

COD. DE BIBLIOTECA: 66470
E 13831166/04

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

HIPERTENSÃO ARTERIAL EM ADULTO: PERCEPÇÃO DA DOENÇA E INTERFERÊNCIA NA QUALIDADE DE VIDA

DANIELE MARY SILVA DE BRITO

7638
616.132
D 875H
2003

FORTALEZA
2003



DANIELE MARY SILVA DE BRITO

**HIPERTENSÃO ARTERIAL EM ADULTO: PERCEPÇÃO DA DOENÇA
E INTERFERÊNCIA NA QUALIDADE DE VIDA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem Clínico- Cirúrgica.

Orientadora:

Profa. Dra. Thelma Leite de Araújo

FORTALEZA

2003



FICHA CATALOGRÁFICA

B875h

Brito, Daniele Mary Silva de.

Hipertensão arterial em adulto: percepção da doença e Interferência na qualidade de vida / Daniele Mary Silva de Brito. – Fortaleza, 2003.

110 f.

Orientadora: Profa. Dra. Thelma Leite de Araújo.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-graduação em Enfermagem.

1. Hipertensão- qualidade de vida. 2. Hipertensão- percepção da doença. I. Título

CDD 616.132.

DANIELE MARY SILVA DE BRITO

**HIPERTENSÃO ARTERIAL EM ADULTO: PERCEPÇÃO DA DOENÇA
E INTERFERÊNCIA NA QUALIDADE DE VIDA.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem Clínico-Cirúrgica

Aprovada em: ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Thelma Leite de Araújo(Orientadora)
Universidade Federal do Ceará-UFC

Profa. Dra. Marli Terezinha Gimenez Galvão
Universidade Federal do Ceará - UFC

Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes
Universidade Federal do Ceará-UFC

Profa. Maria Josefina da Silva
Universidade Federal do Ceará-UFC

Este trabalho contou com o apoio financeiro da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP) e está inserido no Projeto “Cuidado em Saúde Cardiovascular”, financiado pelo CNPq e integrado ao grupo de pesquisa “Auto-ajuda de enfermagem em situação de saúde-doença,” e à linha de pesquisa “Assistência participativa de enfermagem em situação de saúde-doença” do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

“Que Deus me permita falar como eu quisera, e ter pensamentos dignos dos dons que recebi, porque é ele mesmo que guia a sabedoria e emenda os sábios. Porque nós estamos em suas mãos, nós e nossos discursos, toda a nossa inteligência e nossa habilidade; foi ele quem me deu a verdadeira ciência de todas as coisas...”

(LIVRO DA SABEDORIA cap. 7, v. 15-17^a)

Dedico o mérito desta vitória a todos os portadores de hipertensão arterial, que se fizeram presentes neste trabalho. Espero que este texto possa contribuir para melhoria da qualidade de vida de todos vocês.

AGRADECIMENTOS

No decorrer da realização deste trabalho, muitos obstáculos foram encontrados. Vivenciei muitas alegrias, muitas tristezas também. Sem a colaboração de algumas pessoas, não teria ultrapassado mais essa etapa na minha vida profissional. Desde já agradeço de uma maneira especial:

- A Deus, que sempre me guiou, me dando forças para superar os desafios da vida e não deixando jamais que eu desanimasse. Obrigada, Senhor, pela misericórdia e constante presença em minha vida.
- À Profa. Thelma Leite de Araújo, por ter acreditado em mim, fazendo com que o meu potencial fosse desenvolvido a cada dia, direcionando-me na busca do conhecimento. Obrigada pela oportunidade, compreensão, incentivo e pelas palavras de conforto e ânimo no decorrer desta caminhada.
- Ao Clayton, meu marido, por toda a força, compreensão, paciência e dedicação para comigo. Juntos enfrentamos todas as barreiras, e hoje graças ao seu companheirismo, mais uma vitória pudemos concretizar em nossa vida.
- Aos meus pais, José Olavo e Ma. Rosarina, que sempre acreditaram em mim. Agradeço pelo apoio, dedicação e amor que sempre me proporcionaram. Muito obrigada!
- À minha amiga, Thereza Ma. M. Moreira, pelo seu apoio, sabedoria e dedicação que sempre me demonstrou. Obrigada pelas suas palavras de estímulo e pela ajuda prestada no decorrer deste trabalho.

- À minha amiga Valéria, companheira de trabalho, pela sua colaboração e compreensão no curso desta caminhada.
- Aos meus queridos agentes de saúde - Claudenir, Álvaro, Edna, Valdenilton e Leila, por se fazerem presentes na concretização desta pesquisa.
- Aos meus amigos de trabalho, pelo incentivo e colaboração.
- Ao corpo docente do Programa, pelos valiosos ensinamentos, que servirão de base para minha vida pessoal e profissional.
- Aos discentes do mestrado da turma de 2001, pelos momentos compartilhados.
- Aos portadores de hipertensão arterial, pela valiosa contribuição, acreditando sempre no meu trabalho e com a certeza de juntos podermos construir uma melhor qualidade de vida.
- À Profa. Rosa e acadêmicos de estatística Ana Lúcia e Lucy, pelas orientações e contribuições na análise estatística.
- Aos professores da banca examinadora, Prof. Marcos Venícios e Profa. Marli, pela valiosa contribuição e enriquecimento desta pesquisa.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 OBJETIVOS	22
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	24
3.1 Contextualizando qualidade de vida.....	25
3.2 Hipertensão arterial e qualidade de vida da população.....	29
4 MATERIAL E MÉTODOS.....	37
4.1 Tipo e natureza do estudo.....	38
4.2 Local do estudo.....	38
4.3 População e amostra.....	39
4.4 Coleta de dados.....	40
4.5 Procedimento para coleta de dados.....	45
4.6 Análise dos dados.....	47
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	49
5.1 Características sócio-demográficas	50
5.2 Comparação entre a percepção da gravidade e tratamento da doença, segundo características sócio-demográficas e tempo de tratamento.....	54
5.3 Avaliação da qualidade de vida.....	68
5.4 Comparação entre a percepção da gravidade e tratamento da doença e MOS SF-36.....	73
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	82
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	88
ANEXOS	97

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1 - Caracterização sóciodemográfica dos portadores de hipertensão arterial.	50
QUADRO 2 - Escalas de qualidade de vida e critérios de avaliação.	66
QUADRO 3 – Valores e nível descritivo(p) do teste de normalidade dos índices dos domínios do MOS-SF36, entre os 113 portadores de hipertensão arterial. Fortaleza, 2003.	67
QUADRO 4 - Medidas descritivas dos domínios, segundo a percepção da gravidade da doença.	74
QUADRO 5 - Medidas descritivas dos domínios, segundo a percepção da cura da doença.	75
TABELA 1 - Comparação entre a percepção do paciente sobre a gravidade da doença, segundo sexo.	54
TABELA 2 - Comparação entre a percepção do paciente sobre a cura da doença, segundo sexo.	54
TABELA 3 - Comparação entre a percepção do paciente sobre a gravidade da doença, segundo escolaridade.	55
TABELA 4 - Comparação entre a percepção do paciente sobre a cura da doença, segundo escolaridade.	56
TABELA 5 - Comparação entre a percepção do paciente sobre a gravidade da doença, segundo faixa etária.	57
TABELA 6 - Comparação entre a percepção do paciente sobre a cura da doença, segundo faixa etária.	57
TABELA 7 - Comparação entre a percepção do paciente sobre a gravidade da doença, segundo situação conjugal.	59
TABELA 8 - Comparação entre a percepção do paciente sobre a cura da doença, segundo situação conjugal.	59
TABELA 9 - Comparação entre a percepção do paciente sobre a gravidade da doença, segundo renda familiar.	61
TABELA 10 - Comparação entre a percepção do paciente sobre a cura da doença, segundo renda familiar.	61
TABELA 11 - Comparação entre a percepção do paciente sobre a gravidade da doença, segundo número de dependentes.	63

TABELA 12 - Comparação entre a percepção do paciente sobre a cura da doença, segundo número de dependentes.	63
TABELA 13 - Comparação entre a percepção do paciente sobre a gravidade da doença, segundo tempo de tratamento.	65
TABELA 14 - Comparação entre a percepção do paciente sobre a cura da doença, segundo tempo de tratamento.	65
TABELA 15 - Comparação entre a percepção do paciente sobre a gravidade da doença, segundo Evolução do Estado de Saúde.	105
TABELA 16 - Comparação entre a percepção do paciente sobre a cura da doença, segundo Evolução do Estado de Saúde.	105
TABELA 17 - Comparação entre a percepção do paciente sobre a gravidade da doença, segundo situação familiar.	106
TABELA 18 - Comparação entre a percepção do paciente sobre a cura da doença, segundo situação familiar.	106
TABELA 19 - Comparação entre a percepção do paciente sobre a gravidade da doença, segundo situação funcional.	106
TABELA 20 - Comparação entre a percepção do paciente sobre a cura da doença, segundo situação funcional.	106

RESUMO

A hipertensão arterial ocupa lugar de destaque no contexto da transição epidemiológica. É caracterizada por ser uma doença crônico-degenerativa, assintomática, com maior exposição e susceptibilidade de pessoas a uma série de agravos que podem prejudicar a qualidade de vida. Na tentativa de saber qual a percepção que os portadores de hipertensão arterial têm da doença e se esta interferia na qualidade de vida dos portadores, pretendeu-se desenvolver este estudo com os seguintes objetivos: investigar a qualidade de vida dos portadores de hipertensão arterial, utilizando o instrumento genérico de avaliação *MOS SF-36*, associar os resultados de qualidade de vida obtidos pelo *MOS SF-36* com a percepção dos clientes sobre o tratamento e gravidade da hipertensão arterial e investigar a percepção dos clientes sobre a hipertensão arterial e comparar com as variáveis: sexo, escolaridade, faixa etária, situação conjugal, situação familiar, renda familiar, situação funcional, número de dependentes e tempo de tratamento. Trata-se de um estudo de natureza exploratório-descritiva, com abordagem quantitativa, realizado em uma Unidade Básica de Saúde da Família de Fortaleza-CE (UBASF). A amostra foi composta de 113 pacientes atendidos no programa de tratamento. Os dados foram coletados por meio de entrevista, utilizando-se formulário com questões estruturadas e semi-estruturadas. Para o estudo de qualidade de vida, utilizou-se um instrumento genérico de avaliação, traduzido e validado no Brasil, o *SF-36 (Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey)*. Os 113 pacientes entrevistados apresentaram o seguinte perfil: constituído pela maioria de mulheres (77%), faixa etária predominante acima de 50 anos (69%), a maioria era de casados ou viviam com um parceiro (55,8%), 92,9% morava com algum familiar. Dos portadores de hipertensão arterial, 42,5% não tinham escolaridade, a renda familiar variava de um a dois salários mínimos (78%), predominando a atividade do lar com 62,8% e número de dependentes variando de zero a dois. Houve significância estatística para as variáveis faixa etária e tempo de tratamento, mostrando que a menor percepção da doença foi identificada na faixa etária de maior de 65 anos e nos pacientes com maior tempo de tratamento, acima de cinco anos. Na avaliação de qualidade de vida, quando comparada a percepção da doença com os domínios estudados, a análise estatística revelou significância para os domínios Estado geral de saúde (GS), Capacidade funcional (CF) e Desempenho físico (DF). Nos achados em relação a estes domínios, predomina a percepção da doença hipertensiva como curável e sem gravidade. Os principais achados denotam que, ao se comparar as características sociodemográficas com a percepção da doença, pode-se identificar que a percepção que o paciente tem de sua doença pode interferir de forma positiva ou negativa na qualidade de vida. Conclui-se que algumas variáveis podem estar diretamente e indiretamente ligadas à percepção que o paciente tem da doença, assim, também quando comparadas com a qualidade de vida. A qualidade de vida na percepção dos pacientes deste estudo foi considerada boa. Aparentemente, os pacientes não valorizam a doença, talvez pela sua evolução silenciosa e assintomática, acarretando possível interferência na adesão ao tratamento e comprometimento da qualidade de vida. A intervenção de enfermagem proposta pela pesquisadora visa à conscientização do paciente, prevenção de complicações e promoção da saúde a partir de práticas educativas e atuação com estratégias grupais, com base na avaliação e interpretação das percepções do paciente.

Palavras-chaves: Hipertensão arterial, percepção da doença, Qualidade de vida, Educação em saúde.

Abstract

The high blood pressure disease stands out in the context of epidemic transition. It is characterized for being a degenerative chronic disease, without symptoms, with greater exposure and susceptibility of people with deeper acute which can interfere in the quality of their lives. To find out what are the patient's perceptions of the disease and if it interferes in their life quality, this study developed the following objectives: investigate the quality of a patient's life using the generic instrument of evaluation MOS SF-36; associate the results of life quality obtained by MOS SF-36 with the client's perceptions about the treatment and gravity of high blood pressure disease. Also investigate the patient's perception about high blood pressure and compare with the variable: sex, age group, education level, marriage status, family status, family income, role status, number of descendents and time of treatment. This is an exploratory-descriptive study with quantitative approach, accomplished in a Family Health Basic Unit of Fortaleza-Ce. The data consisted a sample of 113 patients who assisted the treatment program. The data was collected through interviews, using structured and semi-structured questions. For the life quality research was used a generic instrument of evaluation, which was translated and legalized in Brazil, the SF-36 (Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey). The 113 patients interviewed showed the following standard: 77% were women, 69% were above 50 years old, 55,8% were married or living with their partners and 92,9% lived with a family member. Also 42,5% of patients did not have a school education, 78% with one or two family incomes, 62,8% were their own housekeepers and an average of descendents between 0 and 2. The main findings revealed that comparing the social-demographic characteristics with the perception of the disease, with identify that the patient's perception can interfere positively or negatively in their life quality. There was statistic meaning for the following variable: age group and period of treatment; low perception of the disease, mainly those above 65 years old and over 5 years of treatment. With regards to the evaluation of life quality when it is compared to the disease's perception and the main domain of the study, the statistic analysis found significance in the domains: general health conditions, functional abilities and physical performance. Still the patients perceive the disease as heeling and without severity. In conclusion the study showed the relationship between the patient's perceptions of the disease and their life quality. The patients consider to have a good life quality, however there is no impact in their ways of living because they believe the high blood pressure can be cured. Certainly patients are not concerned with the disease, perhaps due to its silent evolution. Altogether can interfere in their treatment and life quality. The nursing care proposed by the researcher aims to raise the awareness of the patient to prevent further serious acute and promoting health by means of group strategies based on the evaluation and interpretation of the patient's perception.

Keywords: High blood pressure, Disease's perception, Life quality, Health in education, Group strategy.

INTRODUÇÃO



1 INTRODUÇÃO

Neste século, com os avanços tecnológicos voltados à assistência à saúde, aliados ao atual estágio de transição demográfico-epidemiológico, alterações significativas têm se produzido no quadro de saúde da população brasileira. O Brasil passa por um processo de mudança na estrutura demográfica bastante acentuado, apresentando como principais características a diminuição da fertilidade e o aumento da expectativa de vida (LESSA, 1998).

Tais aspectos têm ocasionado elevação das doenças crônico-degenerativas, especialmente as do aparelho circulatório, dentre elas a hipertensão arterial, com maior exposição e susceptibilidade de pessoas a uma série de agravos, prejudicando a qualidade de vida dos atores envolvidos. A hipertensão arterial é considerada um dos principais fatores de risco de morbimortalidade cardiovascular, sendo responsável por cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce e de absenteísmo ao trabalho, com alto custo social (DIRETRIZES..., 1998).

Ao se analisar as repercussões de ordem econômica e social da hipertensão arterial, é preciso se ter sempre em mente o fato de que as doenças hipertensivas e a maioria das afecções cardiovasculares recebem o impacto direto ou indireto de valores de pressão arterial cronicamente elevados. A hipertensão arterial assume uma posição preocupante no âmbito de saúde pública, pois, além de suas

complicações, afeta uma parcela da população ainda em fase produtiva.

Constitui desafio para a equipe de saúde a proposta de uma terapêutica eficaz de longo prazo, que favoreça a melhor qualidade de vida. Embora se reconheça a dificuldade de atingir e manter as modificações do estilo de vida, vale ressaltar que uma abordagem sistemática em equipe, com profissionais de saúde e recursos da comunidade, quando possível, pode ajudar a fornecer a orientação, o suporte e o acompanhamento adequados.

Sabe-se que a cronicidade da hipertensão arterial, aliada à necessidade de manutenção de um estilo de vida saudável, dificulta a adesão e o controle da hipertensão arterial. No entanto, a adesão ao tratamento é fator preponderante no controle da doença e na diminuição da ocorrência de complicações associadas. Alguns motivos para a não-adesão ao tratamento podem ser atribuídos à atitude pessoal, outras, aos problemas relacionados ao serviço de saúde, à equipe de saúde; às questões sociais e econômicas; às reações adversas ao tratamento; ao estágio da própria doença, complicações ou à presença de co-morbidades (LESSA, 1998).

A não-adesão pode também estar diretamente ligada à percepção que o cliente tem da sua doença e do tratamento e de como estes podem afetar na sua qualidade de vida. É de grande importância que a enfermeira conheça qual a qualidade de vida que os portadores de hipertensão arterial estão usufruindo, pois, ao lado da redução das morbidades incapacitantes, a boa qualidade de vida é a meta mais importante para este segmento da sociedade.

