as questões com pontuações maiores foram: 11 (Você é capaz de aceitar sua aparência física?) com média 4,2 (DP=0,8) e 7 (O quanto você consegue se concentrar?) com média 4,1 (DP=0,8), a questão 26 (Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?) teve a menor média neste domínio, com 1,4 (DP=0,8) (Tabela 4).

Para o domínio relações sociais (Questões 20, 21 e 22), a questão 20 (Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas) apresentou maior média, 4,1 (DP=0,8), entretanto, a questão 21 (Quão satisfeito(a) você está

com sua vida sexual?) obteve menor média, com 3,5 (DP=1,2). O domínio meio ambiente (Questões 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 e 25) houve destaque com maior média para a questão 9 (Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos), com média de 3,8 (DP=0,9), em contrapartida, a questão 25 (Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte) teve menor média, com 2,5 (DP=0,9) (Tabela 4).

5.5 Diferenças de médias entre perfil sociodemográfico e os domínios do Minichal-Brasil

Tabela 5 – Diferenças de médias entre os fatores sociodemográficos e os escores de qualidade de vida, por domínios do Minichal para a população em estudo. Teresina-PI, 2018 (n=322).

Variáveis	Estado mental		Manifestações somáticas	
	Média± DP	p-valor	Média± DP	p-valor
Sexo				
Masculino	9,9±13,8	0,004*	9,7±11,2	0,027*
Feminino	6,8±13,4		7,4±10,3	
Escolaridade				
Não alfabetizado	14,5±17,4	<0,001	14,1±11,8	<0,001
Ensino fundamental incompleto	8,3±14,3		8,7±11,6	
Ensino fundamental completo	4,8±10,9		5,6±7,2	
Ensino médio incompleto	4,9±5,1		5,8±7,2	
Ensino médio completo	5,7±7,4		5,3±6,9	
Ensino superior completo	3,2±7,8		3±8,4	
Naturalidade				
Teresina	7,8±18,1	0,379	7,8±14,2	0,237
Interior do Piauí	8,1±12,5		8,3±9,7	
Outros Estados	7,7±13,8		8,5±11	
Situação conjugal				
Solteiro	11,8±17,6	0,003	13,4±17,4	0,026
Casado	8,1±14,8		7,9±11,1	
Separado	4,1±6,6		7,2±8,2	
Viúvo	12,7±11,5		11,2±8,3	
união estável	2,6±3		5,2±7,2	
Renda Familiar				
menos de um salário mínimo	11,3±17,8	0,15	9,8±11,4	0,551
1 a 2 salários mínimos	7,7±12,8		8,2±10,4	
3 a 5 salários mínimos	6,1±14,9		7,2±12,9	
Desconhece	4,5±8,2		7,9±7,9	

(Continua...)

Variáveis	Estado mental		Manifestações somáticas	
	Média± DP	p-valor	Média± DP	p-valor
Religião				
Católico	7,3±11,3	0,483	7,5±9,2	0,816
Evangélico	8,9±17,5		9,3±13,2	
Budista	3±4,8		9,5±7,5	
Outras	9,9±15,8		9,9±12,3	
Cor da pele				
Pardo	7,9±12,8	0,211	8±10	0,153
Branco	6,3±12,3		7,7±11,7	
Preto	12,1±19,5		11,5±13,1	
Amarelo	5,3±6,7		7,3±8,6	
Idade				
20 a 39	3,7±5,2	<0,001	4,8±6,7	<0,001
40 a 59	5,9±12,7		6,1±10,1	
60 a 79	8,9±13,9		9,4±10,2	
Maior de 79	21,9±13,9		21,2±12,8	

*Teste U de Mann Whitney Teste Kruskal Wallis

A análise das diferenças de médias entre as variáveis sociodemográficas e o domínio I (Estado Mental) mostrou-se estatisticamente significativa para sexo ($p=0,004$), escolaridade ($P=<0,001$), situação conjugal ($p=0,003$) e idade ($p=<0,001$) (Tabela 5).

A tabela 5 mostra que hipertensos do sexo masculino apresentaram médias de qualidade de vida maiores para o domínio estado mental ($9,9\pm 13,8$). A escolaridade também influenciou na QV dos participantes do estudo. Sendo assim, os hipertensos que afirmaram não ser alfabetizados apresentaram médias maiores ($14,5; DP=17,4$). Hipertensos na condição de viúvos apresentaram maiores médias ($12,7; DP=11,5$), quando comparados às demais situações conjugais. No tocante à idade, a faixa etária com maior média foi os hipertensos com idade maior de 79 anos ($21,9; DP=13,9$).

Em relação ao domínio 2 (Manifestações somáticas), os dados analisados mostraram associação estatisticamente significativa para sexo ($p=0,004$), escolaridade ($P=<0,001$), situação conjugal ($p=0,003$) e idade ($p=<0,001$). Os resultados mostraram que hipertensos do sexo masculino apresentaram maiores médias para o domínio manifestações somáticas ($9,7; DP=11,2$) quando comparados aos do sexo feminino. Outra variável que influenciou na QV dos sujeitos do estudo foi a escolaridade, sendo que os hipertensos não alfabetizados apresentaram maior média ($14,1\pm 11,8$) quando comparados aos demais grupos. Na situação conjugal, os solteiros apresentaram maior média ($13,4; DP=17,4$) quando comparados aos demais grupos. Os hipertensos com faixa etária maior de 79 anos obtiveram a maior média (Tabela 5).

5.6 Diferenças de médias entre o perfil clínico e os domínios do Minichal-Brasil

Tabela 6 – Diferenças de médias entre os fatores clínicos e os escores de qualidade de vida, por domínios do Minichal para a população em estudo. Teresina-PI, 2018 (n=322).

Variáveis	Estado Mental		Manifestações Somáticas	
	Média± DP	p-valor	Média± DP	p-valor
Fatores risco cardiovascular				
Tabagismo	7,2±12,8		11,9±10,2	
Diabetes mellitus	6,4±11,1		7±9,7	
Obesidade	11,5±20,3		11,9±10,6	
Dislipidemia	4,8±7,1	<0,001	5±7,1	<0,001
Infarto prévio	17,8±14,4		24,8±15,9	
Acidente vascular cerebral	17,6±11,1		19±8,4	
Depressão	51,9±7,5		15,9±2,7	
Insuficiência renal	29,6±.		33,3±.	
Tempo de diagnóstico				
1 a 4 anos	6,4±12,8		6,9±10	
5 a 8 anos	10,8±15,6	<0,001	10,6±12,2	<0,001
9 a 12 anos	15,3±8,3		14,3±7,6	
Mais de 12 anos	14,8±.		14,3±.	
Medicamentos em uso				
Não	3,7±7,4	0,234	5,6±5,6	0,775
Sim	8,1±13,7		8,3±10,8	
Realiza alguma atividade física				
Não	9,6±14	<0,001	10,7±11,4	<0,001
Sim	5,2±12,5		4,1±7,9	

*Teste U de Mann Whitney Teste Kruskal Wallis

Ao se analisar as diferenças de médias entre as variáveis clínicas e o domínio I (Estado Mental), obteve-se resultados estatisticamente significantes para tempo de diagnóstico ($p<0,001$), fatores de risco cardiovascular ($p<0,001$) e realiza alguma atividade física ($p<0,001$) (Tabela 6).

É possível verificar na tabela 6 que hipertensos com fatores de risco depressão (51,9±7,5), apresentaram maior média para o domínio I do Minichal, de modo adverso, os hipertensos com os demais fatores de riscos. Hipertensos com tempo de diagnóstico na faixa de 9-12 anos (15,3;DP=8,3) obtiveram maiores médias. Os hipertensos que não realizavam

atividade física apresentaram médias maiores (9,6;DP=14) quando comparados aos que praticavam atividade física.

Ao se analisar as diferenças de médias entre o domínio 2 (Manifestações somáticas) e as variáveis clínicas, mostrou-se estatisticamente significativa para tempo de diagnóstico ($p < 0,001$), fatores de risco cardiovascular ($< 0,001$) e realiza alguma atividade física ($p < 0,001$) (Tabela 6).

É possível verificar, ainda na tabela 6, que hipertensos com fator de risco cardiovascular (insuficiência renal) ($33,3 \pm$) pontuaram médias maiores com relação ao domínio II em relação aos hipertensos com os demais fatores de risco. Hipertensos com tempo de diagnóstico na faixa de mais de 12 anos ($14,3 \pm$) e faixa de 9-12anos ($14,3 \pm$) foram os que obtiveram médias maiores. Os hipertensos que não realizavam atividade física apresentaram médias maiores (10,7; DP=11,4) quando comparados aos que praticavam alguma atividade física.

5.7 Diferenças de médias entre o perfil sociodemográfico e os domínios do *Whoqol-Bref***Tabela 7** – Diferenças de médias entre os fatores sociodemográficos e os escores de qualidade de vida, por domínios do *Whoqol-Bref* para a população em estudo. Teresina-PI, 2018 (n=322).

Variáveis	Físico		Psicológico		Relações sociais		Meio ambiente	
	Média± DP	p-valor	Média± DP	p-valor	Média± DP	p-valor	Média± DP	p-valor
Sexo								
Masculino	71,3±18,2	0,160*	74,3±14,7	0,155*	68,5±19,2	0,299*	54,6±14,4	0,332*
Feminino	73,5±18,4		76,2±15,4		71±17,9		56,7±12,9	
Escolaridade								
Não alfabetizado	63,6±18,1	<0,001	69,3±15,5	<0,001	64,9±19,4	<0,001	51,7±13	<0,001
Ensino fundamental incompleto	71,1±17,5		74,3±15,1		67,1±17,7		53,6±13	
Ensino fundamental completo	79,6±18,6		79,9±15,2		76,4±20		59,9±14	
Ensino médio incompleto	77,8±14,1		78±10,2		73,1±12,6		60,8±11,3	
Ensino médio completo	74,8±17,9		79±13,4		79,4±11,2		63,7±10,9	
Ensino superior completo	85,3±18,9	85,4±12,4	82,3±16,3	66,4±11,3				
Naturalidade								
Teresina	77,8±20	0,009	77,9±15,8	0,151	75,7±18,5	0,006	61,3±13	0,001
Interior do Piauí	70,8±18,2		74,9±14,6		68,2±17,7		54,7±13,5	
Outros Estados	75,4±16,2		75,6±16,6		72±19,9		55,9±12,7	
Situação conjugal								
solteiro	82,5±17,7	<0,001	75,8±19,3	0,001	81,8±19,3	<0,001	54,3±16,6	0,811
Casado	71,7±18		74,6±16		68,7±18,5		55,3±13,6	
separado	77,1±16,1		75,8±12,7		76,3±15,4		54,7±10,7	
viúvo	61,7±16,6		73,6±10,8		61,6±16,6		57,6±13,1	
união estável	87,7±14,5		84,8±10,2		82,6±13,5		58,2±12,7	

(Continua...)

Variáveis	Físico		Psicológico		Relações sociais		Meio ambiente	
	Média± DP	p-valor	Média± DP	p-valor	Média± DP	p-valor	Média± DP	p-valor
Renda Familiar								
menos de um salário mínimo	73,3±16,6		71,1±19		70,9±20,2		47,6±13,7	
1 a 2 salários mínimos	71,8±18,7	0,254	75,1±14,1	<0,001	69,2±18,3	0,311	55,3±11,7	<0,001
3 a 5 salários mínimos	79,6±15,2		85,1±14,8		74,3±17,6		73,1±14,3	
Desconhece	71,8±22		77,3±12,7		75,9±15,8		56,3±10,7	
Religião								
católico	71,6±17,1		75,7±12,3		69,3±16,7		55,9±12,8	
evangélico	72,5±20,4	0,085	73,6±18,8	0,16	69,9±21,7	0,256	55,2±14,4	0,631
budista	72,1±11,4		80,8±13,4		71,7±11,2		66,9±18,6	
outras	78,5±19,6		77,7±19,1		73,6±20,3		56±14,3	
Cor da pele								
Pardo	72,4±18,1		76,1±14,7		69,5±18,2		55,7±13,9	
Branco	77,2±16,8	0,076	76,5±16,3	0,222	72,8±19	0,298	57±12,9	0,389
Preto	67,1±22,4		71,3±17,3		68,1±20,2		54,2±13	
Amarelo	73,5±13,1		75,4±10,6		75±13,6		58,9±14	
Idade								
20 a 39	87,5±12,6		83,3±17,7		83,3±0		61±6,6	
40 a 59	80±16,1	<0,001	78,4±16,4	<0,001	77,3±17,9	<0,001	58,1±14,5	<0,001
60 a 79	66,8±17,4		73,3±12,7		63,5±16,1		54±12,2	
Maior de 79	52,5±13,9		65,1±17,6		58,4±16,3		51,9±13	

*Teste U de Mann Whitney Teste Kruskal Wallis

A diferença de médias entre as variáveis sociodemográficas e os domínios do *Whoqol-Bref* mostrou-se estatisticamente significativa entre as variáveis escolaridade e todos os domínios do instrumento, sendo que para todos os domínios encontrou-se um valor de ($p=0,001$) (Tabela 7).

A variável naturalidade mostrou-se estatisticamente significativa para os domínios: físico ($p=0,009$), relações sociais ($p=0,006$), meio ambiente ($p=0,001$). Situação conjugal mostrou-se estatisticamente significativa para os domínios: físico ($p=0,001$), psicológico ($p=0,001$) e relações sociais ($p=0,001$). Renda familiar mostrou-se estatisticamente significativa para os domínios: psicológico ($p=0,001$) e meio ambiente ($p=0,001$). Idade foi estatisticamente significativa para todos os domínios: físico ($p=0,001$), psicológico ($p=0,001$), relações sociais ($p=0,001$) e meio ambiente ($p=0,001$) (Tabela 7).

A tabela 7 mostra que hipertensos com ensino superior completo obtiveram maiores médias em todos os domínios, físico ($85,3\pm 18,9$), psicológico ($85,4\pm 12,4$), relações sociais ($82,3\pm 16,3$) e meio ambiente ($66,4\pm 11,3$).

Hipertensos com naturalidade em Teresina-PI apresentaram maiores médias para os domínios: físico ($77,8\pm 20$), relações sociais ($75,7\pm 18,5$) e meio ambiente ($61,3\pm 13$). A situação conjugal também influenciou na QV dos hipertensos deste estudo, sendo assim, os hipertensos com união estável obtiveram maiores valores de médias para os domínios: físico ($87,7\pm 14,5$), psicológico ($84,8\pm 10,2$) e relações sociais ($82,6\pm 13,5$) (Tabela 7).

Quanto à variável renda familiar, os hipertensos com renda entre 3 e 5 salários mínimos apresentaram os maiores valores de médias para os domínios: psicológico ($85,1\pm 14,8$) e meio ambiente ($73,1\pm 14,3$). Idade foi estatisticamente significativa para todos os domínios do instrumento, com maiores médias para a faixa etária de 20 a 39 anos, físico ($87,5\pm 12,6$), psicológico ($83,3\pm 17,7$), relações sociais ($83,3\pm 0$) e meio ambiente ($61\pm 6,6$) (Tabela 7).

5.8 Diferenças de médias entre o perfil clínico e os domínios do *Whoqol-Bref***Tabela 8** – Diferenças de médias entre os fatores clínicos e os escores de qualidade de vida, por domínios do *Whoqol-Bref* para a população em estudo. Teresina-PI, 2018 (n=322)

Domínios Variáveis	Físico		Psicológico		Relações sociais		Meio ambiente	
	Média± DP	p-valor	Média± DP	p-valor	Média± DP	p-valor		p-valor
Fatores risco cardiovascular								
Tabagismo	77,6±20,7		74±18,1		70,6±19,5		55±17,5	
Diabetes mellitus	72,5±15,7		75,8±10,7		69,2±16,2		55,7±10,4	
Obesidade	66,4±22		72,5±20,9		78,3±20,5		54,4±16,3	
Dislipidemia	74±19	0,032	78,1±13,6	0,113	72±16,2	0,028	57,6±14,7	0,427
Infarto prévio	52,9±20,7		70±14,6		58,3±22		56,9±13,5	
Acidente vascular cerebral	65,2±10,8		74±4,9		63,6±22,2		55,9±11,3	
Depressão	61,9±10,9		25±4,2		25±0		29,2±17,2	
Insuficiência renal	53,6±.		79,2±.		66,7±.		59,4±.	
Tempo de diagnóstico								
1 a 4 anos	77,9±17		77,4±15,9				57,4±14,2	
5 a 8 anos	64,4±17,4		72,2±13,7				53,1±12,5	
9 a 12 anos	60,3±7,7	<0,001	73,5±10,2	<0,001		<0,001	56,3±7,8	0,028
Mais de 12 anos	21,4±.		50±.				53,1±.	
Medicamentos em uso								
Não	70,2±11	0,538*	70,1±9,7	0,134*	58,3±23	0,159*	56,3±9,3	0,950*
Sim	72,7±18,4		75,6±15,2		70,3±18,3		55,9±13,6	
Realiza alguma atividade física								
Não	68,6±18,8	<0,001*	73,3±14,9	<0,001*	67,1±18,6	<0,001*	53,7±13,4	<0,001*
Sim	79,8±15		79,2±14,8		75,1±17		59,7±12,8	

*Teste U de Mann Whitney Teste Kruskal Wallis

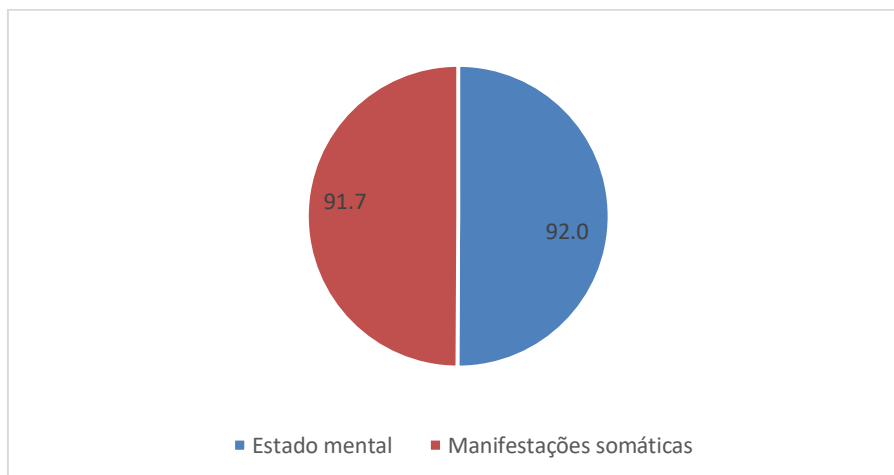
Ao se analisar as diferenças de médias entre as variáveis clínicas e os domínios do *Whoqol-Bref*, obteve-se resultados estatisticamente significantes para tempo de diagnóstico e os domínios, físico ($p < 0,001$), psicológico ($p = 0,001$) e relações sociais ($p = 0,001$). Fator de risco cardiovascular foi estatisticamente significativo para o domínio físico ($p = 0,032$) e

domínio relações sociais ($p=0,028$). A variável realiza atividade física obteve relação estatisticamente significativa para todos os domínios, físico ($p=0,001$), psicológico ($p=0,001$), relações sociais ($p=0,001$) e meio ambiente ($p=0,001$) (Tabela 8).