Para qualquer doença crônica de longa duração, o objetivo do tratamento é o seu controle, de modo a prevenir complicações, comorbidades e sobretudo a mortalidade precoce. O alcance desses objetivos permite a melhoria da qualidade de vida com autonomia. Mudanças no estilo de vida são imprescindíveis, pois o tratamento medicamentoso tende ao insucesso se a dieta não for adequada, o peso não for o ideal ou quando outros fatores de estilo de vida, não forem abolidos ou reduzidos.

Constata-se que a terapêutica, incluindo as modificações no estilo de vida relacionadas ao ambiente, hábitos pessoais e organização da atenção à saúde, além de proporcionar alívio dos sintomas, traduz em melhoria da qualidade de vida do portador de hipertensão arterial. Desta forma os profissionais que trabalham em qualquer um dos níveis de assistência à saúde devem ser sensibilizados e estimulados a desenvolver estratégias que possibilitem melhor qualidade de vida dos seus clientes.

Qualidade de vida é definida por Ferreira (1986) como sendo as condições favoráveis ou desfavoráveis de uma determinada coisa, numa escala de valores; qualidade que permite avaliar e conseqüentemente aprovar, aceitar ou recusar algo. Para Lipp e Rocha (1994), Qualidade de vida (QV) significa o viver que é bom e compensador em pelo menos quatro áreas - social, afetiva, profissional e a que se refere a saúde e *viver bem*, que significa ter uma vida bem equilibrada em todas as áreas.

A qualidade de vida é um conceito que envolve todos os componentes essenciais da condição humana, quer físico, psicológico,

social, cultural e espiritual (MARTINS, FRANÇA e KIMURA, 1996). Esta concepção holística do ser humano é o fundamento que permeia toda assistência de enfermagem, e o cuidado a ser prestado dependerá, entre outros fatores, da percepção que o portador de hipertensão arterial tem da doença, do significado que a experiência tem para ele e de que forma a hipertensão pode interferir em sua qualidade de vida.

Diversos instrumentos ou índices têm sido propostos e utilizados com a finalidade de avaliar a qualidade de vida de pacientes com as mais diversas patologias, incluindo as doenças crônicas. Neste estudo, a qualidade de vida será avaliada com a aplicação do *MOS SF-36* (*Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey*), um instrumento genérico validado e traduzido no Brasil (CICONELLI, 1997). Tem como finalidade maior levar a que se compreenda a individualidade do cliente e a ajudá-lo a tomar a melhor decisão para seu tratamento. Deste modo pretende-se contribuir com a qualidade da assistência de enfermagem prestada a esses clientes.

O interesse em realizá-lo foi despertado pela experiência profissional da autora ao trabalhar, desde que se graduou, em unidade básica de saúde da família, atuando como enfermeira do Programa Saúde da Família (PSF). Este, por sua vez, trabalha com o programa de hipertensão e diabetes. A atuação da pesquisadora no PSF, em relação a este programa, está voltada para a educação e assistência dos portadores de hipertensão arterial, sendo realizada durante as consultas de enfermagem, nas palestras educativas, no trabalho de grupo e nas visitas domiciliares, objetivando melhorar a qualidade de

vida destas pessoas através da prevenção das doenças e de suas complicações e promoção da saúde. Ante o exposto, escolheu-se como tema de trabalho final do Curso de Especialista em Saúde da Família o projeto de intervenção: *Reduzindo as complicações da hipertensão arterial, através da mudança no estilo de vida*. O projeto foi implementado e se tem procurado estar sempre voltada para a valorização dos portadores de hipertensão arterial, a fim de obter melhor aprofundamento no conhecimento da temática e desenvolver de forma mais efetiva o cuidado de enfermagem.

O permanente contato com os portadores de hipertensão arterial conduziu a que se refletisse sobre os seus mais variados questionamentos em relação à doença. Daí a vontade de aprofundar conhecimento sobre a vida destas pessoas, a fim de saber o grau de percepção que têm da doença hipertensiva e de que forma esta patologia interfere na sua qualidade de vida. Estar-se-ia, porém, de forma indireta, validando o trabalho que com elas se desenvolve.

Fazendo-se revisão, ainda, a esta prática, tem-se observado nesta clientela um nível significativo de desconhecimento acerca deste problema de saúde, favorecendo, entre outros fatores, a prática ineficaz do autocuidado, principalmente às relacionadas com o estilo de vida, fator este que interfere diretamente na qualidade de vida das pessoas.

O desejo de escrever sobre a vivência com os portadores de hipertensão arterial se solidificou em decorrência da inserção da autora no projeto de pesquisa- *Cuidado em saúde cardiovascular*, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. A

participação no projeto forneceu subsídios teóricos e científicos que serviram de alicerce para o desenvolvimento desta dissertação, tomando como ponto de partida a avaliação da qualidade de vida dos pacientes acompanhados e a percepção que eles têm da hipertensão arterial e do seu tratamento como um todo.

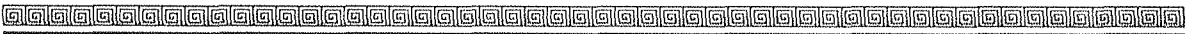
OBJETIVOS



2 OBJETIVOS

- Investigar a qualidade de vida dos portadores de hipertensão arterial, utilizando o Medical Outcomes Study 36-item Short- Form Health Survey (MOS SF-36).
- Associar os resultados de qualidade de vida obtidos pelo MOS SF-36 com a percepção dos clientes sobre o tratamento e gravidade da hipertensão arterial.
- Comparar a percepção dos clientes sobre a hipertensão arterial com as variáveis sexo, escolaridade, faixa etária, situação conjugal, situação familiar, renda familiar, situação funcional, número de dependentes e tempo de tratamento.

REVISÃO DE LITERATURA



3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Contextualização de qualidade de vida

Em décadas recentes, a expressão *qualidade de vida* tem emergido como um fator de destaque nas situações relacionadas à saúde, principalmente nos cuidados prestados aos pacientes portadores de doenças infecciosas graves ou crônico-degenerativas.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define qualidade de vida como a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (THE WHOQOL GROUP, 1995). Esse conceito tem relação estreita com as recentes preocupações do sistema de saúde não apenas com o controle da doença, mas também com a avaliação de medidas de impacto da doença e comprometimento das atividades diárias, medidas de percepção de saúde e medida de disfunção (BERGNER et al., 1981; HUNT et al., 1985; WARE et al., 1992).

Patrick e Ericson (1998) acentuou o fato de que a qualidade de vida de pessoas com doenças específicas é do interesse dos seus componentes familiares, que se defrontam com os efeitos da saúde comprometida e seu tratamento. Vale ressaltar que o profissional enfermeiro deve assistir o seu paciente buscando uma forma de entender como estes avaliam a satisfação com sua vida atual, e assim buscar subsídios que favoreçam a melhor qualidade de vida de seus pacientes.

Refletindo sobre o assunto, Ruffino Netto (1992) considerou qualidade de vida boa ou excelente, como aquela que oferece um mínimo de condições para que os indivíduos nela inseridos possam desenvolver o máximo de suas potencialidades, como: viver, sentir ou amar, trabalhar, desenvolver ciências ou artes ou simplesmente existir. Para o autor, a qualidade de vida deve ser adjetivada não só pelos que a observam, mas também pelos autores envolvidos.

Meeberg (1993) e Ghorayeb (1989) chegam a conceituar qualidade de vida como um sentimento global de satisfação de vida, e, dependendo da situação que se apresenta, pode ser definida de várias formas, sendo um conceito multifatorial, que envolve a sensação de bem-estar e satisfação do indivíduo, sua condição física, estado emocional, função intelectual, desempenho no trabalho, participação social e autopercepção de saúde.

Para falar em qualidade de vida, é necessário ver o homem dentro de sua sociedade e assim analisar sua condição de vida e seus determinantes sociais, econômicos e políticos. Encontra-se, porém, dificuldade de se chegar a uma exata definição de qualidade de vida e também de medida, em razão da complexidade da expressão, já que esta pode ser objeto de influência de valores culturais, éticos e religiosos, bem como de valores e percepções pessoais. Sua subjetividade faz com que existam várias formas de definição que se referem à satisfação individual, satisfação de necessidades, habilidades para exercer funções, realização de planos, gerenciamento da própria vida, entre outras definições (FOWLIE e BERKELY, 1987).

Qualidade de vida também diz respeito aos atributos e às propriedades que qualificam a vida, e ao sentido que cada ser humano a esta confere, incluindo suas possibilidades, limitações individuais e coletivas, satisfação de necessidades (alimentação, educação, lazer, trabalho entre outros). (RABELO et al. 1999).

De maneira geral, qualidade de vida pode ser vista sob o âmbito individual e coletivo. Em relação ao aspecto individual, tem-se utilizado para a avaliação da qualidade de vida medidas que priorizem a subjetividade, entendendo-se que o estado de satisfação ou insatisfação é uma experiência pessoal, pois só o indivíduo é capaz de identificar a qualidade de sua vida. Mesmo considerando que o aspecto individual interfere no coletivo, a avaliação da qualidade de vida da população como um todo só poderá ser feita mediante indicadores objetivos/concretos, que podem ser considerados imprescindíveis na elaboração das políticas de saúde (GAÍVA, 1998).

A percepção que o paciente possui da doença, no entanto, serão variáveis que influenciarão a qualidade de vida de cada indivíduo, levando a se acreditar que pode ser definida como uma percepção individual relativa às condições de saúde e a outros aspectos gerais da vida pessoal (NAHAS, 2001).

Observa-se que os estudos de qualidade de vida relacionados à saúde têm priorizado avaliações de indivíduos com doenças crônicas que podem alterar as condições objetivas/subjetivas de vida do indivíduo e família, já que a forma de como estes vivenciam e percebem estas transformações se torna um fator de piora ou melhora

de seu quadro. Daí a importância de se conhecer com profundidade a qualidade de vida dos portadores de hipertensão arterial.

A percepção do estado de saúde e da qualidade de vida dos pacientes, bem como o impacto da doença e de seu respectivo tratamento, estão sendo amplamente reconhecidos como um tópico de pesquisas em estudos clínicos e epidemiológicos (GUYATT, FEENEY, PATRICK, 1993). Weeks apud Clapis (1996) mostra a produção de uma coleção de sofisticados questionários com a finalidade de medir aspectos específicos e globais de qualidade de vida. Estes instrumentos variam em modelo de aplicação, ênfase, extensão e duração.

Já se disse que, neste estudo, a qualidade de vida será avaliada com a aplicação do Medical Outcomes Study 36-item Short- Form Health Survey, um instrumento de avaliação traduzido e validado no Brasil (CICONELLI, 1997). Nele são avaliados aspectos relativos a função, disfunção e desconforto físico e emocional, com a finalidade de refletir o impacto de uma doença sobre a vida de pacientes em variadas populações.

Acredita-se que a adoção deste instrumento de avaliação de qualidade de vida favorece a visualização do contexto social de pacientes com hipertensão arterial, a partir do nível de qualidade de vida que apresentam e da percepção que têm da influência da doença sobre essa qualidade de vida tendo como finalidade ajudar a enfermeira a compreender e melhorar os cuidados de enfermagem e de saúde prestados a esta clientela.

3.2 Hipertensão arterial e qualidade de vida da população

A hipertensão arterial é uma entidade multifatorial, conceituada como síndrome e caracterizada pela presença de níveis elevados de pressão arterial, associados a alterações metabólicas e hormonais e a fenômenos tróficos, tais como hipertrofias cardíacas e vasculares (DIRETRIZES..., 1998). Estima-se que cerca de 20 milhões de pessoas apresentem níveis elevados de pressão arterial no Brasil (BRASIL, 1993; ACHUTTI; ACHUTTI, 1997).

A hipertensão arterial é considerada um dos fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Em 1930, as doenças do coração foram responsáveis por 11,8% do total de óbitos ocorridos nas capitais brasileiras. Esse percentual aumentou para 30% em 1980 e para 34% de todos os óbitos registrados, excetuando-se as causas mal definidas, em 1988 (BRASIL, 1993).

Para o desenvolvimento da hipertensão arterial, são vários os fatores de riscos determinantes, dentre os quais se destacam aqueles relativos ao estilo de vida adotado. Entre eles, tem-se a dieta rica em carne vermelha, calorias, gorduras saturadas, o consumo excessivo de sódio, o fumo, o álcool e o sedentarismo (LESSA, 1998).

Cervato apud Reis (2000) define fatores de risco como fenômenos de qualquer natureza, aos quais o indivíduo se expõe em seu ambiente, produzindo enfermidade ou efeito. Para o Ministério da Saúde do Brasil, fator de risco é definido quando a presença ou ausência deste, aumenta ou reduz a possibilidade do indivíduo desenvolver determinada doença (BRASIL, 1993). São, portanto,

fatores de exposição que estão associados ao desenvolvimento de uma doença (ROUQUAYROL, 1999).

No programa terapêutico essencial para o controle da hipertensão arterial, devem ser adotadas práticas de estilo de vida que compreendem a eliminação de hábitos que, muitas vezes, constituíram os fatores de risco para a instalação da doença. Por exemplo, a abolição do fumo, uma das condutas do programa terapêutico, é necessária para os indivíduos que tinham nos seus hábitos tabagistas um fator de risco; a redução do consumo de álcool, é indicada para aqueles que consumiam excessivamente bebidas alcoólicas, e assim por diante. Desta forma, compreende-se a grande dificuldade que representa, para o indivíduo, a sua modificação. Na maioria das vezes, são comportamentos adotados há muito tempo e a sua prática pode até ser parte do conceito de qualidade de vida da pessoa.

Mesmo sabendo da dificuldade de abolir um vício ou mudar hábitos, é importante lembrar que, muitas vezes, a mudança de comportamento pode estar sob o controle das pessoas, significando que estas interferem diretamente na sua qualidade de vida e dão-se a si próprias o direito de controlar a sua saúde, com menor risco de desenvolver complicações.

É possível que o hábito de fumar tenha uma relação direta com a hipertensão arterial, porém o efeito mais evidente do fumo é o aumento do risco cardiovascular, visto que os fumantes podem não obter toda a proteção contra a doença cardiovascular, oferecida pelo tratamento anti-hipertensivo (DIRETRIZES..., 1998). Esses clientes, por estarem mais desprotegidos, estão mais susceptíveis ao

desenvolvimento de complicações, que muitas vezes podem ser irreversíveis, comprometendo a sua qualidade de vida. A ingestão excessiva de álcool, também, causa resistência ao tratamento anti-hipertensivo e é um fator de risco de acidente vascular cerebral (LUNA, 1989). Esses dois fatores agravam o quadro da hipertensão, propiciando aos pacientes uma baixa qualidade de vida, com maior tendência ao desenvolvimento de complicações.

O uso de sal também é contribuinte para o caráter endêmico da hipertensão (LUNA, 1989). Entretanto, a maioria dos portadores de hipertensão arterial informa durante a consulta de enfermagem que a ausência de sal dos alimentos e mesmo a diminuição para 5 g diários dificultam ou impedem a sua ingestão. Outro fato quase sempre mencionado é a dificuldade dos membros familiares em aceitar a diminuição do sal nas refeições e a freqüente ingestão de alimentos industrializados, como sardinhas, salsichas e lingüiças, contendo alto teor de cloreto de sódio nas classes menos favorecidas.

Tais fatores contribuem para que o portador de hipertensão arterial, muitas vezes, se sinta diferente, visto que o paladar age no estilo de vida e, conseqüentemente, na “qualidade alimentar” destes pacientes, sendo necessários a compreensão e o apoio familiar para que a mudança de hábito possa ser efetiva.

Nas sociedades contemporâneas e, principalmente, nos países industrializados, a inatividade física representa um fator importante de debilidade, diminuição da qualidade de vida e ocorrência de morte prematura. Para as doenças coronarianas, o risco de ocorrer infarto é duas vezes maior para indivíduos sedentários, comparados com os

regularmente ativos. Além disso, existem evidências de que indivíduos ativos fisicamente têm uma expectativa ampliada de anos de vida produtiva e independente, e de que os gastos relativos à saúde pública podem ser menores em indivíduos mais ativos fisicamente (NAHAS, 2001).

Trentini et al. (1990) assinalam que portadores de doenças crônicas enfrentam mudanças denominadas “novas incumbências”, em relação a dieta alimentar, medicação, reabilitação física e repouso, conhecimento sobre a doença, perdas sociais, financeiras, na capacidade física, nas atividades de lazer e perdas do prazer de fumar e beber. Dependendo de como os portadores de hipertensão percebam essas mudanças, o uso incorreto da terapêutica pode influenciar seu estado clínico e comprometer a qualidade de vida.

Em relação às perdas sociais e financeiras, sabe-se que as condições sociais de uma população têm peso significativo na determinação de seu perfil de saúde. Socialmente, a doença hipertensiva afeta o papel que o indivíduo desempenha perante os demais, de acordo com os valores, crenças e a cultura de cada um, afetando, conseqüentemente, os demais setores sociais, como a economia, educação, trabalho e lazer (BLACK apud CASTRO, 2000).

As perdas nos relacionamentos sociais são ocasionadas pela falta de condição física, pelo nervosismo ou pela falta de ânimo, ocasionando um isolamento social muito característico de pacientes com alguma condição crônica de doença. Os pacientes deixam de freqüentar alguns ambientes sociais como bailes, festas, futebol e

barzinhos, entre outros, seja pelas restrições físicas ou alimentares e dessa forma perdem nos relacionamentos sociais.

Em relação às perdas na capacidade física, as complicações decorrentes da hipertensão arterial fazem com que muitos portadores deixem de trabalhar, visto que pode haver interferência da doença nas suas atividades, tendo peso significativo no absenteísmo ao trabalho, gastos com consultas médicas, internações de longa permanência e nas aposentadorias precoces (SANTOS, 1998). Desta forma, as pessoas sentem-se incapacitadas, uma vez que há necessidade de redimensionar o orçamento familiar.

A falha na distribuição gratuita de medicamentos pelos serviços de saúde, acrescida à falta de dinheiro para a compra de medicamentos, compromete mais ainda os orçamentos, ocasionando baixa da auto-estima e dificuldade para o controle da terapêutica. Tudo isso agrava a condição do ser como portador de hipertensão, que, além dos males da idade, ainda tem que conviver com uma doença que não tem cura e que pode interferir em diversas situações do seu cotidiano, afetando a sua qualidade de vida.

Outro ponto relevante de interferência da doença na qualidade de vida do paciente pode ser identificado nas queixas de dificuldade sexual, ou mesmo impotência, pelos homens que fazem uso de alguns medicamentos anti-hipertensivos. Esta condição interfere em diversos aspectos da masculinidade e, principalmente, com o relacionamento conjugal, ensejando atritos e desconfianças entre o casal. É necessário que a enfermeira esteja sempre atenta a esta ocorrência, já que o fato possui caráter íntimo e até constrange o paciente,

levando-o a não discuti-lo espontaneamente. No estabelecimento do diálogo, profissional e paciente podem buscar estratégias de associações não farmacológicas que possam assegurar menos interferência na esfera sexual e melhor qualidade de vida e, caso isso não seja possível, encontrar formas de manter o relacionamento afetivo e de superar dificuldades de ordem sexual.

O tratamento medicamentoso é associado ao não medicamentoso no controle da hipertensão, sempre que este último não consiga manter a pressão arterial controlada. A avaliação da necessidade terapêutica é de responsabilidade do profissional médico. Vale, porém, ressaltar que a atuação da enfermeira é fundamental em relação ao seguimento da terapêutica por parte do paciente, pois envolve orientações sobre indicações e contra-indicações da medicação, efeitos colaterais, regularidade da ingestão, conservação do medicamento, entre outros.

O gerenciamento das atividades de enfermagem sobre os problemas de saúde crônico-degenerativos, como a hipertensão arterial, pode reduzir despesas com internações, reinternações, absenteísmo; pode prevenir ou postergar complicações e promover qualidade de vida do paciente e de sua família (CRUZ, 1995). É importante que a enfermeira avalie a percepção e o nível de conscientização que o paciente tem sobre o tratamento indicado, pois a forma de encarar a prescrição terapêutica pode interferir de forma positiva ou não em sua qualidade de vida. A falha na distribuição gratuita de medicamentos pelo serviço de saúde, a falta de dinheiro para comprar medicação, comentadas anteriormente, somadas às



dificuldades de adaptação nas tomadas das medicações (dose, quantidade e horários) e os efeitos colaterais indesejáveis presentes nos medicamentos são componentes que tornam difícil o controle da terapêutica.

Os diuréticos, utilizados na maior parte dos programas de hipertensão arterial, podem trazer como efeitos colaterais cefaléia, tonturas, fadiga, sudorese, fraqueza, mal-estar, câimbras musculares, letargia, nervosismo, tensão, irritabilidade, parestesia e impotência, entre outros. Os bloqueadores adrenérgicos e os bloqueadores de canais de cálcio podem levar à fraqueza intensa, alterações do sono, bradicardias e/ou tonturas, hipotensão, depressão psíquica, náusea, vômito, diarréia ou constipação, impotência, turvação da vista, edema, cefaléia e dispnéia. Observa-se, portanto, uma variedade de efeitos que podem surpreender o portador de hipertensão arterial após o início do tratamento.

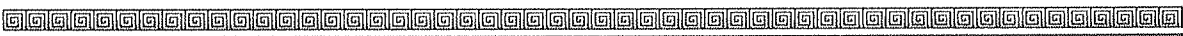
Esse fato se torna bastante preocupante, podendo comprometer a sua cooperação e conscientização. É interessante observar que a hipertensão arterial, caracterizada como uma doença silenciosa quase sempre assintomática para o indivíduo, só passe a interferir com a sua qualidade de vida ao ser diagnosticada e ter seu tratamento iniciado. Os efeitos medicamentosos, colaterais ou não, são considerados como intervenientes na qualidade de vida, o que pode levar a comportamentos de não-adoção da terapêutica.

A enfermagem deve reconhecer a percepção do paciente diante da doença e do tratamento, para a realização do cuidado, utilizando métodos e estratégias de trabalho que auxiliem no direcionamento dos

cuidados e que funcionem como incentivos à adoção de atitudes positivas diante da hipertensão arterial. Tais estratégias podem estar voltadas para a educação e conscientização dos portadores de hipertensão arterial.

A autora deste estudo considera a educação em saúde o melhor caminho para o alcance do seguimento terapêutico, desde que não seja apenas uma transmissão de conteúdos referentes à doença e ao tratamento, mas que promova realmente adaptação dos pacientes ao tratamento. Vale ressaltar que para o paciente adaptar-se, é preciso que esteja motivado para a ocorrência de tais mudanças, assimilando assim os conhecimentos que poderão melhorar sua qualidade de vida.

MATERIAL E MÉTODOS



4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Tipo e natureza do estudo

Este é um estudo exploratório-descritivo com abordagem quantitativa, dentro do conceito adotado por Triviños (1993) para os estudos que enfocam o conhecimento de características e problemas de um indivíduo ou grupo. O estudo é exploratório quando permite ampliar conhecimentos sobre a problemática identificada, partindo de uma hipótese baseada numa realidade específica. É descritivo, desde que tenha o intuito de observar, descrever e explorar aspectos de uma situação, e quantitativo, quando envolve a coleta sistemática de informações quantificáveis, mediante condições de extremo controle, com análise da informação utilizando a Estatística (POLIT e HUNGLER, 1995).

4.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido em uma unidade do Programa de Saúde da Família, em Fortaleza-CE. O Programa Saúde da Família é um novo modelo de atenção à saúde centrado no paciente, procurando visualizá-lo e atendê-lo de uma forma mais ampla, em seus aspectos biofísicos, psíquicos e socioeconômicos. Seu objetivo é melhorar o estado de saúde da população por meio de um modelo de

assistência voltado ao indivíduo à família e à comunidade, incluindo a prevenção, identificação precoce e tratamento das doenças e promoção da saúde (ANDRADE, 1998).

A Unidade Básica do Programa de Saúde da Família (UBASF) onde o estudo foi desenvolvido, é constituída por seis equipes de saúde, com seis médicos (as), seis enfermeiras, seis auxiliares de enfermagem e 30 agentes de desenvolvimento social (ADS), que atendem uma média de 6 000 famílias cadastradas em área de risco. As atividades desenvolvidas na UBASF são de ordem primária e secundária (consulta médica e de enfermagem e Educação em Saúde). Os programas são destinados à saúde da criança, da mulher, do homem, do adolescente, do idoso e dos portadores de doenças crônico-degenerativas.

Outras atividades, também, são desenvolvidas fora da Unidade de Saúde, como a formação, entre outros, de grupos com portadores de hipertensão e diabetes, gestantes e adolescentes, busca ativa a faltosos dos programas e visitas domiciliares.

4.3 População e amostra

A amostra foi constituída pela própria população de 113 portadores de hipertensão arterial, cadastrados no Programa Saúde da Família de uma Unidade Básica de Saúde de Fortaleza e acompanhados no Programa de Hipertensão e Diabetes.

Critérios para inclusão no estudo

- Estar em tratamento de hipertensão arterial primária, como doença de base, que podia estar associada a *diabetes mellitus*, coronariopatia, cardiopatia e nefropatia, esta última se fosse doença secundária à hipertensão.
- Ser cadastrado no Programa Saúde da Família.
- Estar consciente e orientado.
- Ser capaz de se comunicar oralmente.
- Ter idade acima de 18 anos. A determinação da idade mínima de 18 anos visou a uniformizar a amostra quanto aos critérios de diagnósticos de hipertensão arterial. Em crianças e adolescentes, a hipertensão primária é rara, sendo mais comum a hipertensão arterial secundária a outras doenças, como: síndrome de Cushing, hiperaldosteronismo primário, nefropatia obstrutiva, entre outras (RIBEIRO, 1996).
- Aceitar participar da pesquisa de forma voluntária.

4.4 Coleta de dados

4.4.1 Instrumento de coleta de dados

O instrumento para a coleta de dados da pesquisa fundamenta-se em dois outros já utilizados em estudos anteriores. O primeiro foi referente a avaliação de qualidade de vida, validado e traduzido no Brasil, por Ciconelli (1997). O segundo é uma adaptação do primeiro, direcionado para pacientes com hipertensão arterial e desenvolvido por Reis (2000).

A partir destes dois estudos, foi construído o instrumento (Anexo A), submetido a testes, com pacientes de perfil similar a clientela do presente ensaio e que concordaram participar do estudo proposto. O teste do instrumento teve como objetivo identificar possíveis falhas na formulação e instrução das questões, o que poderia tornar os dados incompletos e não fidedignos.

No instrumento de coleta de dados são destacadas três partes:

Parte I – dados relativos à caracterização da amostra, com oito questões, relacionadas às variáveis: sexo, escolaridade, faixa etária, situação conjugal, situação familiar, renda familiar, situação funcional e número de dependentes.

Parte II -- dados relativos à qualidade de vida. Utilizou-se o questionário *MOS SF-36* (Medical Outcomes Study 36 item Short-Form Health Survey), que foi derivado de um instrumento original mais amplo, o *MOS* (Medical Outcomes Study), de avaliação de saúde formado por 149 itens, desenvolvido e testado em mais de 22 000

pacientes, como parte de um estudo de avaliação de saúde (WARE & SHERBOURNE, 1992).

A escolha do *MOS SF-36* está assim fundamentada: 1) por tratar-se de um questionário genérico de avaliação de saúde, de fácil administração e compreensão, porém sem ser tão extenso como o instrumento original; 2) por ser um questionário testado e validado para a língua portuguesa; 3) por ter sido utilizado em outros estudos no Brasil.

O interesse também se deu baseado na demonstração de suas propriedades de medidas, como reprodutibilidade, validade e suscetibilidade às alterações do instrumento, bem como sua utilização por outros autores em diversas outras situações de saúde-doença.

Por ser um questionário genérico, seus conceitos não são específicos para uma determinada idade, doença ou grupo de tratamento, permitindo comparações entre diferentes patologias ou entre diversificados tratamentos (WARE e SHERBOURNE, 1992).

O *MOS SF-36* destaca-se entre os instrumentos genéricos de avaliação de qualidade de vida, em razão da sua abrangência às condições de saúde e facilidade de aplicação. Compõem-se de 08 domínios compreendendo: funções físicas e sociais; limitações em virtude da incapacidade funcional, quantificação de dor; estado de saúde mental; limitações decorrentes de problemas emocionais; vitalidade; e percepção geral do estado de saúde (WARE e SHERBOURNE, 1992).

Também faz parte do instrumento uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e as de um ano atrás

(WARE e SHERBOURNE, 1992). No presente estudo, esta questão será nomeada como um outro domínio (o nono domínio), para facilitar a compreensão e análise dos dados.

Assim, o *MOS SF-36*, contempla 36 itens que englobam os nove domínios, descritos abaixo a seguir

1. Capacidade funcional (CF).
2. Desempenho físico (DF).
3. Dor (DR).
4. Estado geral de saúde (GS).
5. Vitalidade (VT).
6. Aspectos sociais (AS).
7. Aspectos emocionais (AE).
8. Saúde mental (SM).
9. Evolução do estado de saúde (EV). Por meio de único item, realiza comparação das condições de saúde atual às condições de saúde percebidas há um ano.

As questões componentes de cada domínio que avaliam a qualidade de vida, apresentam-se, no instrumento, de maneira não ordenada, para que sejam evitados vieses nas respostas. Cada questão dos domínios tem um número de opções diferentes para as respostas, uma resposta vale seu próprio número em pontos variando de dois a seis itens, onde o escore maior indica melhor estado de saúde e o menor escore pior estado de saúde.

Conforme indica Reis (2000), e de acordo com as instruções da escala original (*MOS SF-36*) referentes à necessidade de recodificação de algumas questões - para que os escores maiores indicassem sempre um melhor estado de saúde e os escores menores apontassem pior situação de saúde - os valores foram invertidos em oito questões, a saber: 01, 02, 06, 07, 08, 9h, 11b e 11d.

A seguir, para procedimento de avaliação estatística, o resultado final de cada domínio teve seus valores transformados numa escala de 0 a 100, onde zero corresponde a um pior estado de saúde e 100 a um melhor. As questões ou itens que compõem o *MOS SF-36* e os respectivos valores de cada item encontram-se no Anexo H.

Parte III – esta parte do instrumento foi fundamentada no estudo de Reis (2000), com adaptações introduzidas para torná-la mais adequada à realidade do local do estudo. Buscou investigar a percepção da gravidade da doença (01 questão); a percepção sobre o tratamento (01 questão); e o tempo de tratamento da hipertensão arterial (01 questão).

A questão referente à percepção do tratamento da doença tinha 03 (três) opções de resposta:

- 1) curável com tratamento;
- 2) a doença pode ser curada, mesmo sem tratamento;
- 3) não cura a doença, mas controla.

Porém, após obtenção dos dados no momento da análise estatística, as respostas foram reclassificadas em apenas dois itens:

curável e não curável, pois o item dois (a doença pode ser curada mesmo sem tratamento) somente foi citado por um paciente. Decidiu-se, então, que fosse considerado como pertencente ao grupo dos que responderam que a doença era curável.

4.5 Procedimentos para a Coleta

Para a realização da pesquisa, foi encaminhado um documento à Secretaria Regional de Saúde III (SER III), responsável pela Unidade Básica de Saúde da Família, solicitando permissão para a coleta de dados (Anexo B). Paralelamente a este procedimento, o projeto de pesquisa foi avaliado e aprovado no Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará (Anexo C), procurando atender as recomendações éticas das pesquisas com seres humanos, consoante os termos da Portaria 196/96, do Conselho Nacional de saúde (BRASIL, 1996) . A coleta de dados foi realizada pela própria pesquisadora no período de maio a agosto de 2002.

O passo inicial para realização da pesquisa com a população-alvo foi a sua identificação através do cadastro dos usuários no Programa de Hipertensão e Diabetes.

O segundo passo foi realizado com a ajuda dos agentes de saúde, que fizeram convite aos portadores de hipertensão arterial para participarem de uma reunião com a equipe de saúde. Aos participantes da reunião foram fornecidos os esclarecimentos sobre o estudo e descritos os seus objetivos. Foram então convidados a

participar, sendo-lhes assegurados o anonimato e o sigilo das informações e informado o tempo médio de realização da entrevista (Anexo D). A aceitação foi unânime e todos, devidamente esclarecidos, assinaram o Termo de Consentimento Pós-Infomação (Anexo E).

A aplicação do formulário foi feita em entrevista, diretamente com a fonte primária de informações (paciente portador de hipertensão arterial). A entrevista ocorreu no próprio local de atendimento ou nos domicílios, para aqueles impossibilitados de se deslocar até a Unidade de Saúde. Nestes casos, a abordagem inicial constou de: explicação sobre o motivo da visita, exposição dos objetivos do estudo, leitura da Carta de Informação e obtenção do consentimento livre e esclarecido do paciente com assinatura do Termo.

Houve a preocupação de certificar-se de que o paciente estava, durante a entrevista, em posição confortável e que as condições do ambiente eram favoráveis, como iluminação, silêncio e ventilação. Para a correta obtenção das informações, foi realizada a leitura de cada questão com todas as opções de respostas nas perguntas estruturadas, com a entrevistadora anotando as respostas, buscando ao registrar as respostas do paciente nas perguntas semi-estruturadas, utilizar as mesmas palavras mencionadas.

4.6 Análise dos Dados.

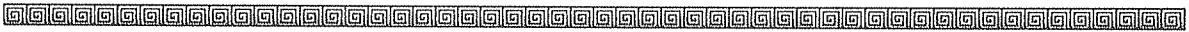
Os resultados são apresentados em forma de tabelas e quadros segundo as características demográficas - sexo, escolaridade, faixa etária, situação conjugal, situação familiar, renda familiar, situação funcional, número de dependentes, tempo de tratamento e segundo a avaliação da qualidade de vida dos portadores de hipertensão arterial. Estabeleceu-se a análise comparativa entre a percepção da gravidade e cura da doença, e estas variáveis por meio dos *Testes da Razão de Verossimilhança*, *Qui-Quadrado* e *Teste Exato de Fisher*.