Hipertensos com fator de risco cardiovascular (tabagismo) apresentaram maiores médias para o domínio físico e hipertensos com fator de risco cardiovascular (obesidade) apresentaram maiores valores de médias para o domínio relações sociais. É possível verificar que na tabela 8 que hipertensos com tempo de diagnóstico de 1 a 4 anos obtiveram maiores médias para o domínio físico ($77,9\pm 17$) e psicológico ($77,4\pm 15,9$). A variável realiza atividade física foi estatisticamente significativa para todos os domínios do instrumento analisado, sendo que os hipertensos que realizavam alguma atividade física apresentaram maiores médias para todos os domínios, físico ($79,8\pm 15$), psicológico ($79,2\pm 14,8$), relações sociais ($75,1\pm 17$) e meio ambiente ($59,7\pm 12,8$).

5.9.1 Escores de Qualidade de Vida por domínios do Minichal para a População em Estudo

Figura 1 - Medida de tendência central dos domínios do MINICHAL-BRASIL para a população em estudo. Teresina-PI, 2018 ($n=322$).

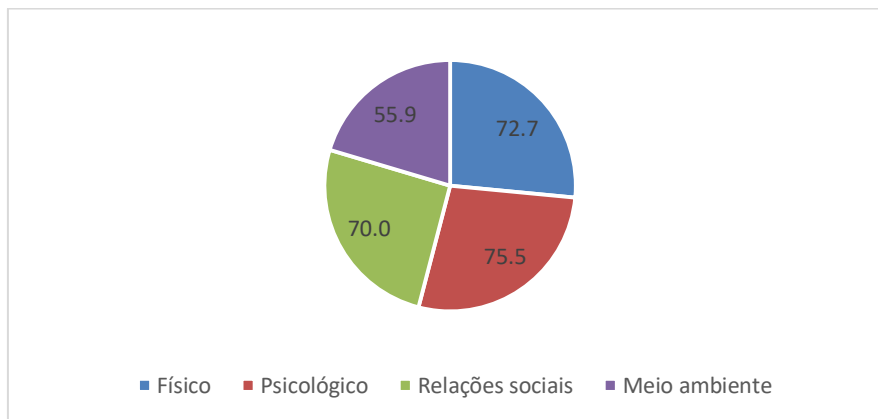


Fonte: dados da pesquisa

As médias por domínios foram bastante próximas, sendo que o domínio “Estado mental” apresentou maior média (92,0) (Figura 1).

5.9.2 Escores de Qualidade de Vida por domínios do *Whoqol-Bref* para a População em Estudo

Figura 2 - Medida de tendência central dos domínios do *Whoqol-Bref* para a população em estudo. Teresina-PI, 2018 (n=322).



Fonte: dados da pesquisa.

Em relação aos domínios apresentados na figura 2, o que apresentou maior escore foi o domínio “Psicológico” (75,5).

5.9.3 Comparação entre os escores de qualidade de vida por domínios do Minichal-Brasil e *Whoqol-Bref* para a população em estudo

Tabela 9 - Medidas de tendência central e dispersão dos domínios do Minichal-Brasil e *Whoqol-Bref* para a população em estudo. Teresina-PI, 2018 (n=322).

Domínios	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Minichal				
Estado mental	92,0	13,7	4	100
Manifestações somáticas	91,7	10,7	33	100
Whoqol-Bref				
Físico	72,7	18,3	7	100
Psicológico	75,7	15,1	8	100
Relações sociais	70,0	18,4	0	100
Meio ambiente	55,9	13,5	5	96,9

Fonte: dados da pesquisa.

A tabela 9 traz a comparação entre os domínios do instrumento Minichal-Brasil e *Whoqol-Bref*, através desta é possível verificar que com relação ao instrumento Minichal-Brasil o domínio com melhor pontuação, conseqüentemente com melhor QV foi o estado mental 92,0 (DP=13,7). Para o *Whoqol-Bref*, o domínio que apresentou maior escore foi o domínio psicológico, com 75,5 (DP=15,1), indicando assim melhor QV para este domínio.

Ao se realizar esta comparação, percebe-se que os instrumentos atuam de forma complementar, visto que o conceito de QV aborda diversos aspectos, assim o uso de apenas um instrumento se torna inviável, visto que o Minichal é formado por questões mais resumidas e não aborda todos os aspectos que se encontram dentro do conceito de QV abordado pelo grupo Whoqol.

6 DISCUSSÃO

Segue a discussão dos resultados previamente apresentados, na mesma ordem da disposição anterior.

6.1 Descrição do perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes do estudo

Levando em consideração os dados sociodemográficos estudados, observou-se que a maioria da população estudada foi constituída por indivíduos do sexo feminino. Resultado similar ao encontrado no estudo de Mantovani et al. (2017), estudo no qual objetivou-se investigar a relação entre depressão e QV em adultos com hipertensão, sendo que obteve em seus resultados cerca de 76,2% de mulheres. Observa-se um maior número de mulheres atendidas nos programas de hipertensão, isso pode ser explicado talvez pelo fato das mulheres serem mais cuidadosas e atenciosas com relação aos assuntos ligados à saúde.

As diferenças com relação aos níveis de pressão arterial sistêmica entre os gêneros estão relacionadas aos hormônios sexuais testosterona e estrogênio, uma vez que no período pré e pós menopausa ocorre um aumento significativo da pressão arterial nas mulheres, devido à redução da vasodilatação provocada pelo estrogênio (BOSCHITSCH; MAYERHOFER; MAGOMETSCHNIGG, 2010).

Durante o estudo percebeu-se que grande parte dos participantes eram aposentados, resultado semelhante ao obtido em outro estudo, o qual teve como objetivo conhecer e mensurar a QV dos pacientes em regime de tratamento ambulatorial acompanhados na liga de hipertensão arterial do Hospital Universitário de Presidente Dutra, utilizando-se uma amostra de 100 pacientes hipertensos, foram avaliados dados sociodemográficos e sobre a QV, sendo utilizados o instrumento MINICHAL-BRASIL E SF-36, encontrando-se neste estudo a prevalência de pacientes aposentados (33%) (CARVALHO et al., 2012).

As idades variaram de 20 anos a maiores de 79 anos, mas a maior porcentagem obtida foi para a idade entre 40 a 59 anos, resultado controverso ao encontrado nos estudos de Silva et al. (2015), sendo que este teve como um dos seus objetivos identificar fatores associados a qualidade de vida relacionado a saúde de pessoas com HAS, estudo transversal, realizado com 397 adultos com hipertensão cadastrados na ESF de um município do sul de Minas, obtendo-se (63,7%) dos participantes com idade maior ou igual a 60 anos.

Segundo o estudo de Brasil (2006) a HAS corresponde a uma das afecções mais comuns no mundo, atingindo em média cerca de 15% a 20% da população adulta. No Brasil, existem 17 milhões de indivíduos diagnosticados com HAS, sendo que 35% da população superior a 40 anos.

Grande parte da amostra foi de pardos, resultado esse similar ao encontrado no estudo de Ribeiro et al. (2015), estudo de corte transversal no qual aplicaram-se dois questionários e examinou-se cada indivíduo, sendo realizado em uma UBS na cidade de Jequié-BA, no período de janeiro a março de 2011, através de seus resultados observou-se a predominância de pardos em sua amostra (36,8%).

Com relação ao estado conjugal, houve predominância de casados. Uma pesquisa realizada com pacientes hipertensos que frequentavam unidades básicas de saúde no município de Araucária, região metropolitana de Curitiba, na qual foram analisados dados sociodemográficos, como gênero, idade, anos de estudo, estado civil e raça, demonstrou resultados semelhantes a esta pesquisa, apresentando grande parte da amostra de participantes casados (67,5%) (MELCHORS et al., 2010).

A maioria dos pacientes tem renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos, resultados compatíveis foram encontrados durante a realização de uma pesquisa na cidade de Montes Claros, Minas Gerais, na qual sua amostra foi constituída por idosos com idade igual ou superior a 60 anos e com diagnóstico de hipertensão, residentes em áreas de atuação do programa saúde da família, seus resultados revelaram que 68,4% dos participantes têm renda familiar semelhante a este estudo (ANDRADE et al., 2014).

Existe uma certa relação entre o nível econômico e pressão arterial, sendo que quanto menor o nível socioeconômico, piores são os valores apresentados para a pressão arterial, ocasionando também influência na QV (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Mais da metade da amostra têm ensino fundamental incompleto. Corroborando com este achado, o estudo de Velten et al. (2013) demonstrou em seus resultados que 40% da amostra revelaram ter apenas ensino fundamental incompleto. Sendo assim, este dado revela falha na educação, uma vez que indivíduos com elevado nível de instrução tem chances maiores de apresentarem um cuidado maior com relação à saúde, bem como possuir um entendimento melhor sobre a patologia em estudo.

Houve predominância de hipertensos pertencentes à religião católica, resultado obtido também no estudo de Andrade et al. (2014), encontrando-se 68,4% da amostra com indivíduos católicos. Observa-se ainda que com relação à naturalidade, 66,8% são do interior

do Piauí, dados compatíveis com o estudo de Miranda, Soares e Silva (2016), no qual foi possível verificar em seus resultados que 68,8% dos participantes da pesquisa eram da cidade na qual o estudo foi realizado.

6.2 Características clínicas da população em estudo

Com relação às características clínicas, o fator de risco cardiovascular diabetes mellitus prevaleceu na amostra. Pessoas que apresentam alguns fatores de risco, como excesso de peso, dislipidemias e diabetes têm maior chance de desenvolver a HAS (FERREIRA et al., 2006). Assim, o maior número de pessoas encontradas neste estudo que tem diabetes talvez possa ser explicado pelo fato desse fator de risco estar ligado ao desencadeamento da HAS.

A maioria dos hipertensos revelou uso de medicamentos, a classe terapêutica medicamentosa mais utilizada foi dos anti-hipertensivos (Losartana e Enalapril) esses medicamentos são os que se encontram disponíveis gratuitamente no SUS e fazem parte da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (BRASIL, 2002).

Com relação ao tempo de diagnóstico da doença, houve o predomínio do tempo diagnóstico entre 1 a 4 anos. De modo semelhante, estudo que buscou avaliar a QV de idosas hipertensas na ESF na cidade de Recife, estudo transversal, descritivo e quantitativo, com amostra de 60 idosas, obteve-se resultados compatíveis com este estudo, com a prevalência de (25%) da amostra com diagnóstico entre 1 e 5 anos (VITORINO et al., 2015).

Mais da metade dos pacientes relataram não realizar atividades físicas, esses dados são opostos aos encontrados no estudo de Miranda, Soares e Silva (2016), o qual foi realizado com idosos (n=269) no estado de Minas Gerais, onde foi utilizado o instrumento *Whoqol-Bref* para avaliar a QV dos participantes, seus resultados demonstraram que 68% da amostra realizavam atividades físicas com frequência entre 1 a 3 vezes por semana.

Esse fato talvez possa ser explicado devido ao estudo ter sido realizado em um centro de referência à pessoa idosa, o qual oferece diversos tipos de serviços e programas voltados para a promoção da saúde.

6.3 Escores das questões do instrumento Minichal-Brasil para a População em Estudo

Os resultados deste estudo mostraram que ocorreu uma variação entre as médias obtidas para cada questão que forma os dois domínios do instrumento Minichal. Para o

domínio I (Estado mental), a questão com maior média foi a de número 1, resultado semelhante ao encontrado no estudo de Nobre et al. (2017), no qual encontrou em seus resultados maiores porcentagens com relação à questão 1 do instrumento. Ressalta-se que não foram encontrados na literatura artigos suficientes que se propuseram a realizar a análise descritiva de todas as questões deste instrumento.

6.4 Escores das questões do instrumento *Whoqol-Bref* para a População em Estudo

Os resultados deste estudo mostraram variações entre as médias obtidas para cada questão que formam os quatro domínios do instrumento *Whoqol-Bref*. Obteve-se maior valor de média as questões 7 (O quanto você consegue se concentrar?), 20 (Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas) e 11 (Você é capaz de aceitar sua aparência física?). Resultado divergente ao encontrado nos estudos de Diniz et al. (2014), o qual encontrou valores maiores de médias para as questões 21 (Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?), 23 (Quão satisfeito você está com as condições do local onde mora) e 6 (Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?).

Esses resultados demonstram uma diversidade de resultados com relação às médias apresentadas de acordo com cada questão do referido instrumento, influenciando assim nos resultados das médias por domínios.

6.5 Diferenças de médias entre o perfil sociodemográfico e os domínios do Minichal-Brasil

Os resultados desse estudo mostraram influência dos fatores sociodemográficos na QV dos hipertensos, para os domínios (Estado mental e Manifestações somáticas) do instrumento Minichal-Brasil. Assim, em todos os domínios pelo menos uma variável esteve relacionada a menores escores de QV. No entanto, os resultados mostraram que as variáveis sexo, escolaridade, situação conjugal e idade afetaram de maneira estatisticamente significativa a QV dos hipertensos deste estudo.

Assim, neste estudo é possível notar que os participantes do sexo masculino possuíram maiores médias para o domínio Estado mental e Manifestações somáticas, indicando assim uma melhor avaliação da QV para o sexo masculino. Resultado este semelhante ao estudo de Silva et al. (2015), estudo transversal, o qual foi realizado com 397 pacientes diagnosticados com HAS cadastrados na ESF de um município do sul de Minas, tendo como objetivo identificar fatores relacionados a QV desta população. Através da análise

da QV dos hipertensos utilizando o instrumento Minichal-Brasil, obteve-se escores que indicaram uma menor qualidade de vida para as mulheres.

Essa diferença encontrada entre os gêneros pode ser explicada devido ao fato que as mulheres vivem mais, tendo maior expectativa de vida, ficando com a saúde mais comprometida e conseqüentemente apresentam dificuldades em realizar tarefas de vida diária, ocasionando assim uma piora na QV com relação aos homens (HENDERSON; BUCHWALD; MANSON, 2006).

Outra variável que está associada aos domínios do Minichal é a escolaridade, sendo que neste estudo, os indivíduos não alfabetizados apresentaram maiores médias para os dois domínios do Minichal, demonstrando assim uma melhor avaliação da QV. Resultado contraditório ao analisado no estudo de Alves et al. (2013), estudo realizado com a utilização de dois questionários, um específico para analisar a QV de hipertensos e outro com dados sobre o perfil sociodemográfico e clínico, neste estudo a variável escolaridade não influenciou na QV dos participantes estudados ($p=0,5011$).

Hipertensos na condição de viúvos (12,7; DP=11,5) apresentaram maiores médias com relação ao domínio estado mental. Esses resultados se encontram compatíveis com os resultados do estudo de Andrade et al. (2014), o qual analisou a influência de fatores socioeconômicos na QV de hipertensos na ESF, seus resultados demonstram que os hipertensos solteiros e divorciados apresentaram médias menores de QV para o domínio I do Minichal.

Já para o domínio II do Minichal, hipertensos na condição de solteiros apresentaram maiores médias. Quanto ao estado civil, Otero et al. (2007) consideram que este influencia na dinâmica familiar e no autocuidado, sendo assim indivíduos separados ou viúvos tendem a ter menos cuidado com relação à saúde, influenciando assim na QV.

No tocante à idade, os hipertensos com as faixas etárias de idade maior de 79 anos obtiveram maior média tanto para o domínio I como para o domínio II. Resultados esses controversos aos encontrados no estudo de Andrade et al. (2014), no qual encontrou-se que indivíduos com mais de 80 anos de idade possuíam menores médias tanto para o domínio I e II do Minichal, indicando assim uma QV insatisfatória. Esses resultados demonstram que com o aumento da idade ocorre uma piora da QV nesta população estudada. Nos estudos de Youssef, Moubarak e Kamel (2005) foi constatado que os participantes mais jovens apresentaram uma melhor QV.

6.6 Diferenças de médias entre o perfil clínico e os domínios do Minichal-Brasil

Hipertensos com fator de risco cardiovascular (depressão) pontuaram maiores médias para o domínio I e hipertensos com insuficiência renal obtiveram maiores médias para o domínio II, indicando assim uma QV satisfatória nesta população com este fator de risco. Resultado esse divergente com a pesquisa de Alves et al. (2013), a qual foi realizada com a utilização de dois questionários, o Minichal-Brasil e outro que retratou o perfil socioeconômico e clínico dos participantes, seus resultados demonstraram a inexistência de associação estatística significativa entre as variáveis clínicas comorbidades, como diabetes, dislipidemia, problema renal, depressão, infarto, dentre outros e os domínios do Minichal-Brasil.

É possível verificar que hipertensos com tempo de diagnóstico na faixa de 9-12 anos obtiveram maiores médias tanto para o domínio I como para o domínio II. Esses resultados são inversos aos achados na pesquisa desenvolvida por Cortês et al. (2016) no qual não foram encontradas associações significativas entre os domínios do Minichal e as variáveis clínicas analisadas no estudo.

Os hipertensos que não realizavam atividade física apresentaram médias maiores para o domínio I e domínio II. Demonstrando, assim, melhores valores de QV para os dois domínios do Minichal.

Nos estudos de Bunchen et al. (2013) foi verificado que os indivíduos que realizavam atividade física tinham valores de pressão arterial melhores, mesmo quando o tratamento farmacológico era retirado, sugerindo assim que alguns pacientes poderiam realizar o controle pressórico apenas com medidas de hábitos de vida saudáveis.

6.7 Diferenças de médias entre o perfil sociodemográfico e os domínios do Whoqol-bref

Os resultados desse estudo mostraram influência dos fatores sociodemográficos (naturalidade, situação conjugal, renda familiar e idade) na QV dos hipertensos, para os domínios do *Whoqol-Bref*. Assim, em todos os domínios pelo menos uma variável esteve relacionada a menores escores de QV. No entanto, os resultados mostraram que as variáveis naturalidade, situação conjugal, renda familiar e idade afetaram de maneira estatisticamente significativa a QV dos hipertensos deste estudo.

Com relação à escolaridade, neste estudo foi verificado que hipertensos com ensino superior completo apresentaram maiores médias. Resultado similar foi encontrado no

estudo de Vagetti et al. (2013), o qual analisou a associação entre variáveis sociodemográficas e condições de saúde com os domínios de QV, sendo este realizado com a utilização de dois instrumentos sobre QV, *Whoqol-Bref* e *Whoqol-Old*. Os resultados deste estudo foram semelhantes com a presente pesquisa, onde obteve-se como resultado hipertensos com ensino superior completo apresentando maiores médias de QV, conseqüentemente, melhor QV.

A educação em saúde pode ser entendida como medidas que possibilitem a prática de comportamentos saudáveis, bem como tem como característica a indução da mobilização social em busca da melhoria das condições de vida, assim esta influencia na adesão ao tratamento de doenças crônicas, dentre elas a HAS. A baixa escolaridade, bem como o baixo nível socioeconômico comprometem a educação em saúde, ocasionando assim influências sobre a QV (PERKINS et al., 2006).

Outra variável que esteve relacionada aos domínios do *Whoqol-Bref* foi a naturalidade, assim, neste estudo é possível notar que os participantes com naturalidade de Teresina possuíam médias maiores para os domínios físico, relações sociais e meio ambiente, o que indica uma melhor avaliação da QV nestes domínios. Ressalta-se que não foram encontrados estudos que avaliam a associação entre naturalidade e os domínios do *Whoqol-Bref*.