Para a análise dos dados de qualidade de vida (QV), foram calculadas média, desvio-padrão e mediana. Após este passo, foi aplicado o *Teste de Mann-Whitney*. O estudo estatístico correspondeu, então, à comparação entre a percepção da gravidade e cura da doença com cada uma dos oito domínios: Estado geral de saúde (GS), Capacidade funcional (CF), Desempenho físico (DF), Aspectos emocionais (AE), Aspectos sociais (AS), Dor (DR), Vitalidade (VT) e Saúde mental (SM).

Quanto ao domínio Evolução do estado de saúde (EV), os resultados estão apresentados e discutidos em frequência simples e percentagem, conforme orientação do manual MOS SF-36 [WARE JUNIOR, (1993) apud Ciconelli (1997)]. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi $\alpha = 0,05$, sendo considerados

estatisticamente significantes os resultados cujos valores descritivos (p) foram inferiores ao valor de α .

RESULTADOS E DISCUSSÃO



5.1 Características sociodemográficas

Inicialmente serão apresentadas as características sociodemográficas referentes a: sexo, escolaridade, faixa etária, situação conjugal, situação familiar, renda familiar, situação funcional e número de dependentes dos portadores de hipertensão arterial participantes do estudo, consoante Quadro 1.

QUADRO 1 - Caracterização sóciodemográfica e tempo de tratamento dos portadores de hipertensão arterial. Fortaleza, 2003

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA		PACIENTES	
		Nº	%
Sexo	Mulheres	87	77,0
	Homens	26	23,0
	TOTAL	113	100,0
Escolaridade	Com alguma escolaridade	65	57,5
	Sem escolaridade	48	42,5
	TOTAL	113	100,0
Faixa etária (em anos)	25 - 49	35	31,0
	50 a 64	39	34,5
	≥ 65	39	34,5
	TOTAL	113	100,0
Situação conjugal	Casado/amasiado	63	55,8
	Solteiro	12	10,6
	Viúvo	27	23,9
	Divorciado/separado	11	9,7
	TOTAL	113	100,0
Situação familiar	Não mora só	105	92,9
	Mora só	8	7,1
	TOTAL	113	100,0
Renda familiar (salário mínimo) *SM R\$ 240,00	≤ 1	39	34,6
	1 - 2	49	43,3
	> 2	25	22,1
	TOTAL	113	100,0
Situação funcional	Do lar	71	62,8
	Outra atividade	21	18,6
	Aposentado	21	18,6
	TOTAL	113	100,0
Número de dependentes	0 - 2	63	55,8
	3 - 4	32	28,3
	≥ 4	18	15,9
	TOTAL	113	100,0
Tempo de tratamento	0 - 5	75	67,3
	5 - 10	22	19,5
	> 10	15	13,3
	TOTAL	113	100

Os pacientes em sua maioria eram do sexo feminino (77%). Esse perfil de maior número de mulheres sendo atendidas nos programas de hipertensão arterial, é uma realidade freqüentemente observada no meio local, talvez em razão das características da mulher como cuidadora e também mais atenta aos aspectos de sua saúde. Mascaro (1997) observou que as mulheres apresentaram maiores proporções de conhecimento de sua doença hipertensiva e mais fiel obediência à terapêutica. Outra razão plausível decerto, é o fato de se estar trabalhando com uma população na sua maioria formada por idosos, além de as mulheres representarem a maior parcela nessa faixa etária.

O grau de escolaridade no grupo estudado foi considerado muito baixo. Os resultados demonstram que quase a metade dos portadores de hipertensão arterial (42,5%) pertencia à categoria sem escolaridade e 57,5% possuíam alguma instrução. A observação um número alto de pessoas sem escolaridade, com baixo nível de instrução, pode interferir na compreensão da doença, pelo portador. Na visão de Freitas et al. (2001), as pessoas com baixo nível educacional têm menos conhecimento sobre como se prevenir contra as doenças, diminuindo a adesão ao tratamento e interferindo, posteriormente, na qualidade de vida.

Para organização dos dados referentes à idade, foram estabelecidas para o grupo entrevistado, três faixas etárias: até 49 anos (31%), de 50 a 64 anos (34,5%) e acima de 65 anos (34,5%), perfazendo um percentual de 69% de portadores de hipertensão arterial, com idade superior a 50 anos. Ao findar o século XX, a enfermagem assistiu a um acentuado crescimento da população idosa,

com maior expectativa de vida, evidenciado-se também, o aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas. Segundo a Organização Mundial de Saúde (1996), a pressão arterial eleva-se na medida em que são acrescidos anos de vida à população e, em conjunto com outras doenças cardiovasculares, torna-se fator de grande repercussão nos índices de morbidade e mortalidade geriátrica. A ocorrência de hipertensão arterial em idosos brasileiros alcança o percentual de 65%, com a maioria apresentando elevação isolada ou predominante da pressão sistólica, que mostra forte relação com eventos cardiovasculares (DIRETRIZES..., 2002).

Dos 113 entrevistados, 55,8% eram casados ou viviam com um parceiro; 10,6% eram solteiros, 23,9% viúvos e 9,7% divorciados/separados. A tanto somou-se um percentual significativo de 44,2% sem companheiro, mas morando, na maioria (92,9%) com membros familiares, e apenas 7,1% permanecendo sozinhos. No estudo realizado por Chor (1998), os portadores de hipertensão arterial que possuíam companheiro ou moravam com algum componente familiar apresentavam chance duas vezes maior de realização do tratamento do que os portadores solteiros ou que moravam sozinhos. Há de se reconhecer a importância que a família representa na vida dos portadores de hipertensão arterial, facilitando seu ajuste às dificuldades, proporcionando melhora da qualidade de vida.

Constatou-se, pelos dados coletados, que o nível socioeconômico do grupo avaliado era representado pela renda familiar de dois salários mínimos (43,4%) e por aqueles com renda de um salário mínimo (34,6%). O restante dos portadores de hipertensão somava

uma renda acima de dois salários mínimos, com percentual de 22,1%. Este resultado manteve uma correlação com a informação de que a maioria tinha como atividade, o trabalho do lar (62,8%), enquanto 21% estavam aposentados ou desenvolviam outras atividades. Alguns autores referem que a percepção do paciente em relação à doença pode estar diretamente relacionada com a situação financeira. Sarquis et al. (1998) ressaltam que a disponibilidade financeira deve ser um ponto importante a ser considerado no processo saúde/doença, podendo interferir na qualidade de vida dos portadores.

Observa-se que a maioria dos entrevistados possuía no máximo dois dependentes (55,8%), os demais contabilizavam de 3 a 4 dependentes (28,3%) e o restante tinha mais de 4 dependentes (15,9%). Talvez a ocorrência de a população estudada ter poucos dependentes, decorra do fato de que a maioria está inserida na faixa etária acima de 50 anos, com filhos que não se enquadram mais na designação de dependentes.

5.2 Comparação entre a percepção de gravidade e tratamento da doença, segundo as características sociodemográficas e tempo de tratamento

As percepções referente ao tratamento e gravidade da hipertensão arterial são comentados com relação às características sociodemográficas apresentadas anteriormente

TABELA 1 – Comparação entre a percepção do paciente sobre a gravidade da doença, segundo o sexo. Fortaleza, 2003.

Sexo	Percepção da gravidade da doença			
	sem gravidade		grave	
	n	%	n	%
masculino	6	30,0	20	21,5
feminino	14	70,0	73	78,5
Total	20	100,0	93	100,0

p=0,396 (Teste Exato de Fisher)

TABELA 2 – Comparação entre a percepção do paciente sobre a cura da doença, segundo o sexo. Fortaleza, 2003.

Sexo	Percepção da cura da doença			
	curável		não curável	
	n	%	n	%
masculino	6	27,3	20	22,0
feminino	16	72,7	71	78,0
Total	22	100,0	91	100,0

p=0,582 (Teste Exato de Fisher)

Observa-se através das tabelas 1 e 2 que os pacientes, na sua maioria, têm a percepção de que a hipertensão arterial é uma doença *grave e não curável*. Mesmo sendo o número de mulheres que apresentaram essa percepção superior ao dos homens, o fato não tem

significado estatístico, pois não foi observada associação entre sexo e percepção da doença ($p>0.05$), isto é, a percepção que o portador de hipertensão arterial tem de sua doença e que pode influenciá-lo na sua decisão de aderir ou não ao tratamento. Resende (1998) refere que as atitudes tomadas pelo indivíduo portador de hipertensão arterial para o controle da doença no nível pessoal são dependentes de como percebe a si mesmo, e o seu meio ambiente, e de como adquiriu o conhecimento, podendo receber influência do meio cultural em que vive, através de seu crescimento e desenvolvimento.

Na prática profissional desta pesquisadora, observou-se que as mulheres parecem ter maior preocupação com a saúde do que os homens. É notado, porém, que a importância da adesão à terapêutica, para obtenção de um resultado satisfatório, deve ocorrer independentemente do sexo, possibilitando com isso a valorização do indivíduo como um todo. Reis (2000) refere que conhecer a percepção que os homens e mulheres têm da sua doença crônica, constitui um desafio para a enfermeira educadora de saúde, tornando-se base para a composição de grupos de auto-ajuda, com orientações e intervenções de enfermagem, que visem a modificar, positivamente, os resultados do tratamento e melhora da qualidade de vida.

TABELA 3 - Comparação entre a percepção do paciente sobre a gravidade da doença, segundo a escolaridade. Fortaleza, 2003.

Escolaridade	Percepção da gravidade da doença			
	sem gravidade		grave	
	n	%	n	%
Sem escolaridade	5	25,0	43	46,2
Com alguma escolaridade	15	75,0	50	53,8
Total	20	100,0	93	100,0

$p=0,133$ (Teste Exato de Fisher)

TABELA 4 - Comparação entre a percepção do paciente sobre a cura da doença, segundo a escolaridade. Fortaleza, 2003.

Escolaridade	Percepção da cura da doença			
	curável		não curável	
	n	%	n	%
Sem escolaridade	10	45,5	38	41,8
Com alguma escolaridade	12	54,5	53	58,2
Total	22	100,0	91	100,0

p=0,812 (Teste Exato de Fisher)

Ao proceder à comparação entre escolaridade e percepção da gravidade e cura da doença, conforme apresentado nas tabelas 3 e 4, constata-se que não houve significância estatística entre as variáveis ($p > 0,05$) observando-se, porém, que os portadores de hipertensão arterial com maior instrução, tinham mais consciência da cronicidade da doença.

Fonseca e Barreira (2000) referem que o nível educacional expressa diferenças entre as pessoas, em termos de acesso à informação, com possibilidades de se beneficiarem de novos conhecimentos. Este indicador é considerado variável bastante eficiente, por ser de fácil obtenção além de ter uma grande importância nos determinantes da saúde. Isso ocorre, talvez, em virtude da influência de outros fatores, como a atividade exercida e outros de ordem social.

Segundo Pessuto e Carvalho (1998), há menor prevalência da doença, com o aumento do nível de escolaridade. Torna-se este dado relevante, já que interfere, diretamente, na assimilação das

orientações necessárias ao tratamento, com maior favorecimento de adesão à terapêutica e melhora da qualidade de vida.

TABELA 5 – Comparação entre a percepção do paciente sobre a gravidade da doença, segundo faixa etária. Fortaleza, 2003.

Faixa Etária	Percepção da gravidade da doença			
	sem gravidade		grave	
	n	%	n	%
Até 49 anos	2	10,0	33	35,5
De 50 a 64 anos	9	45,0	30	32,3
Acima de 65 anos	9	45,0	30	32,3
Total	20	100,0	93	100,0

p=0,082 (Teste Qui-Quadrado gl=2)

TABELA 6 – Comparação entre a percepção do paciente sobre a cura da doença, segundo faixa etária. Fortaleza, 2003.

Faixa Etária	Percepção da cura da doença			
	curável		não curável	
	n	%	n	%
Até 49 anos	7	31,8	28	30,8
De 50 a 64 anos	3	13,6	36	39,6
Acima de 65 anos	12	54,5	27	29,7
Total	22	100,0	91	100,0

p=0,036 (Teste Qui-Quadrado gl=2)

Ao comparar percepção da gravidade da doença com a idade, não houve significância estatística. No entanto, quando comparada a idade com a percepção do portador, em relação ao fato de a doença ser *curável* ou *não curável*, os dados mostram significância estatística ($p < 0,05$), evidenciando que 54,5% dos pacientes, com idade acima de 65 anos acreditam ser a hipertensão arterial curável. Não obstante demonstram desconhecimento sobre os objetivos do tratamento, que estão relacionados, entre outros, com o controle da doença e redução

das complicações, internações e mortes, mas não com a sua cura (DIRETRIZES..., 2002).

Os pacientes, de um modo geral, sabem pouco sobre sua doença e acerca dos problemas resultantes de seu não-tratamento, haja vista a forma de perceber a enfermidade. Parece que o fato de conhecer sua condição de saúde, benefícios e limitações do tratamento, contribui para uma maior cooperação, por parte do paciente. Teixeira (1998) afirma que o desconhecimento do paciente de que a hipertensão é uma doença crônica e, em muitos casos, assintomática, pode levá-lo a pensar que não precisa fazer tratamento contínuo, dificultando a continuidade terapêutica.

Alguns autores comentam sobre o conhecimento e a percepção da doença, para a formação de atitudes defensivas. Ao fazer o diagnóstico de enfermagem de uma população com hipertensão arterial, Cruz (1995) identificou como o achado mais freqüente a deficiência de conhecimento sobre a doença, levando a clientela a ter dificuldades para gerenciá-la e ao seu tratamento. Correlacionando idade, baixo nível de escolaridade e percepção da doença, neste contexto, considera-se de máxima importância a atuação da enfermeira que está em contato direto com o paciente, família e equipe de saúde.

TABELA 7 – Comparação entre a percepção do paciente sobre a gravidade da doença, segundo a situação conjugal. Fortaleza, 2003.

Situação Conjugal	Percepção da gravidade da doença			
	sem gravidade		grave	
	n	%	n	%
Com companheiro	10	50,0	53	57,0
Sem companheiro	10	50,0	40	43,0
Total	20	100,0	93	100,0

p=0,625 (Teste Exato de Fisher)

TABELA 8 - Comparação entre a percepção do paciente sobre a cura da doença, segundo a situação conjugal. Fortaleza, 2003.

Situação Conjugal	Percepção da cura da doença			
	curável		não curável	
	n	%	n	%
Com companheiro	12	54,5	51	56,0
Sem companheiro	10	45,5	40	44,0
Total	22	100,0	91	100,0

p=1,000 (Teste Exato de Fisher)

Ao comparar a percepção da gravidade e cura da doença com situação conjugal e situação familiar (Tabelas 17 e 18 Anexo G), não houve diferença estatística significativa ($p > 0,05$). Observou-se, porém, que o maior percentual de portadores de hipertensão arterial que acreditavam na *gravidade da doença* e que a percebiam como *não curável*, possuía companheiros e/ou morava com membros familiares.

Aparentemente, as relações familiares e sociais foram de fundamental importância na absorção e percepção do processo saúde-doença do portador de hipertensão arterial. Visualizando o conceito de família como aquela em que seus membros convivem e se relacionam em um meio social comum, o surgimento de uma doença crônico-degenerativa, em um de seus membros, de certa forma influenciará todo o seu cotidiano (ALVES; ALMEIDA, 1999).

Diante desse enfoque, o profissional de saúde que se propõe interferir, de forma positiva, no tratamento de uma doença crônica deve contextualizar todo o núcleo familiar, para obter sucesso na continuidade terapêutica. Araújo et al., (1998), ao trabalharem o

reflexo da hipertensão arterial no sistema familiar, referem que as doenças crônicas são caracterizadas pela longa duração de seu tratamento, sendo impostas, ao seu portador, limitações e mudanças no estilo de vida, envolvendo, também, o núcleo familiar nessas limitações e mudanças. A família, portanto, não pode ser vista apenas como aquela que deve cumprir as determinações dos profissionais de saúde, além disso, deve reconhecer e assumir a responsabilidade pela saúde de seus membros.

Por conta disso a família precisa ter suas dúvidas esclarecidas, e sua opinião deve ser levada em consideração, e, principalmente, sua participação deve ser incentivada em todo o processo profissional de cuidado (LIMA; LOPES; ARAÚJO, 2001).

O resultado positivo da cooperação dos membros da família com o portador de doença crônica, tem ligação estreita com o entendimento da doença, em si, envolvendo tratamento, cuidados específicos, percepção da doença, sensibilização e sentimentos positivos, como amor, carinho, responsabilidade e afetividade, dentre outros. Atuando desse modo, a enfermeira possibilita o despertar do familiar para o desenvolvimento de capacidades de autocuidado, de forma consciente e reflexiva, favorecendo não só a sua qualidade de vida mas principalmente a do portador de hipertensão arterial.

TABELA 9 – Comparação entre a percepção do paciente sobre a gravidade da doença, segundo a renda familiar. Fortaleza, 2003.