Hipertensos na condição de união estável apresentaram maiores médias para os domínios físico, psicológico e relações sociais. Esse resultado diverge com o estudo de Vagetti et al. (2013), no qual os participantes obtiveram menores médias para os domínios psicológicos e relações sociais.

A variável renda familiar demonstrou que hipertensos com renda familiar entre 3 a 5 salários mínimos, apresentaram maiores médias para os domínios: psicológico e meio ambiente. As pessoas com baixo nível socioeconômico estão mais propensas à elevação dos níveis de pressão arterial sistêmica, sendo estes provenientes do estresse causado pela situação econômica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

No tocante à idade, a faixa etária com maiores médias para todos os domínios foi para os hipertensos com idade entre 20 a 39 anos, indicando assim que indivíduos com essa faixa etária apresentaram melhores valores de QV em todos os domínios do *Whoqol-Bref*, conseqüentemente apresentaram um resultado de QV satisfatória. Diversos estudos apontam que de acordo com o aumento da idade ocorrem diversas mudanças em inúmeros aspectos da vida, sendo assim, alterações físicas, psicológicas, mentais, sociais, dentre outras, levam a uma redução significativa nos escores de QV (GARCÍA et al., 2005).

6.8 Diferenças de médias entre o perfil clínico e os domínios do Whoqol-Bref

Os resultados desse estudo mostraram relação entre os fatores clínicos (tempo de diagnóstico, fator de risco cardiovascular e realiza atividade física) na QV dos hipertensos, para alguns domínios do *Whoqol-Bref*. Assim, em todos os domínios pelo menos uma variável esteve relacionada a menores escores de QV. No entanto, os resultados mostraram que as variáveis tempo de diagnóstico, fatores de risco cardiovascular e realiza atividade física afetaram de maneira estatisticamente significativa a QV dos hipertensos deste estudo.

Com relação à variável fatores de risco cardiovascular, ressalta-se que não foram encontrados estudos semelhantes ou divergentes que retratem a comparação entre estes fatores analisados no estudo e o instrumento *Whoqol-Bref*.

Com relação à variável tempo de diagnóstico observou-se que hipertensos com tempo de diagnóstico entre 1 a 4 anos apresentaram maiores médias para todos os domínios do instrumento. Resultado compatível com o estudo de Carvalho et al. (2013), o qual foi realizado com hipertensos em tratamento e indivíduos não hipertensos, onde foram coletados dados sociodemográficos, clínicos e sobre QV com a utilização de um instrumento diferente do utilizado nesta pesquisa, obtendo-se assim que a variável tempo de diagnóstico influenciou de maneira desfavorável em dois domínios do instrumento utilizado.

Hipertensos que realizam atividade física apresentaram maiores médias em todos os domínios do *Whoqol-Bref*. Esse fato provavelmente possa ser explicado devido ao fato dos hipertensos serem cadastrados no programa HIPERDIA, onde neste é realizada a educação em saúde, dentre outras atividades, sendo realizadas condutas de orientações aos hipertensos com relação às medidas não farmacológicas utilizadas como tratamento para pessoas hipertensas, dentre elas a realização de atividades físicas.

6.9 Escores dos domínios do instrumento Minichal-Brasil para a População em Estudo

Os resultados demonstraram médias bastante próximas, com melhor QV para o domínio Estado mental, resultado este similar ao disposto nos estudos de Cortês et al. (2016) que obteve média de 4,04 para o domínio Estado mental e (2,21) para o domínio manifestações somáticas, revelando assim uma QV satisfatória no domínio Estado mental para os participantes deste estudo.

No estudo de validação do Minichal em espanhol para a língua portuguesa Minichal-Brasil, o qual teve como amostra 300 participantes, as médias para os domínios do Minichal foram: Estado mental (5,30; DP=5,39) e Manifestações somáticas (1,87; DP=2,31),

resultados estes que são semelhantes com os achados deste estudo, o qual obteve maior média para o domínio estado mental (Schutz et al., 2008).

A diversidade de resultados encontrados a nível nacional pode ser explicada devido às diferenças regionais, sociais e culturais do Brasil.

6.9.1 Escores dos domínios do instrumento *Whoqol-Bref* para a População em Estudo

O domínio com maior média foi o psicológico, domínio o qual leva em consideração os sentimentos negativos e positivos, memória e concentração, autoestima, segurança física, imagem corporal e etc. Resultado incompatível com o estudo de Souza et al. (2016), no qual foi possível verificar que o domínio com maior média foi o das relações sociais (79,92;DP=14,43). Assim como no estudo de Velten et al. (2013), no qual o domínio com maior mediana foi o das relações sociais (75,0).

Ficou evidente neste estudo que o domínio meio ambiente encontrou-se comprometido, apresentando a menor média dentre todos os domínios do *Whoqol-Bref*, demonstrando assim níveis de QV insatisfatórios com relação a este domínio. Resultado similar ao encontrado no estudo de Paiva et al. (2016), sendo que nesse estudo os hipertensos apresentaram média de (62,1;DP=11,69) para este domínio.

Quanto ao domínio físico, resultados semelhantes a este estudo foram encontrados na pesquisa de Tavares et al. (2011), no qual teve como objetivo realizar a análise da QV de indivíduos idosos com hipertensão arterial, neste estudo a média para este domínio foi de (57,26;DP=16,78). Concernente a este resultado encontrado para o domínio físico, talvez este resultado possa estar relacionado à dependência de medicamentos, bem como de tratamentos, aspectos os quais são avaliados neste domínio (FLECK et al., 2000)

O domínio relações sociais obteve média de 70,0, resultado compatível e bem próximo ao encontrado no estudo de Tavares et al. (2011), estudo que teve como objetivo descrever e comparar os escores de QV de idosos com e sem HAS, segundo os domínios do *Whoqol-Bref* e *Whoqol-Old*, sendo encontrada nos seus resultados a média para este domínio (69,92; DP=11,27).

Em indivíduos adultos saudáveis, a qualidade de vida é um estado ou condição benéfica de vida, em que diversos aspectos como: bem-estar físico, mental, emocional e social, são analisados, sendo que uma vez que estes aspectos não estejam adequados para a realidade do indivíduo, podem interferir diretamente no seu bem-estar, consequentemente na QV do indivíduo (SILVA et al, 2012).

6.9.2 Comparação entre os escores de qualidade de vida por domínios do Minichal-Brasil e *Whoqol-Bref* para a população em estudo

Através da comparação entre os domínios dos dois instrumentos utilizados, pode-se perceber que para o Minichal o domínio com melhor média foi o estado mental, sendo assim questões que envolvem perguntas sobre as relações sociais, sono, sensações sobre a vida dentre outras dos pacientes hipertensos foram as que obtiveram melhores escores. Resultado esse divergente aos estudos de Júnior e Oliveira (2014), o qual utilizou o Minichal como instrumento de avaliação de QV, buscando analisar as possíveis alterações na QV relacionadas ao seguimento do tratamento. Neste estudo, a melhor média foi encontrada para o domínio Manifestações somáticas (4,35=3,79).

Com relação ao *Whoqol-Bref*, o domínio psicológico foi o que apresentou maior média, indicando melhor QV, divergindo assim com os achados do estudo de Velten et al. (2013), estudo de caso-controle, tendo como objetivo comparar a influência da HAS na QV entre hipertensos e normotensos. Neste estudo, o domínio com melhor mediana foi o das relações sociais (75,0).

Nota-se que, com esses achados, os instrumentos se completam, visto que o Minichal possui menos questões, conseqüentemente abordando a QV de forma mais resumida, entretanto, o *Whoqol-Bref* é mais abrangente, abordando diversos aspectos da QV.

7 CONCLUSÃO

Conforme verificou-se ao se investigar a QV de hipertensos, mediante o uso dos instrumentos Minichal-Brasil e *Whoqol-Bref*, foi possível perceber que os hipertensos apresentaram um melhor índice de QV para o domínio estado mental do instrumento Minichal-Brasil, o qual aborda assuntos como: sono, relações sociais, sentimentos sobre a vida, dentre outras.

Para o instrumento *Whoqol-Bref*, o domínio com melhor auto percepção de QV foi o psicológico, domínio o qual aborda assuntos relacionados a concentração, percepções sobre a vida, sentindo a vida, dentre outras. Destaca-se que os domínios físico e das relações sociais também obtiveram valores de médias altas.

Sendo que o domínio mais afetado, ou seja, com QV insatisfatória foi o domínio meio ambiente, o qual retrata questões que levam em consideração se o ambiente físico é saudável, bem como sobre a questão financeira, dentre outros.

Ressalta-se como limitações deste estudo o recorte transversal, o qual não permite estabelecer relação causa-efeito dos achados, ou seja, de identificar a conexão causal entre a exposição a um fator e adoecimento. Outra limitação é a reduzida quantidade de estudos que retratem a comparação entre os dois instrumentos utilizados na pesquisa, bem como estudos que abordem algumas variáveis clínicas, como as sociodemográficas utilizadas nesse estudo.

O estudo foi desenvolvido em três ESFs, dificultando assim a generalização dos resultados e dificultando a representatividade da população de pessoas com HAS.

Algumas diferenças com relação aos instrumentos utilizados para avaliar a QV foram notadas, como por exemplo, a influência de alguns fatores sociodemográficos e clínicos para o instrumento Minichal-Brasil divergentes aos encontrados para o instrumento *Whoqol-Bref*, bem como também são notórias as diferenças existentes entre os dois instrumentos, sendo que para o Minichal as questões que abordam a QV são reduzidas, não abordando assim diversas vertentes que influenciam na QV. Diferentemente do *Whoqol-Bref*, o qual aborda diversos aspectos que podem influenciar na QV, se tornando assim um instrumento mais amplo. Assim, percebe-se que o Minichal-Brasil é uma ferramenta que pode ser utilizada de forma complementar para avaliar a QV.

Sugere-se a realização de novos estudos que abordem o referido assunto, bem como o uso dos instrumentos Minichal-Brasil e *Whoqol-Bref*, visando a um delineamento mais claro da QV de hipertensos.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, C. C. T. *et al.* Instrumentos de Avaliação de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde no Diabetes Melito. **Rev. Arq. Bras. Endocrinol. Metabol.**, v. 52, n. 6, p. 931-939, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v52n6/04.pdf>>. Acesso em: 02/10/17.
- ALVES, E. F. Qualidade de vida: considerações sobre indicadores e instrumentos de medida. **Rev. Brasil. Qual. Vida**, v. 3, n. 1, p. 16-23, 2011. Disponível em: <<https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/article/view/690/615>>. Acesso em: 10/09/17
- ALVES, M. C. B. *et al.* A qualidade de vida de pacientes hipertensos em uma estratégia saúde da família-PARÁ. **Rev. gestão e saúde**, v. 4, n. p. 1378-1390, 2013. Disponível em: <<http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/viewFile/22998/16520>>. Acesso em: 22/08/18.
- ANDRADE, J. M. O. *et al.* Influência de fatores socioeconômicos na qualidade de vida de idosos hipertensos. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3497-3504, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03497.pdf>>. Acesso em: 01/09/17.
- ANDRADE, S. S. A. *et al.* Prevalência de hipertensão autorreferida na população brasileira: análise da pesquisa nacional de saúde, 2013. **Rev. Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília-DF, v. 24, n. 2, p. 297-304, 2015. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/ress/v24n2/2237-9622-ress-24-02-00297.pdf>>. Acesso em: 05/08/17.
- ARBEX, F. S.; ALMEIDA, E. A. Qualidade de vida e hipertensão arterial no envelhecimento. **Rev. Bras. Clin. Med.**, v. 7, p. 339-342, 2009. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2009/v7n5/a012.pdf>>. Acesso em: 10/05/18
- BERRARDINELLI, L. M. M. *et al.* Production of Nursing Knowledge about empowerment in chronic health situations. **Rev. Enferm. UFRJ**, Rio de Janeiro-RJ, v. 23, n. 3, p. 413-9, 2015. Available in: <<http://www.facenf.uerj.br/v23n3/v23n3a20.pdf>>. Access in: 05/08/17.
- BIANCALANA, V.; NICOLA, M.; ANNUNZIATA, P. Lifetime Sedentary Is A Major Cause Of Chronic Diseases. **Rev. Science, Movement and Health**, v. 16, n. 2, p. 301-305, 2016. Disponível em: <<http://www.analeffs.ro/anale-fefs/2016/i2s/pe-autori/5.pdf>>. Access in: 05/08/17.
- BOSCHITSCH, E.; MAYERHOFER, S.; MAGOMETSCHNIGG, D. Hypertension in women: the role of progesterone and aldosterone. **Rev. Climacteric**, v.13, n. 4, p. 307-313, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3984489/>>. Access in: 20/08/18.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria conjunta nº112, de 19 de junho de 2002**. Institui o fluxo de alimentação da base nacional do Hipertensão. 2002.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível

em:<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20 cuidado pessoas %20doencas cronicas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado%20pessoas%20doencas%20cronicas.pdf)>. Acesso em: 05/08/17.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:** hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf>. Acesso em: 05/08/17.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2014.pdf>. Acesso em: 05/08/17.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção primária. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais.** Brasília: Ministério da Saúde; 2006b (Cadernos de Atenção primária; 1. Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BUNDCHEN, D. C. *et al.* Exercício físico controla pressão arterial e melhora qualidade de vida. **Rev. Bras. Med. Esporte** [online]. v.19, n. 2, p. 91-95, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbme/v19n2/03.pdf>>. 18/08/18. Access in: 18/08/18.

CAMELIER, A. A. **Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde em Pacientes com DPOC:** estudo de base populacional com o SF-12 na cidade de São Paulo-SP. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2004.

CARVALHO, M. A. N. *et al.* Qualidade de vida de pacientes hipertensos e comparação entre dois instrumentos de medida de QVRS. **Rev. Arq. Bras. Cardiol.**, v. 98, n. 5, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2012000500010>. Acesso em: 20/08/18.

CARVALHO, M. V. *et al.* A influência da hipertensão arterial na qualidade de vida. **Rev. Arq. Bras. Cardiol.** [periódico na Internet]. v.100, n. 2, p.164-174, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v100n2/v100n2a09.pdf>>. Acesso em: 10/08/17.

CORTÊS, D. C. S. *et al.* Qualidade de vida e hipertensão arterial. **Rev. Inter. J. Cardiovasc.**, v. 29, n. 6, p. 512-516, 2016. Disponível em: <<http://www.onlineijcs.org/sumario/29/pdf/v29n6a12.pdf>>. Acesso em: 18/08/18.

DINIZ, S. A. *et al.* Qualidade de vida em adultos jovens hipertensos. **Rev. Temas em saúde**, v. 14, n. 1, p.114-127, 2014. Disponível em: <<http://temasemsaude.com/wpcontent/uploads/2015/08/Edicao-01-20141.pdf>>. Acesso em: 28/08/18.

FERREIRA, S. R. G. *et al.* Frequência de hipertensão arterial e fatores associados: Brasil, 2006. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 2, p. 98-106, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s2/ao791.pdf>>. Acesso em: 20/08/18.

FLECK, M. P. A. The world health organization instrument quality of the life (WHOQOL-100): Characteristics and perspectives. **Rev. Ciênc Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7077.pdf>>. Access in: 10/08/17.

FLECK, M. P. A. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000200012>. Acesso em: 10/08/17.

GARCÍA, L. E. *et al.* Social network and health related quality of life in older adults: a population-based study in Spain. **Qual. Life Reses**, v. 14, n. 2, p. 4-40, 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15892440>>. Access in: 17/08/18.

GIMENES, G. F.; SILVA, R. A. N. Produção enunciativa nas estratégias biopolíticas atuais: a questão da qualidade de vida. **Rev. Athenea Digital**, v. 17, n. 1, p. 163-185, 2017. Disponível em: <[file:///C:/Users/Denise/Downloads/1770-7881-2-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Denise/Downloads/1770-7881-2-PB%20(1).pdf)>. Acesso em: 12/08/17.

GRILLO, L. P. *et al.* Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em idosos assistidos por equipe estratégia de saúde da família no sul do Brasil. **Rev. Tempus Actas Saúde Colet**, Brasília, v. 8, n. 4, p. 131-141, 2014. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1589>>.

GUIMARÃES, R. M. *et al.* Diferenças regionais na transição da mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil, 1980 a 2012. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 37, n. 2, p. 83-89, 2015. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v37n2/a03v37n2.pdf>>. Acesso em: 10/08/17.

HENDERSON, J. A.; BUCHWALD, D; MANSON, S. M. Relationship of medication use to health-related quality of life among a group of older American Indians. **J. Appl. Gerontol.**, v. 25, n. 1, p. 89-104, 2006. Disponível em: <<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.568.8365&rep=rep1&type=pdf>>. Access in: 20/08/18.

KLUTHCOVSKYI, A. C. G. C.; KLUTHCOVSKYII, F. A. O WHOQOL-Bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. **Rev. Psiquiatria**, v. 31, n. 3, supl. 0, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v31n3s0/v31n3a07s1.pdf>>. Acesso em: 03/06/18.

JÚNIOR, L. M. M.; OLIVEIRA, L. M. V. Prevalência de hipertensão arterial e qualidade de vida em idosos. **Rev. Estudos**, v. 41, p. 255-273, 2014. Disponível em: <[file:///C:/Users/Asus/Downloads/3821-11052-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Asus/Downloads/3821-11052-1-PB%20(2).pdf)>. Acesso em: 23/09/18.

MALACHIAS, M. V. B. *et al.* VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 107, Supl.3, p. 1-83, 2016. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf>. Acesso em: 12/08/17.

MALTA, D. C. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, supl. 1, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000200306&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 05/08/17.

MALTA, D. C. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e o suporte das ações intersetoriais no seu enfrentamento. **Rev. Ciênc Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4341-4359, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104341>.

_____. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil-Pesquisa Nacional de Saúde. **Rev. Bras. Epidemiol**, v. 18, supl. 2, p. 3-16, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18s2/1980-5497-rbepid-18-s2-00003.pdf>>. Acesso em: 10/08/17.

MANTOVANI, M. F. *et al.* Depressão e qualidade de vida em adultos com hipertensão. **Rev. Cogitare Enferm.**, v. 22, n. 3, 2017. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/51630>>. Acesso em: 20/08/18.

MARIN, N. S.; SANTOS, M. F. D.; MORO, A. S. Percepção de hipertensos sobre a sua não adesão ao uso de medicamentos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 50, n. espe, p. 061-067, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50nspe/pt_0080-6234-reeusp-50-esp-0061.pdf>. Acesso em: 18/08/18.

MATOS, A. P. S.; MACHADO, A. C. Influência de Variáveis Biopsicossociais na Qualidade de Vida em Asmáticos. **Rev. Psicologia: Teoria e Pesquisa**, V.23, n.2, p.139-148, 2007. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0407/pdfs/IS27\(4\)093.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0407/pdfs/IS27(4)093.pdf)> Acesso em: 24/07/18.