Renda familiar	Percepção da gravidade da doença			
	sem gravidade		grave	
	n	%	n	%
Até 1 SM	8	40,0	50	53,8
De 1 a 2 SM	7	35,0	30	32,3
Acima de 2 SM	5	25,0	13	14,0
Total	20	100,0	93	100,0

p=0,408 (Teste da razão de verossimilhança gl=2)

TABELA 10 - Comparação entre a percepção do paciente sobre a cura da doença, segundo a renda familiar. Fortaleza, 2003.

Renda familiar	Percepção da cura da doença			
	curável		não curável	
	n	%	n	%
Até 1 SM	12	54,5	46	50,5
De 1 a 2 SM	8	36,4	29	31,9
Acima de 2 SM	2	9,1	16	17,6
Total	22	100,0	91	100,0

p=0,584 (Teste da razão de verossimilhança gl=2)

Comparando a percepção da gravidade e cura da doença com renda e situação funcional dos pacientes (Tabelas 19 e 20, Anexo G), observa-se que não houve significância estatística ($p > 0,05$). Entretanto, reconhece-se que os aspectos econômicos e financeiros têm importância na determinação positiva do nível de qualidade de vida de qualquer indivíduo, em especial, naqueles com maior idade e portadores de alguma doença crônica. As dificuldades financeiras muitas vezes são associadas ao fato de os portadores serem levados a uma aposentadoria precoce, passando algumas vezes a desenvolver outras atividades informais, implicando diminuição dos proventos, com redução do poder aquisitivo.

A situação do grupo estudado, com relação à renda familiar, é precária, até porque, com a maioria dos participantes recebendo dois salários mínimos, forçosamente eles acabam dependendo dos membros familiares para sobreviver, numa etapa da vida em que aparecem determinantes de ordem física, social e econômica que comprometem a saúde e a qualidade de vida. Somado a isso, tem-se a redução do incremento financeiro para subsidiar a compra de

medicamentos, comprometendo a qualidade de vida destas pessoas (ALMEIDA, 2000). Estudos conduzidos por Trentini , Silva e Leimann (1990), com pessoas portadoras de doenças crônicas, revelam que, na sua maioria, os participantes apontaram a situação financeira como um dos principais problemas no controle da cronicidade.

Vale ressaltar que, independentemente da renda e ocupação dos pacientes incluídos neste estudo, eles são acompanhados, mensalmente, pela equipe de saúde da família, sendo-lhes assegurados o acesso à informação e a atenção à saúde. Considera-se que a Educação para a Saúde dos portadores de hipertensão arterial é ponto relevante para obtenção de êxito no controle da pressão arterial, como também na prevenção de complicações, reforçando-se, também, a necessidade do direcionamento para o autocuidado, no qual a enfermeira deve atuar como elemento central diretivo desse processo (GIORGI et al., 1985).

TABELA 11 – Comparação entre a percepção do paciente sobre a gravidade da doença, segundo o número de dependentes. Fortaleza, 2003.

Número de dependentes	Percepção da gravidade da doença			
	sem gravidade		grave	
	n	%	n	%
Até 2 dependentes	13	65,0	50	53,8
De 3 a 4 dependentes	6	30,0	26	28,0
Acima de 4 dependentes	1	5,0	17	18,3
Total	20	100,0	93	100,0

p=0,254 (Teste da razão de verossimilhança gl=2)

TABELA 12 - Comparação entre a percepção do paciente sobre a cura da doença, segundo o número de dependentes. Fortaleza, 2003.

Número de dependentes	Percepção da cura da doença			
	curável		não curável	
	n	%	n	%
Até 2 dependentes	13	59,1	50	54,9
De 3 a 4 dependentes	8	36,4	24	26,4
Acima de 4 dependentes	1	4,5	17	18,7
Total	22	100,0	91	100,0

$p=0,170$ (Teste da razão de verossimilhança $gl=2$)

Ao realizar a associação entre percepção da gravidade e cura da doença, não houve significância estatística ($p>0,05$). Observou-se, porém, que os pacientes que mais percebiam a doença como *curável e sem gravidade*, possuíam menor número de dependentes. Esse dado é similar aos achados de Reis (2000), que observou, em seu estudo sobre percepção da doença crônica, que as pessoas que tinham maior número de dependentes e/ou que moravam na companhia de outras pessoas apresentavam uma percepção mais correta da gravidade da doença, referindo, ainda, que, quanto menor o vínculo afetivo, maior a crença de que a doença não é grave. No presente estudo confirma-se que os dependentes de graus diferentes de parentesco como filhos e netos, dentre outros, podem influenciar, de forma positiva a percepção da doença pelo portador, seja pelo afeto, troca de experiências e cuidados recíprocos.

É interessante observar que a melhor percepção sobre a doença dos portadores de hipertensão arterial pode ter sido influenciada pelas interações pessoais, o compartilhamento de experiências e sentimentos em relação aos seus entes mais próximos. O homem é,

por excelência, um ser gregário, que necessita sentir-se parte de uma família, em que o relacionamento interpessoal se efetua no plano afetivo, podendo até se tornar inseguro longe dela, principalmente em situações de doenças crônicas que possibilitem complicações ou situações de emergência (MUSSI; FREEDLANDER; ARRUDA, 1996). Interações pessoais podem constituir um sistema de valores dos pacientes estudados, ajudando-os no enfrentamento das adversidades, proporcionando melhor qualidade de vida.

TABELA 13 – Comparação entre a percepção do paciente sobre a gravidade da doença, segundo o tempo de tratamento. Fortaleza, 2003.

Tempo de tratamento	Percepção da gravidade da doença			
	sem gravidade		grave	
	n	%	n	%
Até 5 anos	8	40,0	68	73,1
Entre 5 e 10 anos	8	40,0	14	15,1
Mais de 10 anos	4	20,0	11	11,8
Total	20	100,0	93	100,0

p=0,017 (Teste da razão de verossimilhança gl=2)

TABELA 14 - Comparação entre a percepção do paciente sobre a cura da doença, segundo o tempo tratamento. Fortaleza, 2003.

Tempo de tratamento	Percepção da cura da doença			
	curável		não curável	
	n	%	n	%
Até 5 anos	16	72,7	60	65,9
Entre 5 e 10 anos	4	18,2	18	19,8
Mais de 10 anos	2	9,1	13	14,3
Total	22	100,0	91	100,0

p=0,764 (Teste da razão de verossimilhança gl=2)

O tempo de tratamento da doença dos portadores de hipertensão arterial entrevistados foi dividido em três períodos: até 5 anos de tratamento, com a maioria de 67,3%; de 5 a 10 anos, com 19,5%; e mais de dez anos, com 13,3%. O tempo de tratamento pode ser similar ao tempo de descoberta da doença, sendo este um fator importante e/ou determinante para o controle terapêutico. A percepção dos pacientes de que a doença é curável relacionada ao tempo de tratamento, não obteve significância estatística, porém, ao relacionar o tempo de tratamento com a percepção da gravidade da doença, o estudo estatístico mostrou-se significativo ($p < 0,05$), evidenciando que os portadores de hipertensão que melhor perceberam a doença como *grave* tinham até 5 anos de tratamento.

É intrigante o fato de, neste estudo, ter sido possível identificar que as pessoas com menor tempo de tratamento, percebiam melhor a doença. Essa questão é importante e deve ser estudada mais profundamente, já que a hipertensão arterial é uma doença crônico-degenerativa e, quanto maior for o tempo de portador, maiores serão os riscos e complicações que poderão se desenvolver, mediante a forma de percepção da doença pelo portador, com o comprometimento da sua qualidade de vida.

5.3 Avaliação da qualidade de vida

Com relação à qualidade de vida, tem-se o seguinte quadro:

QUADRO 2 - Escala de qualidade de vida e critérios de avaliação Fortaleza, 2003

Domínios	ESCORE	N	%	CRITÉRIO DE AVALIAÇÃO
Estado geral de saúde (GS)	1	65	11,50	Um escore maior indica percepção de melhor saúde. 05 itens = 565 respostas (5x113 pacientes)
	2	153	27,07	
	3	109	19,29	
	4	112	19,82	
	5	126	22,30	
	TOTAL	565	100,0	
Capacidade funcional (CF)	1	251	22,21	Um escore maior indica melhor capacidade funcional para desempenhar atividades físicas. 10 itens = 1130 respostas (10x113 pacientes)
	2	260	23,00	
	3	619	54,77	
	TOTAL	1130	100,0	
Desempenho físico (DF)	1	180	39,80	Um escore maior indica melhor desempenho físico. 04 itens = 452 respostas (4x113 pacientes)
	2	272	60,17	
	TOTAL	452	100,0	
Aspectos emocionais (AE)	1	120	35,39	Um escore maior indica melhor estado emocional. 03 itens = 339 respostas (3x113 pacientes)
	2	219	64,60	
	TOTAL	339	100,0	
Aspectos sociais (AS)	1	24	10,61	Um escore maior indica melhor relacionamento social. 02 itens = 226 respostas (2x113 pacientes)
	2	22	9,73	
	3	48	23,99	
	4	19	8,40	
	5	113	50,00	
	TOTAL	226	100,0	
Dor (DR)	1	31	13,71	Um escore maior indica menor dor. 02 itens = 226 respostas (2x113 pacientes)
	2	36	15,90	
	3	46	20,35	
	4	24	10,61	
	5	68	31,00	
	6	21	9,29	
	TOTAL	226	100,0	
Vitalidade (VT)	1	36	7,96	Um escore maior indica maior vitalidade 04 itens = 452 respostas (4x113 pacientes)
	2	49	10,84	
	3	74	16,37	
	4	79	17,47	
	5	73	16,15	
	6	141	31,19	
	TOTAL	452	100,0	
Saúde mental (SM)	1	40	7,19	Um escore maior indica melhor saúde mental 05 itens = 556 respostas (5x113 pacientes)
	2	57	10,25	
	3	72	12,94	
	4	98	17,62	
	5	136	24,46	
	6	162	29,13	
	TOTAL	556	100,0	
Evolução do estado de saúde (EV)	1	46	40,70	Um escore maior, indica percepção de melhor saúde, comparada há um ano atrás. 01 item = 113 respostas (4x113 pacientes)
	2	22	19,50	
	3	29	25,70	
	4	16	14,10	
	TOTAL	113	100,0	

QUADRO 3- Valores e nível descritivos (p) do teste de normalidade dos índices do *MOS- SF 36*, entre os 113 portadores de hipertensão arterial. Fortaleza, 2003.

Domínios	N°. itens	N°. pacientes	Média	DP	Mínimo	Mediano	Máximo	P
Estado geral de saúde.	5	113	53,58	22,02	0	55	95	0,017
Capacidade funcional	10	113	66,28	27,88	0	75	100	0,184
Desempenho físico	4	113	60,8	39,9	0	75	100	0,768
Aspectos emocionais	3	113	64,6	40,65	0	100	100	0,183
Aspectos sociais	2	113	69,36	30,62	0	75	100	0,96
Dor	2	113	56,74	32,61	0	55,56	100	0,211
Vitalidade	4	113	63,32	23,68	0	60	100	0,818
Saúde mental	5	113	65,45	22,06	4	68	100	0,853

Os resultados de qualidade de vida descritos no Quadro 2 e 3 correspondem à percepção dos portadores de hipertensão arterial obtida pela aplicação do instrumento genérico de qualidade de vida, o *MOS SF-36*. Os dados são apresentados em frequência simples e percentagem em relação a cada domínio. Nesta avaliação, como descrito anteriormente, para os diferentes domínios da escala de qualidade de vida, os escores obtidos foram transformados em índice variando de 0 a 100, em que zero corresponde ao menor valor e 100, ao maior valor obtido da soma das pontuações dos escores de cada item.

No primeiro domínio, que trata do *Estado geral de saúde*, encontrou-se índice médio de 53,58 pontos. Este domínio investigou, entre seus cinco itens, a percepção da saúde ou doença pelo próprio

paciente, além de comparar sua saúde a de outros indivíduos. As questões que fazem parte deste domínio são: 1, 11 a – 11d.

O segundo domínio, intitulado de *Capacidade funcional*, investigou, através de seus dez itens, tanto a presença como a extensão das limitações relacionadas a capacidade e atividade física. Obteve-se índice médio de 66,28 pontos, indicando que a maior parte dos entrevistados percebe como positiva a sua capacidade funcional. As questões são: 3 a – 3j.

O terceiro domínio *Desempenho físico*, nos seus quatro itens avalia os aspectos físico e emocional, sendo abordadas as limitações no tipo e quantidade de trabalho e o quanto essas limitações dificultam a realização do trabalho e de atividades de vida diária do paciente. Tendo-se encontrado índice médio de 60,8 pontos, como valores maiores, significando maior capacidade para o desempenho das atividades físicas, observa-se que os entrevistados avaliam de forma positiva as suas condições físicas. Esse fato demonstra que apesar da idade da maioria e do tempo de portadores de hipertensão, os pacientes não se rotularam de incapazes, fisicamente; muito pelo contrário, a maioria considerou-se apto ao desenvolvimento de suas atividades cotidianas. As questões são: 4 a - 4d.

O quarto domínio *Aspectos emocionais*, investiga em seus três itens, a participação do paciente em atividades de trabalho e o tempo dispensado ou não para o autocuidado. Obteve-se índice médio de 64,60 pontos. Ao que se sabe, que o sistema emocional pode interferir, de forma negativa no controle das doenças, no entanto a maioria da população assistida sente-se apta para o desenvolvimento

do autocuidado e participação em atividades de trabalho. As questões são: 5 a - 5c.

No quinto domínio, que trata dos *Aspectos sociais*, encontrou-se índice médio de 69,36 pontos. Com dois itens, este domínio investiga a integração do indivíduo em atividades sociais, podendo ser visto como um grande desafio a ser enfrentado pelos portadores de hipertensão arterial. No entanto, ao ser realizada a pesquisa observou-se que a maioria percebia o relacionamento social de forma positiva. As questões são 6 e 10.

O sexto domínio, com duas questões, que investiga a presença de dor, fundamentando-se na sua intensidade, bem como em sua extensão ou interferência nas atividades de vida diária do paciente. Encontrou-se nesse domínio, índice médio de 56,74 pontos, tendo sido possível observar que mais da metade não tinha a dor ligada à doença hipertensiva, e nem a considerava fator de interferência na qualidade de vida. As questões são 7 e 8.

O sétimo domínio, denominado *Vitalidade*, é composto por quatro itens, considerando tanto o nível de energia como o de fadiga. O índice médio neste domínio foi de 63,32 pontos. Como valores maiores indicam maior vitalidade, observa-se que, apesar da idade, do tempo de doença e de outros fatores, os entrevistados avaliam positivamente a sua vitalidade, em oposição ao que seria esperado nesse grupo de pacientes. As questões são: 9 a; 9e; 9g; 9i.

O oitavo domínio *Saúde mental*, investiga, em seus cinco itens a presença de ansiedade, depressão, alterações do comportamento, descontrole emocional e bem-estar psicológico. O índice médio encontrado foi de 65,45 pontos. Esse índice demonstra que um escore maior indica melhor saúde mental, haja vista que estar bem consigo

mesmo, pode refletir, de forma positiva, no controle da doença. A maior parte dos entrevistados considera esse um índice positivo do estado de saúde. Destaca-se no entanto, que não houve uma constante, entre os entrevistados de índices positivos, inclusive somando os índices negativos uma parcela importante entre os portadores de hipertensão arterial. As questões são: 9b; 9c;9d;9f;9h.

Ainda com base nos critérios de avaliação estabelecidos (Quadro 2), observa-se que nos domínios: Capacidade funcional (CF), Desempenho físico (DF), Aspectos emocionais (AE), Aspectos sociais (AS), Vitalidade (VT), Saúde mental (SM), e Dor (DR) foram encontrados valores indicativos de percepção de melhor qualidade de vida.

No entanto, com relação aos aspectos de Estado geral de saúde (GS) e Evolução do estado de saúde (EV), estes correspondem a escores baixos, demonstrando que os pacientes, mesmo sendo portadores de hipertensão arterial, percebem seu estado de saúde como *muito bom*, e que sua evolução do estado de saúde como *muito melhor do que há um ano*.

Nessa clientela portadora de hipertensão arterial a qualidade de vida não foi percebida de forma negativa, e, para a surpresa da pesquisadora, alguns fatores como idade avançada, doença hipertensiva, renda baixa e pouca escolaridade, não foram determinantes e suficientes para interferir na qualidade de vida dos portadores de hipertensão arterial.

Aparentemente, as respostas denotam uma percepção de saúde e de evolução do estado de saúde diferente do que se espera, uma vez que, não tendo a doença da qual são portadores, uma evolução

para a cura, isso não poderia ocorrer. É importante considerar, no entanto, que o paciente, mesmo com doença crônica, pode estar/sentir-se melhor hoje, do que há um ano. Este fato pode estar relacionado ao tratamento e à sua conscientização acerca da doença, em razão, muito provavelmente, do desempenho dos profissionais que os atendem.

Para Reis (2000), a atuação dos profissionais de saúde pode se constituir um desafio, especialmente para a enfermeira, haja vista a mesma, além de educar para a saúde, precisar, muitas vezes desenvolver técnicas e estratégias que permitam ao paciente adaptar-se às suas condições sociais, econômicas e culturais, incluindo-se nessa ajuda para que possam se ajustar ao estilo de vida mais apropriado ao controle da hipertensão arterial.

É preciso que os profissionais de saúde tenham uma abordagem mais centrada no paciente, levando em consideração suas características pessoais e de estilo de vida, evitando, assim, rotulações falsas do indivíduo em relação à doença, sendo capaz de avaliar de forma mais objetiva como as pessoas percebem a doença e consideram possível que tenha interferência positiva na qualidade de vida.

A qualidade de vida de um indivíduo pode estar influenciada pela percepção que ele tem do seu estado de saúde, mas verifica-se que a satisfação com a vida, depende em grande parte de seu sistema de valores e crenças (TRENTINI; SILVA; LEIMANN, 1990). Freire apud Gadotti (1996) refere ser a conscientização um processo de transformação, através do qual aprende-se a desenvolver uma visão de mundo, liberdade e crítica para superar a situação presente.

A forma de perceber o processo saúde doença faz entender que é no desenvolvimento de práticas de Educação para Saúde que as enfermeiras precisam avançar com vistas a melhorar cada vez mais a qualidade de vida da população sob seus cuidados.

Merecem destaque, nessa linha de reflexão, Gullo; Lima e Silva (2000), ao ensinarem que é imprescindível usar a comunicação de maneira adequada, favorecendo o estabelecimento de um vínculo terapêutico com maior adesão ao tratamento. Ainda sobre este aspecto, Gualda (1998) refere que a condição crônica do paciente propicia circunstâncias de interação e convívio com os profissionais aproveitando todos os momentos para explorar as possibilidades de escolha, criando condições de mudanças, quando e onde necessárias, na busca de melhor qualidade de vida apesar da doença.

É importante o entendimento do comportamento da população, com relação à saúde e à doença, considerando-se o mesmo essencial ao desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde. Para modificar comportamentos, é necessário, primeiro, que se entenda o contexto no qual ocorrem os significados, sua percepção e sua interferência, de cunho pessoal e particular.

Trentini e Silva (1992) referem que uma condição crônica de saúde caracteriza-se pelo momento em que a pessoa passa a incorporar a doença no seu processo de viver. Seu impacto surge a qualquer tempo, causando alterações nas condições de ser saudável de pessoas e de grupos.

Conhecer os resultados correspondentes aos diversos aspectos de qualidade de vida estudados nesta pesquisa é de grande importância para a enfermeira, cujo desejo é ver o portador de hipertensão, sob

seus cuidados, conhecedor de sua doença, capaz de desenvolver a auto-responsabilidade, assumindo papel ativo na a mudança de comportamento, ajustando-se às limitações físicas e aos relacionamentos sociais, mantendo esperança e alegria de viver (REIS, 2000). Destaca-se, como fundamental, a atuação da enfermeira junto aos portadores de hipertensão, como fornecedora de orientações e direcionamentos para a prática do autocuidado, favorecendo a adesão terapêutica e a melhoria da qualidade de vida (PIERIN, 1992).

5.4 Comparação entre a percepção da gravidade e tratamento da doença e o *MOS SF-36*.

A seguir, são apresentados os resultados correspondentes à comparação entre percepção da doença, com cada um dos oito domínios: Estado geral de saúde, Capacidade funcional, Desempenho físico, Aspectos emocionais, Aspectos sociais, Dor, Vitalidade, Saúde mental e Evolução do estado de saúde. Conforme comentado na metodologia, o domínio Evolução do estado de saúde (EV), teve seus resultados apresentados e discutidos em frequências simples e percentagens, não obtendo significância estatística. (Tabelas 15 e 16, Anexo F).

QUADRO 4

Medidas descritivas dos domínios do MOS SF-36, segundo a percepção da gravidade da doença por portadores de hipertensão arterial. Fortaleza, 2003.

medidas Percepção Dos paciente sobre a doença		Domínios							
		GS	CF	DF	AE	AS	DR	VT	SM
Sem gravidade	N	20	20	20	20	20	20	20	20
	Média	64.25	73	57.5	75	67.5	65.56	64.5	66
	Desvio-padrão	18.80	27.31	42.22	38.81	35.68	27.19	24.38	19.75
	Mínimo	15	25	0	0	0	11.11	20	36
	Máximo	95	100	100	100	100	100	100	100
grave	N	93	93	93	93	93	93	93	93
	Média	51.29	64.84	60.75	62.37	69.76	54.84	63.06	65.33
	Desvio-padrão	22.08	27.93	39.60	40.89	29.62	33.49	23.65	22.62
	Mínimo	0	0	0	0	0	0	0	4
	Máximo	95	100	100	100	100	100	100	100
total	N	113	113	113	113	113	113	113	113
	Média	53.58	66.28	60.8	64.60	69.36	56.74	63.32	65.45
	Desvio-padrão	22.02	27.88	39.90	40.65	30.62	32.61	23.68	22.06
	Mínimo	0	0	0	0	0	0	0	4
	Máximo	95	100	100	100	100	100	100	100
P		0,017	0.184	0.768	0.183	0,960	0,211	0.818	0.853

QUADRO 5

Medidas descritivas dos domínios do MOS SF-36, segundo a percepção da cura da doença por portadores de hipertensão arterial. Fortaleza, 2003.

medidas		Domínios							
Percepção dos pacientes sobre a doença		GS	CF	DF	AE	AS	DR	VT	SM
Curável	N	22	22	22	22	22	22	22	22
	Média	67.27	80.23	77.27	69.70	72.16	65.66	69.55	71.82
	Desvio-padrão	21.31	23.88	35.28	41.03	35.13	32.15	24.20	22.54
	Mínimo	15	25	0	0	0	0	30	32
	Máximo	95	100	100	100	100	100	100	100
Não curável	N	91	91	91	91	91	91	91	91
	Média	50.27	62.91	56.04	63.37	68.68	54.58	61.81	63.91
	Desvio-padrão	20.99	27.84	40.02	40.69	29.60	32.53	23.43	21.79
	Mínimo	0	0	0	0	0	0	0	4
	Máximo	95	100	100	100	100	100	100	100
total	N	113	113	113	113	113	113	113	113
	Média	53.58	66.28	60.18	64.60	69.36	56.74	63.32	65.45
	Desvio-padrão	220.02	27.88	39.90	40.65	30.62	32.61	23.68	22.06
	Mínimo	0	0	0	0	0	0	0	4
	Máximo	95	100	100	100	100	100	100	100
p		0.001	0.003	0.019	0.459	0.853	0.162	0.202	0.141

Conforme apresentado nos Quadros 4 e 5, observou-se significância estatística ($p < 0,05$), para o domínio *Estado geral de Saúde* quando tratou-se da comparação entre os domínios e a percepção dos pacientes sobre a *gravidade* da doença. Os pacientes que apresentaram a percepção de estarem em boas condições de saúde foram aqueles que percebiam a doença como *curável e sem gravidade*. Da mesma forma encontrou-se diferença estatística significativa para os domínios *Capacidade funcional*, e *Desempenho físico* (Quadro 5), revelando que os pacientes que obtiveram índices satisfatórios de vitalidade e de desempenho físico, também perceberam a doença como sem gravidade e curável. Nos demais domínios os testes de Mann Whitney utilizados para a análise dos dados não demonstraram diferenças estatisticamente significantes ($p < 0,05$).

A correlação estatística com o desconhecimento da gravidade da doença e da necessidade de tratamento contínuo leva a várias e importantes considerações que devem estar presentes no processo de acompanhamento pelos profissionais de saúde.

Magro, Silva e Riccio (1999), estudando portadores de hipertensão arterial que possuem tempo de tratamento longo, verificaram que eles podiam expressar dificuldade em identificar o diagnóstico da doença ou mesmo em aceitá-lo, pela falta de compreensão em relação à patologia, visto que se manifesta de forma assintomática, mesmo que determine alterações fisiopatológicas em órgãos nobres. Calcula-se que cerca de 50% dos portadores de

hipertensão arterial desconhecem sua condição, em virtude da evolução assintomática da doença (CAMPOS, 1996).

A percepção do paciente no que diz respeito à não-gravidade da doença, diante de outras tantas dificuldades para a realização do tratamento, só tende a dificultar ainda mais a sua aceitação sugerindo a necessidade de mudança no enfoque da orientação, e na busca de uma linguagem comum entre os profissionais e os pacientes. Se os profissionais conhecessem melhor o paciente, seus valores, crenças e estilo de vida, talvez pudessem estabelecer melhores estratégias de educação para saúde, identificando também sua percepção em relação ao processo saúde/doença e estimulando ainda mais o processo de adesão à terapêutica, com melhoria da qualidade de vida.

É mesmo possível que o paciente que percebe a hipertensão arterial como doença sem gravidade, e que considera ter uma boa qualidade de vida, seja, provavelmente, o que mais necessita de assistência. Obviamente, ele não valoriza a doença, em virtude da sua evolução silenciosa e sem alterações visíveis. A importância dada ao seguimento do tratamento da hipertensão arterial parece estar diretamente relacionada à compreensão que os doentes têm sobre a doença (CAR e CASTRO, 2000).

O conhecimento e as crenças que os portadores de hipertensão arterial têm sobre sua doença constituem importantes antecedentes da adesão ao tratamento terapêutico. Marcon et al. (1995) assinalam que, para uma decisão particular de saúde ser tomada, é necessário que o indivíduo perceba a doença como ameaça. Este fato é difícil de ocorrer na hipertensão arterial que, na maioria das vezes, é

considerada uma doença assintomática. Em razão da falta de sintomas específicos, os pacientes não a encaram como um problema de saúde que necessite de tratamento, tanto para controle como para prevenção de complicações, favorecendo, assim, uma baixa qualidade de vida.

A percepção que o portador de hipertensão arterial tem acerca da doença e o conhecimento que possui sobre a hipertensão ocupam lugar de destaque para Vijayalaxmi, Razia e Prakasamma (1997), ao referirem que o entendimento por parte do paciente, de sua condição crônica de saúde fará com que aumente a sua independência e cooperação com o regime terapêutico. Outros aspectos, além da percepção, influenciam a adesão ao tratamento, interferindo na qualidade de vida. Hanestad (1989) indica que a doença, por si só, não faz diminuir, necessariamente, a qualidade de vida da pessoa que a possui, mas que é uma variável que influencia nesta qualidade, pois interfere nas atividades, nas relações interpessoais e na auto-estima, entre outras.

Por este motivo, as pessoas portadoras de uma doença crônica necessitam de informações suficientes e adequadas para que possam conviver com a doença e minimizar os efeitos por ela causados, a fim de que tenham uma boa qualidade de vida (SILVA, 1990). Contudo, é necessário que as pessoas portadoras de hipertensão arterial conheçam a doença e aprendam a conviver com ela. Para isso é essencial que a enfermeira possa avaliar e interpretar a percepção do paciente em relação à enfermidade, para que a sua intervenção seja apropriada, ajudando-o na compreensão da doença e, assim, a

superar seus efeitos por meio de uma adesão consciente ao programa terapêutico.

Sousa (1998) refere que a avaliação da qualidade de vida amplia as decisões clínicas da enfermeira, estendendo-se aos programas e políticas assistenciais. Tais decisões podem levar ao fracasso de muitos programas, principalmente se estes forem verticalizados, apenas na percepção e decisão do profissional. É preciso que os portadores de hipertensão arterial estejam atentos àquilo em que acreditam e estão fazendo e não somente aceitem o que está sendo imposto “de cima para baixo”, tornando-se necessário promover uma participação efetiva do cliente no tratamento, investigando e valorizando suas reais necessidades, suas crenças e motivações.

Neste contexto, observou-se a dificuldade que o portador de hipertensão arterial tem de perceber a doença de forma correta, fazendo com que, entre outros, venham à tona alguns questionamentos: será que os profissionais de enfermagem estão desenvolvendo o cuidar?- será que os pacientes estão conseguindo entender as orientações de enfermagem?- que tipo de abordagem facilitaria a percepção da doença e adesão ao tratamento?

Atualmente é consenso que, além da consulta ambulatorial, se faz necessário oferecer ao paciente outros tipos de abordagens, que certamente contribuirão para melhorar a continuidade terapêutica e conseqüentemente a qualidade de vida dos portadores de hipertensão arterial (ARAÚJO, 2002). Acredita-se que, além das orientações individuais, a enfermagem também é capaz de desenvolver ações educativas em grupo.

Mendel (1997) informa que este tipo de abordagem tem mais efetividade do que o praticado individualmente, é mais variado, participativo e estimulante para os pacientes. As ações educativas, em grupo, respondem pela percepção de problemas comuns, por parte dos integrantes, os quais são estimulados a desenvolver o autocuidado, aumentando, assim, a adesão ao tratamento com melhoria da qualidade de vida (MOREIRA; MACIEL; ARAÚJO, 1999).

A formação de grupos para trabalhar a hipertensão arterial, bem como os aspectos nela envolvidos, tem se mostrado, também, uma ação benéfica que concorre para melhorar a adesão, uma vez que estimula a reflexão, amplia o nível de informação e permite que cada um fale de si, permitindo-se com isso, uma troca de experiências. Campos (1996), destaca que a abordagem grupal funciona como suporte social na medida em que os pacientes se reúnem em torno de um problema comum, e são sustentados por uma equipe que lhes empresta apóio e valorização.

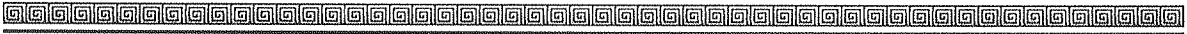
É de suma relevância para a enfermeira, poder estimular o portador de hipertensão a desenvolver técnicas e estratégias de conhecimento da doença, co-responsabilidade, participação ativa no processo de mudança, bem como trabalhar suas limitações e construção de cidadania. O ato de proporcionar ao ser humano a percepção de sua satisfação como arquiteto do seu viver e de sua existência, caracteriza a busca infindável por definições e métodos de qualificar a vida.

A enfermeira que trabalha com o portador de hipertensão arterial no Programa Saúde da Família, reúne condições para acompanhar sua trajetória, evolução e, inclusive, promover reflexão sobre

comportamentos e soluções encontradas. Referida profissional é ainda capaz de estar atenta a qualquer situação nova, o que certamente a fará refletir, junto ao paciente, sob seus cuidados acerca dos seus comportamentos, estimulando-o a usufruir uma melhor qualidade de vida, tanto quanto possível, dentro do seu contexto.

Acredita-se mesmo que os resultados sobre percepção da doença e possível interferência na qualidade de vida dos participantes deste estudo tenham apresentado uma conotação diferente a partir da implementação há três anos de uma estratégia de trabalho em grupo que favoreceu a eles a reflexão, a crítica e a consciência de cidadania.

CONSIDERAÇÕES FINAIS



6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao investigar a qualidade de vida dos portadores de hipertensão arterial, utilizando um instrumento genérico de avaliação, *MOS SF-36*, verificou-se, com base no critério de avaliação, que os pacientes apresentaram escores maiores para as escalas Capacidade funcional (CF), Desempenho físico (DF), Aspectos econômicos (AE), Aspectos sociais (AS), Vitalidade (VT), Saúde mental (SM) e Dor (DR), indicando para estas escalas percepção de maior qualidade de vida. Às escalas Estado geral de saúde (GS) e Evolução do estado de saúde (EV) corresponderam escores baixos, demonstrando que os pacientes percebiam seu estado de saúde como “muito boa” e que a evolução do seu estado de saúde estaria muito melhor do que há um ano.

A análise estatística conduziu à detecção de percepção de qualidade de vida *muito boa* no entendimento dos pacientes, aparentemente, as respostas denotam uma percepção de saúde e de evolução do estado de saúde diferente do que se espera, uma vez que, não tendo a doença da qual são portadores uma evolução para a cura, isso não poderia ocorrer. Mas é importante considerar que o paciente, mesmo com doença crônica, pode estar/sentir-se melhor hoje, do que há um ano. Este fato pode estar relacionado ao tratamento acerca da doença, em razão, muito provavelmente, do desempenho dos profissionais que os atendem, como também as

consultas agendadas, medicamentos oferecidos pelo Programa de hipertensão e diabetes, trabalho em grupo e acompanhamento domiciliar, refletindo a estratégia Saúde da Família no contexto social da população com melhora da qualidade de vida.

Ao comparar-se os domínios de qualidade de vida com a percepção dos pacientes sobre a doença hipertensiva, observou-se significância estatística para os domínios, Estado geral de saúde (GS), Capacidade funcional (CF) e Desempenho físico (DF), revelando que, na compreensão dos pacientes estudados, a doença é percebida como *sem gravidade e curável* e sem interferência na qualidade de vida, o que pode ser considerado como não tendo preocupações com a doença.

Frente a esta realidade, pode-se inferir que a hipertensão arterial, considerada como *sem gravidade e curável*, pode interferir direta e indiretamente na adesão ao tratamento, com piora da qualidade de vida, já que é uma doença crônico-degenerativa que exige tratamento permanente. Corroborando este aspecto, é importante que a assistência de enfermagem, prestada hoje a estes pacientes possa ser revista, no intuito de desenvolver abordagem terapêutica mais apropriada, com base em avaliação e interpretação das percepções do paciente.

Conhecer os resultados correspondentes aos diversos aspectos de qualidade de vida estudados nesta pesquisa é de grande importância para a enfermeira que, ao trabalhar com estes pacientes, precisa desenvolver técnicas e estratégias individuais e grupais para que o paciente venha a ser conhecedor de sua doença, desenvolver

a co-responsabilidade, participar ativamente no processo de mudança e na construção de cidadania.