MELCHIORS, A. C. *et al.* Qualidade de Vida em Pacientes Hipertensos e Validade Concorrente do Minichal-Brasil. **Rev. Arq. Bras. Cardiol**, [periódico na Internet]. v. 94, n. 3, p. 357-364, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010000300013>. Acesso em: 02/10/17.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232000000100002&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 05/06/18.

MIRANDA, L. C. V.; SOARES, S. M.; SILVA, P. A. B. Qualidade de vida e fatores associados em idosos de um centro de referência a pessoa idosa. **Rev. Ciência e saúde coletiva**, v. 21, n. 11, p. 3533-3544, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232016001103533&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 22/08/18.

MIRANZI, S. S. C. *et al.* Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Rev. Texto Contexto Enferm**, v. 17, n. 4, p. 672- 679, out.-dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/07.pdf>>. Acesso em: 20/07/18.

MOREIRA, R. M. *et al.* Qualidade de vida, Saúde e Política Pública de Idosos no Brasil: uma reflexão teórica. **Rev. Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 16, n.1, p. 27-38, 2013. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/17629/13128>>. Acesso em: 10/09/17.

NEGREIROS, R. V. *et al.* Importância do programa Hiperdia na adesão ao tratamento medicamentoso e dietético em uma unidade de saúde da família (USF). **Rev. Univer do Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 14, n. 2, p. 403-411, 2016. Disponível em: <<http://www.periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/2695/pdf539>>. Acesso em: 10/09/17.

NOBRE, A. L. C. S. D. *et al.* Qualidade de vida de hipertensos. **Rev. Universidade Vale do Rio Verde**, v. 15, n. 2, p. 78-89, 2017. Disponível em: <http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/3300/pdf_682>. Acesso em: 10/09/17.

NOBRE, F. *et al.* Hipertensão Arterial Sistêmica. **Rev. Medicina**, Ribeirão Preto, v. 46, n. 3, p. 256-72, 2013. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/2013/vol46n3/rev_Hipertens%E3o%20arterial%20sist%EAmica%20prim%E1ria.pdf>. Acesso em: 15/09/17.

OTERO, L. M.; ZANETTI, M. L.; TEIXEIRA, C. R. S. Características sociodemográficas e clínicas de portadores de diabetes em um serviço de atenção básica à saúde. **Rev. Latino-Am Enferm.**, v. 15, n. esp, p. 768-73, 2007. Disponível em: <http://www.abep.org.br/~abeporgb/abep.info/files/trabalhos/trabalho_completo/TC-5-19-636-590.pdf>. Acesso em: 22/08/18.

PAIVA, M. M. *et al.* Impacto da Hipertensão Arterial na Qualidade de Vida de Idosos Residentes na zona Rural. **Rev. Enferm. Atenção Saúde**, v. 5, n. 1, p. 12-22, 2016. Disponível em: <<http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/File/1397/pdf>>. Acesso em: 15/09/17.

PATEL, A. V. *et al.* Cognitive reserve is a determinant of health-related quality of life in patients with cirrhosis, independent of covert hepatic encephalopathy and model for end-stage liver disease score. **Rev. Clin. Gastroenterol Hepatol.**, v. 13, n. 5, p. 987-91, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25445772>>. Access in: 12/09/17.

PERKINS, A. J. *et al.* Assessment of differential item functioning for demographic comparisons in the MOS SF-36 health survey. **Qual. Life Res**, v. 15, n. 3, p. 331-348, 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16547771>>. Access in: 17/08/18.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do Trabalho Científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Rio Grande do Sul: FEEVALE, 2013. Acesso em: 10/09/17.

RAUPP, L. M. *et al.* Doenças crônicas e trajetórias assistenciais: avaliação do sistema de saúde de pequenos municípios. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 615-634, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n2/0103-7331-physis-25-02-00615.pdf>>. Acesso em: 12/09/17.

RIBEIRO, I. J. S. *et al.* Qualidade de vida de hipertensos atendidos na atenção primária a saúde. **Rev. Saúde Debate**, v. 39, n.105, p. 432-440, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010311042015000200432&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20/08/18.

SALOMÃO, C. B. *et al.* Fatores associados a hipertensão arterial em usuários de serviço de promoção à saúde. **Rev. Min. Enferm.**, v. 17, n. 1, p. 32-38, 2013. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/577>>. Acesso em: 20/09/17.

SARAIVA, L. E. F. *et al.* Condições crônicas de saúde relacionadas à qualidade de vida de servidores federais. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 36, n. 2, p. 35-41, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.02.46666>>. Acesso em: 20/09/17.

SCALA, L. C.; MAGALHÃES, L. B.; MACHADO, A. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica. In: Moreira SM, Paola AV; Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Livro Texto da Sociedade Brasileira de Cardiologia**. 2ª. ed. São Paulo: Manole; p. 780-5, 2015. Acesso em: 16/09/17.

SCHULZ, R. B. *et al.* Validação do questionário resumido de qualidade de vida em hipertensão espanhola (Minichal) para portugueses (Brasil). **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 90, n. 2, p. 139-144, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2008000200010>. Acesso em: 20/09/17.

SILVA, A. Z. D.; COSTA, A. F. A.; SILVA, L. M. S. D. Panorama do cadastramento e internações relacionadas à hipertensão arterial. **J. Nurs. UFPE online**, Recife-PE, v. 10, n. 6, p. 1937-43, 2016. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/9215/pdf10303>>.

SILVA, J. V. F. A. *et al.* A relação entre o envelhecimento populacional e as doenças crônicas não transmissíveis: sério desafio de saúde pública. **Rev. Ciênc Biológ e da Saúde**, Maceió-AL, v. 2, n. 3, p. 91-100, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiosauade/article/viewFile/2079/1268>>. Acesso em: 10/09/17.

SILVA, L. M. *et al.* Representações sociais sobre qualidade de vida para idosos. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 33, n. 1, p. 109-15, 2012. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/37518690.pdf>>. Acesso em: 17/08/18.

SILVA, P. C. S. *et al.* Fatores associados com a qualidade de vida relacionado a saúde de pessoas com hipertensão arterial sistêmica. **Rev. Enferm. Ufpe online**, v. 9, n. 5, p. 7924-7935, 2015. Disponível em: <[file:///C:/Users/Asus/Downloads/10543-21921-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Asus/Downloads/10543-21921-1-PB%20(2).pdf)>. Acesso em: 20/08/18.

SIMÃO, R. R. *et al.* Hipertensão arterial sistêmica (HAS). **Rev. Med**, São Paulo-SP, v. 95, n. 1, p. 37-38, 2016. Disponível em: <[file:///C:/Users/Denise/Downloads/117976-217509-1-SM%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Denise/Downloads/117976-217509-1-SM%20(1).pdf)>. Acesso em: 15/08/17.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Rev. Bras. Hipertensão**, v. 17, n. 1, p. 25-30, 2010.

_____. VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. de Cardiol**, São Paulo, v. 107, n. 3, p. 7, set. 2016. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf>. Acesso em: 20/09/17.

_____. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 95, n.1, p. 1-51, 2010. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf>. Acesso em: 17/08/18.

SOUZA, D. P. A. *et al.* Qualidade de vida em idosos portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus. **Rev. Psic**, v. 10, n. 31, 2016. Disponível em: <<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/547>>. Acesso em: 17/08/18.

TAVARES, D. M. S. *et al.* Características socioeconômicas e qualidade de vida de idosos urbano e rurais com doenças cardíacas. **Rev. Gaúcha de Enferm**, v. 36, n. 3, p.21-27, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198314472015000300021&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 15/08/17.

TAVARES, D. M. S. *et al.* Qualidade de vida de idosos com e sem hipertensão arterial. **Rev. Eletr. Enfer**, v. 13, n. 2, p. 211-8, 2011. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a07.htm>>. Acesso em: 17/08/18.

TAVARES, D. M. S. *et al.* Qualidade de vida de idosos com hipertensão arterial. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 19, n. 3, p. 438-44, 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n3/v19n3a17.pdf>>. Acesso em: 17/08/18.

TEIXEIRA, M. *et al.* Avaliação da qualidade de vida de mulheres vivendo com HIV. **Rev. Enferm. UFSM**, v.5, n. 2, p.360-367, 2015. Disponível em: <[https://periodicos.ufsm.br/revista/revista/article/view/15277/pdf](https://periodicos.ufsm.br/revista/revista/revista/article/view/15277/pdf)>. Acesso em: 15/08/17.

TORRES, A. C.C. *et al.* Instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada a saúde no diabetes melito. **Rev. Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, v. 52, n. 6, p. 931-929, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-27302008000600004&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20/06/18.

TREPP, R. *et al.* Assessment of quality of life in patients with uncontrolled vs. controlled acromegaly using the Acromegaly Quality of Life Questionnaire (AcroQoL). **Rev. Clin. Endocrinol (Oxf)**, v.63, n. 1, p. 103-110, 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15963069>>. Access in: 25/06/17.

VAGETTI, G. C. B. *et al.* Condições de saúde e variáveis demográficas associadas a qualidade de vida em idosas de um programa de atividade física de Curitiba, Paraná, Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 5, p. 955-969, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n5/13.pdf>>. Acesso em: 17/08/18.

VELTEN, A. P. C. *et al.* Qualidade de vida e hipertensão em comunidades quilombolas do norte do Espírito Santo, Brasil. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, v. 15, n. 1, p. 9-16, 2013. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/5573>>. Acesso em: 18/08/18.

VITORINO, G. F. A. *et al.* Perfil de saúde e qualidade de vida de idosas com hipertensão arterial sistêmica. **Rev. Rene**, v. 16, n. 6, p. 900-907, 2015. Disponível em: <<http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/14765/1/2015artgfavitorino.pdf>>. Acesso em: 20/08/18.

WEBER, M. A. *et al.* Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community: a statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. **J. Hypertens.**, v. 32, n. 1, p. 3-15, 2014. Disponível em: <<http://omanheart.org/files/pdf/16.pdf>>. Access in: 20/06/17.