Quando se comparou a percepção dos pacientes sobre a gravidade da doença e tratamento às variáveis sexo, escolaridade, faixa etária, situação conjugal, situação familiar, renda familiar, situação funcional, número de dependentes e tempo de tratamento, constatou-se que as mulheres parecem ter maior preocupação com a saúde. Vale ressaltar que a importância da continuidade terapêutica, independentemente do sexo, deve ser focalizada em todas as consultas. A percepção de que a doença é *curável* foi estatisticamente significativa entre os pacientes na faixa etária superior a 65 anos. Esse dado deve ser considerado importante, porquanto os estudos indicam que o fator idade concorre para o aumento da pressão arterial.

Observou-se que os portadores de hipertensão arterial com maior instrução tinham mais consciência de que a doença é *grave* e *incurável*. Ressalta-se que 42,5% dos pacientes estudados não tinham escolaridade formal, dado relevante que pode interferir diretamente na assimilação das orientações necessárias, requerendo maior atenção da enfermeira para a prática de Educação à Saúde.

Verificou-se que o maior percentual de portadores de hipertensão arterial que acreditavam na *gravidade da doença* e que a percebiam como *não curável* possuía companheiros e/ou morava com familiares. Corroborando a idéia de Reis (2000), considera-se que o elo afetivo com a família pode interferir na forma de perceber a doença. Este fato é importante de ser trabalhado pela enfermeira, tanto por atuar junto com a família do paciente para melhor adesão

terapêutica, como também para desenvolver atenção maior aos pacientes que possuem/moram com algum componente familiar.

Na comparação da percepção da doença com as variáveis renda e situação funcional não houve significância estatística. Vale ressaltar que, independentemente da renda e da atividade profissional dos pacientes incluídos neste estudo, eles são acompanhados mensalmente pela equipe de saúde da família, sendo-lhes assegurado o acesso à informação e atenção à saúde. Para a variável número de dependentes, tem-se que os pacientes que mais percebiam a doença como *curável e sem gravidade*, possuíam menor número de dependentes, aparentemente evidenciando que os dependentes de graus diferentes de parentesco podem influenciar de forma positiva na percepção da doença pelo portador, seja pelo afeto, troca de experiências, cuidados recíprocos, entre outros.

A variável tempo de tratamento relacionada com a percepção da gravidade da doença apresentou significância estatística, evidenciando que os portadores de hipertensão arterial que melhor percebiam a doença como *grave* tinha até 5 anos de tratamento. Esse é um fato importante que deve ser mais estudado, porque, sendo a hipertensão arterial uma doença crônico-degenerativa, quanto maior o tempo decorrente, maiores serão os riscos de complicações que poderão se desenvolver. E acredita-se que as complicações tendem a comprometer a qualidade de vida.

Para a continuidade dos estudos sobre o tema, recomenda-se a realização de outras pesquisas, com o intuito de aprofundar o conhecimento da percepção que o portador de hipertensão arterial

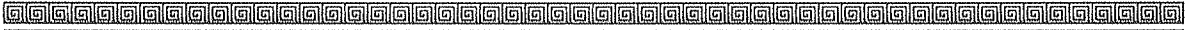
tem da doença e de que forma esta percepção interfere na qualidade de vida, em outras regiões e em grupos com diferentes características sociodemográficas.

Os resultados encontrados condizem com a formação de trabalho em grupo com portadores de hipertensão arterial, a fim de ampliar conhecimentos, favorecer o tratamento da hipertensão arterial e aumentar a adesão terapêutica do paciente. A Educação em Saúde possibilita melhor compreensão e percepção da doença, com possível mudança de comportamento.

O envolvimento da família no tratamento deve ser buscado como forma de ampliar o suporte oferecido aos portadores de hipertensão arterial e para que ela possa ser agente facilitador e reforçador dos componentes de saúde junto ao paciente e equipe de saúde.

Outros estudos devem abordar as crenças e percepções que os profissionais de saúde têm sobre a hipertensão arterial, bem como sobre seus portadores, a fim de que possam melhor entendê-los e procurar desenvolver técnicas e habilidades para melhoria da qualidade de vida, dentro do contexto social em que vivem.

REFERÊNCIAS



7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACHUTTI, A .C. C.; ACHUTTI, V. A. R. Aspectos epidemiológicos. In: AMADEO, C.; LIMA, E. G.; VAZQUEZ, E. C. **Hipertensão arterial**. São Paulo: Sarvier, 1997. cap. 2, p. 11-21.

ALMEIDA, A. V. B. Envelhecimento da população: desafios na área da saúde. **Bahia Anal. Dados**, v. 6, n. 1, p. 145-148, 2000.

ALVES, M. D. S.; ALMEIDA, V. L. Marcos conceituais de enfermagem: o caminho percorrido pelo curso de enfermagem da UFC. In: ALVES, M. D. S.; PAGLIUCA, L. M. F.; BARROSO, M. G. T. **Cultura e poder nas práticas de saúde: sociedade, grupo, família**; Fortaleza: Pós-Graduação/DENF/UFC, 1999. cap. 2, p. 23-32.

ANDRADE, F. M. O. **O programa de Saúde da Família no Ceará: uma análise de sua estrutura e funcionamento**. Fortaleza: Expressão, 1998.

ARAÚJO, T. L. et al. Reflexo da hipertensão arterial no sistema familiar. **Rev. Soc. Cardiol. Estado São Paulo**, v. 8, n. 2, supl A , p. 1-6, 1998.

ARAUJO, G. B. S. **Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: análise conceitual**. 2002. 119f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências de Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2002.

BERGNER, R.; et al. The Sickness impact profile: de velopment and final revision of a health status measure. **Med. Care**, v. 19, p. 787-805, 1981.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Programas de Saúde. Coordenação de Doenças Cardio-Vasculares. **Controle da hipertensão arterial: uma proposta de integração ensino-serviço**. Rio de Janeiro, CDCV/ NUTES, 1993. 233p.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no. 196/96 Decreto no. 93.933 de janeiro de 1987. Estabelece Critérios sobre Pesquisas envolvendo seres humanos. **Bioética**, vol. 4, no. 2, supl., pág 15-25, 1996.

CAMPOS, E. P. Contribuição da psicologia ao tratamento do hipertenso. **Folha Méd.**,v. 113,n. 2,p. 153-156,1996.

CAR, M. R.; CASTRO, V. D. O Cotidiano da vida de hipertensos: mudanças, restrições e reações. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, v. 34, n. 2, p. 145-153, jun. 2000.

CAR, M. R.; PIERIN, A. M. G.; MION JUNIOR, D.; GIORGI, D. M. A. Crenças de saúde do paciente com hipertensão arterial. **Rev. Paul Enfermagem**, v. 8, n. 2, p. 4-7, 1998.

CASTRO, V. D.; CAR, M. R. O cotidiano da vida de hipertensos: mudanças restrições e reações. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, v. 34, n. 2, p. 145-153, jun. 2000.

CICONELLI, R. M. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida. "Medical Outcomes Study 36-item Short-form Health Survey (SF-36)". 1997. 120p. Tese (Doutorado)- Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1997.

CHOR, D. Hipertensão arterial entre funcionários de banco estatal no Rio de Janeiro. Hábitos de vida e tratamento. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 71, n.5. 100-119, nov. 1998.

CLAPIS, M. J. **Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama- Uma perspectiva de gênero**. Ribeirão Preto, 1996, 220p. Tese (Doutorado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

CRUZ, I. C. F. O cliente/família com hipertensão arterial essencial: considerações sobre o diagnóstico e tratamento de enfermagem na consulta. **Rev. Enfermagem UERJ**, v. 3, n. 1, p. 71-74, maio 1995.

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 3., 1998, Campos do Jordão. **Anais...** São Paulo, 1998. 38p.

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 4., 2002, Campos do Jordão. 40p.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário Aurélio**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FONSECA, M. G.; BARREIRA D. A evolução da mortalidade por aids no país, segundo sua distribuição geográfica. **Bol. Epidemiol. AIDS**, n. 3, p. 43-46, 2000.

FOWLIE, M.; BERKELY, J. Quality of life- a review of the literature. **Fam. Pract.**, v. 4, n. 3, p. 226-234, 1987.

FREITAS. O. C. et al. Prevalence of hypertension in the urban population of contadua, in the state of São Paulo, Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.77, n.1, p. 16-21, 2001.

GADOTTI, M. **Paulo Freire: uma bibliografia**. São Paulo: Cortez, 1996.

GAIVA, M. A. M. Qualidade de vida e saúde. **Rev. Enfermagem UERJ**, v. 6, p. 377-382, 1998.

GHORAYEB, N. Saúde é qualidade de vida? Modismos e ilusões. **O Estado de São Paulo**, 25 jul. 1989. p.23.

GIORGI, D. M.; MION, J. D.; MARCONDES, M. et al. Aderência ao tratamento em hipertensão arterial: influências de variáveis estruturais e estratégias que visam sua melhoria. **Rev. Bras. Med.**, v. 4, n. 4, p. 167-176, 1985.

GUALDA, D. M. R. Humanização do processo de cuidar. In: CIANCIARULLO, T. I.; FUGULIN, F. N. T.; ANDREONI, S. **A hemodiálise em questão: opção pela qualidade assistencial.** São Paulo, Ícone, 1998. p.23-30.

GULLO, A. B. M.; LIMA, A. F. C.; , SILVA, M. J. P. Reflexões sobre comunicação na assistência de enfermagem ao paciente renal crônico. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, v. 34, n. 2, p. 209-212, 2000.

GUYATT, G. H.; FEENY, D. H.; PATRICK, D. L. Measuring health-related quality of line. **Ann. Intern. Méd.**, v. 118, p. 622-629, 1993.

HANESTAD, Birit K. –insulin- depedent diabets mellitus and quality of life. **Scand J. Caring Sa**, v. 3, n. 3, p. 123-128, 1989.

HUNT, S. M.; MACAWEN, J.; MCKENNA, S. P. Measuring health status. **J. R. Coll. Gen. Pract.**, v. 35, p. 185-188, 1985.

LESSA, I. Epidemiologia do tratamento e da adesão ao tratamento da hipertensão arterial e do diabetes mellitus. In: _____. **Adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis.** São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1998. cap. 13, p.223-239.

LIMA, F. E. T.; LOPES, M. V. O.; ARAÚJO, T. L. A família como suporte para o idoso no controle da pressão arterial. **Rev. Família, Saúde Desenvolvimento**, Curitiba, v. 3, n. 1, p. 63-69, 2001.

LIPP, M. N.; ROCHA, J. C. **Stress, hipertensão arterial e qualidade de vida – um guia de tratamento para o hipertenso.** São Paulo: Papyrus, 1994. p. 57-97.

LUNA, R. L. **Hipertensão arterial.** São Paulo: MEDSI, 1989. 301p.

MAGRO, M. C. S.; SILVA, E. V.; RICCIO, G. M. G. Percepção do hipertenso não-aderente à terapêutica medicamentosa em relação a sua doença. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, v. 9, n. 1 suppl. A, p. 1-10, 1999.

MARCON, S. S. et al. Comportamento preventivo de servidores da UEM hipertensos e aderência ao programa de assistência ao hipertenso do ambulatório. **Ciênc. Enferm.**, v. 1, n. 1, p. 33-42, 1995.

MARTINS, L. M.; FRANÇA, A. P.; KIMURA, M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 3, p. 5-18, 1996.

MASCARO, S. A. **O que é velhice**. São Paulo: Brasiliense, 1997.

MEEBERG, G. A. Quality of life: a concept analysis. **J. Adv. Nurs.**, v. 18, p. 32-38, 1993.

MENDEL, E. S. Adherencia al control de los pacientes hipertensos y factores que la influcion. **Ciência y Enfermería**, v.3, p.49-58, 1997.

MOREIRA, T. M. M.; MACIEL, I. C. F.; ARAÚJO, T. L. Trabalhando a auto-ajuda em grupo no controle da hipertensão. **Nursing**, ano 2, n. 13, p. 20-24, 1999.

MUSSI, F. C.; FRIEDLANDER, M. R.; ARRUDA, E. N. Os significados da palavra conforto segundo a perspectiva do paciente com infarto agudo do miocárdio. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 3, p. 19-39, 1996.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. Londrina: Midiograf, 2001. 238p.

PATRICK, D. L. ; ERICSON, P. O que significa qualidade de vida? Conceitos e dimensões. **Rev. Squibbiline**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 16-24, 1998.

- PESSUTO, J.; CARVALHO, E. C. Fatores de riscos em indivíduos em hipertensão arterial. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 6, n. 1, p. 33-39, 1998.
- PIERIN, A. M. G. **Medidas da pressão arterial no ambulatório pelo cliente, enfermeira e médicos comparados a registros domiciliares**. 1992. 119.p Tese (Doutorado)- Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1992.
- POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos em pesquisa em enfermagem**. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. cap. 12, p. 291-309.
- RABELLO, E. S. et al. Fatores de risco. In: BORE STEIN, M. S. (Org.) **Manual de hipertensão**. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 1999. p. 41-54.
- REIS, M. G. **Hipertensão arterial em adultos hospitalizados: fatores de risco, percepção da doença e qualidade de vida**. 2000. 163p. Tese (Mestrado)- Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 2000.
- RESENDE, M. M. C. **Fatores que dificultam o controle da hipertensão arterial à luz da estrutura conceitual da Teoria de King**. 1998. 116p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1998.
- RIBEIRO, A. B. **Atualização em hipertensão arterial**. São Paulo: Ateneu, 1996. 231p.
- ROUQUAYROL, M. E. **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.
- RUFFINO-NETTO, A. Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia. **Saúde em Debate**, n. 35, p. 63-67, 1992.
- SARQUIS, L. M. M. et al. Adesão ao tratamento da hipertensão arterial: análise de produção científica. **rev. esc. enf. USP.**, v.32, n.4, p. 335-353, dez., 1998.

SANTOS, A. S. Papel da educação em saúde no diabetes, na hipertensão arterial e na 3^a. idade. **Mundo Saúde**, v. 22, p. 20-28, 1998.

SILVA, D. M. G. V. **Desafios e enfrentamentos**: um modelo para a prática de enfermagem para indivíduos em condições crônica de saúde. 1990. Dissertação (Mestrado em Assistência da Enfermagem)- Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 1990.

SOUSA, S. M. A. O cuidar na perspectiva da qualidade de vida do cliente. In: do CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 50., Salvador, 1998. **Anais...** p. 146.

TEIXEIRA, A. C. A. **Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial e seus determinantes em pacientes de ambulatório**. 1998. 113p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Fortaleza, 1998.

TRENTINI, M.; SILVA, D. G. V. Condição crônica de saúde e o processo de ser saudável. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 1, n. 2, p.76-88, 1992.

TRENTINI, M.; SILVA, D. G. V.; LEIMANN, A. H. Mudança no estilo de vida enfrentadas por pacientes em condições crônicas de saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 11, n. 1, p. 18-28, 1990.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1993. 120 p.

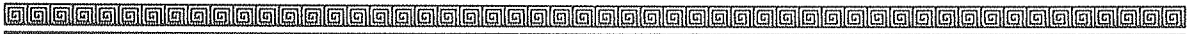
VIJAYALAKSMI, T.; RAZIA, R.; PRAKASAMMA, M. Knowledge and learning needs of clients with hypertension. **Nurs. J. india**, v. 87, n. 4, p. 74-76, Apr. 1997.

WARE, J. E.; SHERBOURNE, C. D. The MOS 36 item Short Form Health Status Survey (SF-36): 1. Conceptual framework and item selection. **Med. Care**, v. 30, n. 6, p. 473-483, 1992.

WORLD Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc. Sci. Med.** v. 10, p. 1403-1409, 1995 .

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Control de la hipertension**. Informe de um Comitte de Expertos de la OMS. Genebra, 1996.

ANEXOS



(ANEXO A)

HIPERTENSÃO ARTERIAL EM ADULTO : PERCEPÇÃO DA DOENÇA E INTERFERÊNCIA NA QUALIDADE DE VIDA.

Entrevista nº _____ Data ____ / ____ / _____

FORMULARIO PARA COLETA DE DADOS

I. PARTE: DADOS RELATIVOS A CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

1. **Idade?:** _____
2. **Sexo:** 1 () Masculino 2 () Feminino
3. **Sua situação conjugal é:**
 - a. () casado(a)) amasiado(a)
 - b. () solteiro(a)
 - c. () viúvo(a)
 - d. () divorciado(a)) separado(a)
4. **Atualmente você mora com quem?**
 - a. () 1 familiar
 - b. () 2 familiares. Qual(ais)? _____
 - c. () 3 ou mais familiares
 - d. () sozinho (a)
5. **Seu grau de escolaridade:**
 - a. () sem escolaridade
 - b. () I Grau incompleto
 - c. () I Grau completo
 - d. () II Grau incompleto
 - e. () II Grau completo
 - f. () superior
6. **Atividade profissional :** _____
7. **Renda familiar (em salários mínimos) é:** _____
8. **Quantos dependentes você tem ?** _____

II- PARTE - DADOS SOBRE QUALIDADE DE VIDA - (SF-36®)

INSTRUÇÕES: Este formulário tem por finalidade avaliar como vai sua saúde. Responda cada questão indicando somente uma resposta, caso tenha dúvida quanto a resposta, indique a que melhor se identifica com você.

1. Em geral você diria que sua saúde está:

- () excelente
- () muito boa
- () boa
- () razoável
- () ruim

2. Comparando a um ano atrás, como você diria que sua saúde em geral está agora:

- () muito melhor agora do que há um ano atrás
- () a mesma coisa que há um ano atrás
- () pior que há um ano atrás
- () muito pior do que há um ano atrás

3. Os próximos itens são a respeito de atividades que você costuma fazer rotineiramente, durante o seu dia. Você acredita que atualmente sua saúde o impede de realizar estas atividades? Caso sua resposta seja sim, quanto a sua saúde restringe suas atividades?

a. **atividades vigorosas**, como correr, erguer objetos pesados ou participar de esportes exaustivos:

- () sim, limita muito
- () sim, limita um pouco
- () não, não limita em nada

b. **moderadas atividades**, como mover uma mesa, passar o aspirador ou varrer vigorosamente, praticar algum esporte:

- () sim, limita muito
- () sim, limita um pouco
- () não, não limita em nada

c. **erguer ou carregar coisas do mercado** (sacola de verduras, legumes e/ou frutas):

- () sim, limita muito
- () sim, limita um pouco
- () não, não limita nada

d. **subir vários lances de escada** :

- () sim, limita muito
- () sim, limita um pouco
- () não, não limita nada

e. **subir um lance de escada**:

- () sim, limita muito
- () sim, limita um pouco
- () não, não limita nada

f. **abaixar-se, ajoelhar-se**:

- () sim, limita muito
- () sim, limita um pouco
- () não, não limita nada

g. **andar mais de uma hora**:

- () sim, limita muito
- () sim, limita um pouco
- () não, não limita nada

h. **caminhar vários quarteirões**:

- () sim, limita muito
- () sim, limita um pouco
- () não, não limita nada

i. **caminhar um quarteirão**:

- () sim, limita muito
- () sim, limita um pouco
- () não, não limita nada

j. **banhar-se ou vestir-se**:

- () sim, limita muito
- () sim, limita um pouco
- () não, não limita nada

3. Durante as 4 últimas semanas, você tem apresentado algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular, como resultado de seu problema de saúde? (escolha somente uma resposta):

a. **reduziu a quantidade de horas que você despense no trabalho ou outras atividades**

- () sim
- () não

b. **Fez menos do que você estaria acostumado a fazer**

- sim não
c. **estava limitado num tipo de trabalho ou outra atividade**
 sim não
d. **tinha dificuldade em realizar o trabalho ou outras atividades (por exemplo, exigia esforço extra como: varrer a casa)**
 sim não

4. Durante as **4 semanas passadas** você apresentou algum destes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular, **como resultado de algum problema emocional.**

a. **reduziu a quantidade de tempo que você despendia no trabalho ou outra atividade:**

- sim não

b. **fez menos coisas do que você gostaria:**

- sim não

c. **não realizou as atividades habituais:**

- sim não

5. Durante as **4 semanas passadas**, quanto seus **problemas de saúde ou emocionais** interferiram em sua vida social com familiares, amigos, vizinhos ou grupos comunitários:

- nada
 insignificamente
 moderadamente
 completamente
 extremamente

6. Quanta **dor** você tem sentido durante as **4 semanas passadas**? (*escolha somente uma resposta*):

- nenhuma
 muito fraca
 fraca
 moderada
 severa
 muito severa

7. Durante as **4 semanas passadas**, quanto a **dor** interferiu em sua vida no trabalho ou fora de casa ou no trabalho doméstico?

- nada
 um pouco
 moderadamente
 completamente
 extremamente

8. Estas questões dizem respeito de como você se sente e como as coisas tem estado com você **durante as 4 semanas passadas**. Para cada questão, por favor dê apenas uma resposta. **Quanto tempo durante as 4 semanas passadas...?** (*escolha somente uma resposta*):

a) **você se sentiu cheio de energia:**

- todo o tempo
 a maior parte do tempo
 uma boa parte do tempo
 alguma parte do tempo
 pouca parte do tempo
 nenhuma parte do tempo

b. **você tem se considerado uma pessoa nervosa:**

- todo o tempo
 a maior parte do tempo
 uma boa parte do tempo

- alguma parte do tempo
 - pouca parte do tempo
 - nenhuma parte do tempo
- c. **você tem estado para "baixo" e nada o alegra:**

- todo o tempo
- a maior parte do tempo
- uma boa parte do tempo
- alguma parte do tempo
- pouca parte do tempo
- nenhuma parte do tempo

d. **você tem se sentido calmo e paciente:**

- todo o tempo
- a maior parte do tempo
- uma boa parte do tempo
- alguma parte do tempo
- pouca parte do tempo
- nenhuma parte do tempo

e. **você tem se sentido cheio de energia:**

- todo o tempo
- a maior parte do tempo
- uma boa parte do tempo
- alguma parte do tempo
- pouca parte do tempo
- nenhuma parte do tempo

f. **você tem se sentido desanimado:**

- todo o tempo
- a maior parte do tempo
- uma boa parte do tempo
- alguma parte do tempo
- pouca parte do tempo
- nenhuma parte do tempo

g. **você tem se sentido um "trapo":**

- todo o tempo
- a maior parte do tempo
- uma boa parte do tempo
- alguma parte do tempo
- pouca parte do tempo
- nenhuma parte do tempo

h. **você tem sido uma pessoa feliz:**

- todo o tempo
- a maior parte do tempo
- uma boa parte do tempo
- alguma parte do tempo
- pouca parte do tempo
- nenhuma parte do tempo

i. **você tem se sentido cansado:**

- todo o tempo
- a maior parte do tempo
- uma boa parte do tempo
- alguma parte do tempo
- pouca parte do tempo
- nenhuma parte do tempo

9. Durante as 4 semanas passadas, quanto tempo você acredita que seus problemas de saúde física e emocional interferiram com suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

- todo o tempo
- a maior parte do tempo
- alguma parte do tempo
- pouca parte do tempo
- nenhuma parte do tempo

10. Por favor, escolha a resposta que melhor descreve quanto verdadeiro ou falso cada uma das seguintes frases é para você: (escolha somente uma resposta):

a. eu pareço adoecer um pouco mais fácil que os outros:

- definitivamente verdadeiro
- maior parte do tempo verdadeiro
- não sei
- maior parte do tempo falso
- definitivamente falso

b. eu estou tão saudável como ninguém que eu conheço:

- definitivamente verdadeiro
- maior parte do tempo verdadeiro
- não sei
- maior parte do tempo falso
- definitivamente falso

c. eu suponho que minha saúde vai piorar

- definitivamente verdadeiro
- maior parte do tempo verdadeiro
- não sei
- maior parte do tempo falso
- definitivamente falso

d. minha saúde é excelente

- definitivamente verdadeiro
- maior parte do tempo verdadeiro
- não sei
- maior parte do tempo falso
- definitivamente falso

III- PARTE: FONTE DE ORIENTAÇÃO SOBRE O TRATAMENTO:

1. Com relação a sua doença, você acredita que ela é:

- a. grave
- b. sem gravidade

2. Com relação ao tratamento, você acredita que?

- a. curável com tratamento
- b. a doença pode ser curada, mesmo sem tratamento
- c. não cura a doença, mais controla

3. Há quanto tempo faz tratamento para hipertensão arterial? _____

(ANEXO B)

RAPPORT P/ COORDENADORA DA SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL III

Prezada coordenadora:

Valho-me do presente para solicitar de V.S.^a, a autorização que se faz necessária para realização de pesquisa, com o objetivo de conhecer qual a percepção que os portadores de hipertensão arterial têm sobre a doença e de que forma esta pode interferir na qualidade de vida.

Gostaria de ressaltar, por oportuno, que será garantido o sigilo das identidades dos entrevistados que se dispuserem a participar da pesquisa e que suas falas serão utilizadas apenas para fins do referido estudo. Destacamos, ainda, que a unidade onde o estudo será realizado não será identificada na divulgação dos resultados, podendo ser descrito somente a área geográfica de sua Secretaria Executiva Regional.

Julgo por bem esclarecer que a pesquisa, em referência, servirá de pré-requisito para obtenção do título de mestre em enfermagem.

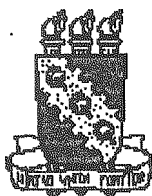
Certa de merecer sua atenção, antecipo meus agradecimentos.

Atenciosamente,

Daniele Mary Silva de Brito
(Enfermeira, Aluna do Mestrado em Enfermagem-UFC)

(ANEXO C)

AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. N° 85/02

Fortaleza, 09 de abril de 2002

Protocolo n° 50/02

Pesquisador responsável: Daniele Mary Silva de Brito

Dept°./Serviço: Departamento de Enfermagem/UFC

Título do Projeto: "Hipertensão arterial em adultos: percepção da doença e interferência na qualidade de vida"

Levamos ao conhecimento de V.S^a. que o Comitê de Ética em Pesquisa e do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução n°196 de 10 de outubro de 1996 e Resolução n° 251 de 07 de agosto de 1997, publicadas no Diário Oficial, em 16 de outubro de 1996 e 23 de setembro de 1997, respectivamente, aprovou o projeto supracitado na reunião do dia 27 de março de 2002.

Atenciosamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Elisabete Amaral de Moraes'.

Dr.ª M.ª Elisabete Amaral de Moraes
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
COMEPE/HUWC/UFC

(ANEXO D)

CARTA DE INFORMAÇÃO

Meu nome é DANIELE MARY SILVA DE BRITO. Sou Enfermeira do Programa Saúde da Família. Atualmente também sou aluna do CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM e estou fazendo uma pesquisa para a minha Dissertação de Mestrado.

Convido o(a) senhor(a) para participar desta pesquisa que tem o título de: Hipertensão Arterial em adultos : percepção da doença e interferência na qualidade de vida. Os participantes serão pacientes que têm pressão alta, que estiverem cadastrados no Programa Saúde da Família, que fazem parte do Programa de hipertensão e diabetes, e que aceitem participar desta pesquisa.

Estou pesquisando sobre pressão alta, também chamada de Hipertensão Arterial, porque existe um grande número de pessoas com esta doença que procuram os serviços de saúde . Estou estudando, para conhecer mais sobre as razões que fazem com que estas pessoas desenvolvam a doença e como vivem as que já são portadoras de pressão alta. Pretendo ainda com este trabalho contribuir para que a enfermagem cuide cada vez melhor dos pacientes com pressão alta como o(a) senhor(a).

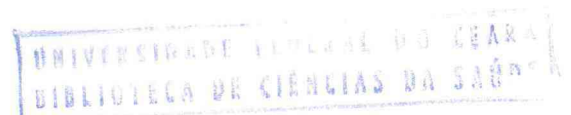
Para conseguir estes dados, farei uma entrevista e preencherei um formulário com as respostas que o(a) senhor(a) me fornecer. Esta entrevista dura em média 20 minutos.

Informo ainda que:

- O(a) senhor(a) tem direito de não participar desta pesquisa, se assim o desejar, sem qualquer prejuízo para seu tratamento.
- Caso o(a) senhor(a) aceite participar, garanto o anonimato e sigilo quanto ao seu nome e quanto as informações prestadas durante a entrevista. Não divulgarei seu nome, nem qualquer informação que possa identificá-lo ou que estejam relacionadas com a sua intimidade.
- Caso o(a) senhor(a) aceite participar, não haverá qualquer prejuízo ou alteração do seu tratamento por causa das informações fornecidas nesta entrevista.
- Caso o(a) senhor(a) tenha aceitado participar, mas por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, resolver desistir, tem toda a liberdade para retirar o seu consentimento.
- Sua colaboração e participação poderá trazer benefícios para o desenvolvimento científico e futuramente para a assistência de enfermagem prestada aqui na Unidade de Saúde e até mesmo em outros Serviços de Saúde.

Por isso, gostaria muito de poder contar com sua valorosa cooperação, a qual desde já agradeço.

Daniele Mary Silva de Brito.



(ANEXO E)

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu, _____, declaro que tomei conhecimento sobre o teor da CARTA DE INFORMAÇÕES, referente à pesquisa "Hipertensão Arterial em adulto : percepção da doença e interferência na qualidade de vida", da mestranda DANIELE MARY SILVA DE BRITO.

Desta forma, consinto em participar deste estudo.

_____ de _____ de _____

Assinatura do participante

Testemunha

(ANEXO F)

TABELA 15

Comparação entre a percepção do paciente sobre a gravidade da doença, segundo a Evolução do Estado de Saúde. Fortaleza, 2003.

Evolução do estado de saúde	Percepção da gravidade da doença			
	sem gravidade		grave	
	n	%	n	%
muito melhor agora do que há um ano atrás	1	5,0	15	16,1
a mesma coisa que há um ano atrás	7	35,0	22	23,7
pior que há um ano atrás	6	30,0	16	17,2
muito pior do que há um ano atrás	6	30,0	40	43,0
Total	20	100,0	93	100,0

p=0,207 (Teste da razão de verossimilhança gl=3)

TABELA 16

Comparação entre a percepção do paciente sobre a cura da doença, segundo a Evolução do Estado de Saúde. Fortaleza, 2003.

Evolução do estado de saúde	Percepção da cura da doença			
	Curável		Não curável	
	n	%	n	%
muito melhor agora do que há um ano atrás	2	9,1	14	15,4
a mesma coisa que há um ano atrás	6	27,3	23	25,3
pior que há um ano atrás	4	18,2	18	19,8
muito pior do que há um ano atrás	10	45,5	36	39,4
Total	22	100,0	91	100,0

p=0,862 (Teste da razão de verossimilhança gl=3)

(ANEXO G)

TABELA 17

Comparação entre a percepção do paciente sobre a gravidade da doença, segundo situação familiar. Fortaleza, 2003.

Situação familiar	Percepção da gravidade da doença			
	sem gravidade		grave	
	n	%	n	%
Não mora só	18	90,0	87	93,5
Mora só	2	10,0	6	6,5
Total	20	100,0	93	100,0

p=0,630 (Teste Exato de Fisher)

TABELA 18

Comparação entre a percepção do paciente sobre a cura da doença, segundo situação familiar. Fortaleza, 2003.

Situação familiar	Percepção da cura da doença			
	Curável		Não curável	
	n	%	n	%
Não mora só	21	95,5	84	92,3
Mora só	1	4,5	7	7,7
Total	22	100,0	91	100,0

p=1,000 (Teste Exato de Fisher)

TABELA 19

Comparação entre a percepção do paciente sobre a gravidade da doença, segundo a situação funcional. Fortaleza, 2003.

Atividade	Percepção da gravidade da doença			
	sem gravidade		grave	
	n	%	n	%
Do lar	11	55,0	60	64,5
Outra atividade	9	45,0	33	35,5
Total	20	100,0	93	100,0

p=0,452 (Teste Exato de Fisher)

TABELA 20

Comparação entre a percepção do paciente sobre a cura da doença, segundo a situação funcional. Fortaleza, 2003.

Atividade	Percepção da cura da doença			
	Curável		Não curável	
	n	%	n	%
Do lar	14	63,6	57	62,6
Outra atividade	8	36,4	34	37,4
Total	22	100,0	91	100,0

p=1,000 (Teste Exato de Fisher)

(ANEXO H)

Os escores dos itens de cada domínio foram somados, os quais correspondiam as respostas dos entrevistados. Por exemplo, considerando a escala Saúde Mental (SM), foram somados os escores correspondentes as respostas dos 113 pacientes aos itens 9b, 9c, 9d, 9f e 9h, (para cada item uma resposta), perfazendo 556 respostas. Na seqüência, tendo os "n" determinados, os respectivos percentuais foram calculados. Desta forma, alcançou-se uma adequação linear, isto é, um alinhamento de valores em todas as questões.

Apresenta-se a seguir a Figura que demonstra os itens e seus respectivos valores do MOS SF-36.

DOMÍNIOS	Nº. DE ITENS	ITENS SOMADOS	VALOR MÍNIMO POSSÍVEL	VALOR MÁXIMO POSSÍVEL
CF	10	3a+3b+3c+3d+3e+ 3f+3g+3h+3i+3j	10	30
DF	4	4a+4b+4c+4d	4	8
DR	2	7+8	2	11
GS	5	1+11a+11b+11c+11d	5	25
VT	4	9a+9e+9g+9i	4	24
AS	2	6+10	2	10
AE	3	5a+5b+5c+	3	6
SM	5	9b+9c+9d+9f+9h	5	30

Utilizando-se os valores mínimos e máximos possíveis, para cada item foi calculado o valor transformado, aplicando-se a fórmula:

$$Y_{ij} = \frac{X_{ij} - \min_j}{\max_j - \min_j} \times 100, \text{ onde:}$$

i = 1,2,3,.....,113 (índice do paciente)

j = CF, DF, GS,..... (cada uma das escalas)

Y_{ij} = valor transformado do paciente i , escala j

X_{ij} = valor da escala j , do paciente i

$\min j$ = valor mínimo possível

$\max j$ = valor máximo possível para a escala j