WHOQOL GROUP. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. **Psychol. Med.**, v. 28, n. 3, p. 551-558, 1998. Disponível em: <[https://depts.washington.edu/uwcscs/sites/default/files/hw00/d40/uwcscs/sites/default/files/WHO%20Quality%20of%20Life%20Scale%20\(WHOQOL\).pdf](https://depts.washington.edu/uwcscs/sites/default/files/hw00/d40/uwcscs/sites/default/files/WHO%20Quality%20of%20Life%20Scale%20(WHOQOL).pdf)>. Access in: 10/06/17.

WHOQOL GROUP. **The World Health Organization Quality of Life Assessment World Health Organization.** WHO Global action plan for the prevention and control of non communicable disease 2013-2020 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2013. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/>. Access in: 10/06/17

WHOQOL. Position paper from the World Health Organization. **Soc. Sci. Med**, v. 41, n.10, p. 1403-9, 1995. Disponível em: <[http://sci-hub.io/10.1016/0277-9536\(95\)00112-k](http://sci-hub.io/10.1016/0277-9536(95)00112-k)>. Access in: 10/06/17.

YOUSSEF, R. M.; MOUBARAK, I. I.; KAMEL, M. I. Factors affecting the quality of life of hypertensive patients. **East Mediterr Health J.**, v. 11, n. 1, p.109-18, 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16532679>>. Access in: 18/08/18.

APÊNDICES

APÊNDICE A – FORMULÁRIO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – UFPI
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE-CCS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS E SAÚDE-PPGCS

TÍTULO: QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL

DATA: ___/___/_____

CÓDIGO: _____

BLOCO I: DADOS DEMOGRÁFICOS:

1.1 Idade:[]

1.2 Profissão:.....[]

1.3 Sexo:.....[]

- (1) Masculino
- (2) Feminino

1.4 Escolaridade:[]

- (1) Não alfabetizado
- (2) Ensino fundamental incompleto
- (3) Ensino fundamental completo
- (4) Ensino médio incompleto
- (5) Ensino médio completo
- (6) Ensino superior incompleto
- (7) Ensino superior completo

1.5 Naturalidade:.....[]

- (1) Teresina
- (2) Interior do Piauí
- (3) Outros Estados

1.6 Situação conjugal:.....[]

- (1) Solteiro
- (2) Casado
- (3) Separado
- (4) viúvo
- (5) união estável

1.7 Renda Familiar:.....[]

- (1) menos de um salário mínimo
- (2) 1 a 2 salários mínimos
- (3) 3 a 5 salários mínimos
- (4) Desconhece

1.8 Religião:.....[]

- (1) Católico
- (2) Evangélico
- (3) Budista
- (4) Outras

1.9 Cor da pele:.....[]

- (1) Pardo
- (2) Branco
- (3) Preto
- (4) Amarelo
- (5) Indígena

BLOCO II: DADOS CLÍNICOS:**2.1 Fatores de riscos cardiovasculares**

- (1) Tabagismo
- (2) Diabetes mellitus
- (3) Obesidade
- (4) Dislipidemia
- (5) Infarto prévio
- (6) Acidente vascular cerebral
- (7) Depressão
- (8) Insuficiência renal

2.2 Medicamentos em uso.....[]

- (1) não
- (2) sim, especifique:_____

2.3 Tempo de diagnóstico da doença_____ em anos.**2.4 Realiza alguma atividade física.....[]**

- (1) não
- (2) sim, especifique:_____

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS E SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS E SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO
 ARTERIAL

Pesquisador responsável: Ana Roberta Vilarouca da Silva

Instituição/Departamento: UFPI/Enfermagem CSHNB

Telefone para contato (inclusive a cobrar): (89) 999728446

E mail: robertavilarouca@yahoo.com.br

Pesquisadora Participante: Denize Evanne Lima Damacena

Instituição/Departamento: UFPI/CCS/Mestrado em Ciências e Saúde

Telefone para contato (inclusive a cobrar): (86) 99810-9891

O(a) Sr(a) está sendo convidado(a) para participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada como “QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL”, respondendo a algumas perguntas sobre o tema. Não se apresse em decidir, é muito importante que o(a) senhor(a) compreenda as informações e instruções contidas neste documento e os pesquisadores deverão responder todas as dúvidas antes que o senhor se decida a participar. Depois de esclarecido sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa, você tem o direito de retirar o seu consentimento de participação na pesquisa, mesmo em sua etapa final, sem ônus ou prejuízos.

Justificativa: A pressão alta pode interferir de maneira negativa na qualidade de vida de hipertensos, ocasionando problemas de natureza física, psicológica, mental, afetiva, sexual, dentre outros. Com base no grande impacto que a hipertensão pode ocasionar na qualidade de vida e devido ao número reduzido de trabalhos que avaliem especificamente a qualidade de vida neste tema, acredita-se que as informações obtidas nesse trabalho possam enriquecer o corpo de conhecimento.

Objetivo do estudo: Analisar a qualidade de vida dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica atendidos em um serviço público de saúde

Procedimentos: Sua participação consistirá em uma entrevista, com o preenchimento do formulário que conterà informações acerca de dados sociodemográficos, e será realizada com pacientes hipertensos que estiverem em atividade na Unidade Básica de Saúde, em local reservado. Contará também com a aplicação de dois questionários sobre a qualidade de vida.

Riscos: Informamos que os riscos existentes ao participante de toda e qualquer pesquisa podem ser de natureza física, psíquica, mental, social e espiritual, porém asseguramos que neste estudo os riscos ao participante são mínimos, e estão relacionados à possibilidade de constrangimento, pois haverá invasão da privacidade dos dados do participante para responder determinadas questões da pesquisa. Ressalta-se que os pesquisadores terão o cuidado de realizar a avaliação de forma individual, em lugar reservado e no momento mais oportuno e confortável para o (a) participante, após esclarecimentos dos dados que serão obtidos e concordância em participar.

Benefícios: Não existe nenhum benefício direto por sua participação nesta pesquisa, no entanto a sua contribuição será importante para melhoria no tratamento de pacientes hipertensos que posteriormente procurarem o serviço, como também na melhoria da qualidade da assistência com efetividade, eficácia e eficiência no tratamento dos mesmos.

Custos: A pesquisa é isenta de custos para os participantes desta pesquisa.

Sigilo: As informações fornecidas pelo (a) senhor (a) terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. O (a) senhor (a) não será identificado em nenhum momento, mesmo quando divulgados resultados da pesquisa.

Consentimento da participação da pessoa como sujeito

Eu, _____, RG _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo “Qualidade de vida de pessoas com hipertensão arterial”, em Teresina-Piauí, como sujeito. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo Qualidade de vida de pacientes hipertensos. Eu discuti com a mestrand _____ sobre a minha decisão em participar do estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido. Assim, assino 02 (duas) vias deste termo, ficando 1 (uma) delas comigo e a outra cópia com a pesquisadora.

Local e data _____

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____

RG: _____ Assinatura: _____

Nome: _____

RG: _____ Assinatura: _____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Teresina, _____ de _____ de 2017.

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador participante

Observações complementares: Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Senador Helvídio Nunes de Barros localizado no seguinte endereço: Rua Cícero Duarte, SN. Bairro Junco, Picos – PI. Telefone: 089-3422-3003 - email: cep-ufpi@ufpi.edu.br / web: <http://www.ufpi.br/picos>

ANEXOS

ANEXO A – FORMULÁRIO CÓDIGO _____

**Mini questionário de qualidade de vida em hipertensão arterial (MINICHAL_BRASIL)
Instruções**

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida. Por favor responda a todas as questões. Este instrumento é composto por 17 questões, distribuídas em 2 domínios (Estado mental e manifestações somáticas), a resposta dos domínios é obtida através da escala de Likert com 4 opções de respostas (0 a 3). Marque o número correspondente a legenda abaixo para cada pergunta.

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

Nos últimos 7 dias	Não, absolutamente	Sim, um pouco	Sim, bastante	Sim, muito
1.Tem dormido mal?				
2.Tem tido dificuldade em manter suas relações sociais habituais?				
3.Tem tido dificuldade em relacionar-se com as pessoas?				
4.Sente que não está exercendo um papel útil na vida?				
5.Sente-se incapaz de tomar decisões e iniciar coisas novas?				
6.Tem se sentido constantemente agoniado e tenso?				
7.Tem a sensação que a vida é uma luta contínua?				
8.Sente-se incapaz de desfrutar suas atividades habituais de cada dia?				
9.Tem se sentido esgotado e sem forças?				
10.Teve a sensação que estava doente?				
11.Tem notado dificuldade em respirar ou sensação de falta de ar sem causa aparente?				
12.Teve inchaço nos tornozelos?				
13.Percebeu que tem urinado com mais frequência?				

14.Tem sentido a boca seca?				
15.Tem sentido dor no peito sem fazer esforço físico?				
16.Tem notado adormecimento ou formigamento em alguma parte do corpo?				
17.Você diria que sua hipertensão e o tratamento dessa tem afetado a sua qualidade de vida?				

ANEXO B – FORMULÁRIO CÓDIGO
World Health Organization Quality of Life-Bref (WHOQOL-bref)

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. As respostas seguem uma escala de Likert (de 1 a 5, quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida).

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

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

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

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

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

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	Boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

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

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum	1	2	3	4	5

	tratamento médico para levar sua vida diária?					
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

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

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

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

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	Bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de	1	2	3	4	5

	desempenhar as atividades do seu dia a dia?					
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

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

		nunca	Algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como	1	2	3	4	5

	mau humor, desespero, ansiedade, depressão?					
--	--	--	--	--	--	--

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO