



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC
FACULDADE DE MEDICINA – *CAMPUS* SOBRAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

GERMANA CELY MEDEIROS DE SOUZA MUNIZ

**QUALIDADE DE VIDA E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM
RETRATO DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO E DIABETES**

SOBRAL - CE

2017

GERMANA CELY MEDEIROS DE SOUZA MUNIZ

**QUALIDADE DE VIDA E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM
RETRATO DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO E DIABETES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, Campus Sobral, para obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Francisco Plácido Arcanjo
Nogueira

SOBRAL - CE

2017

FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

M935q Muniz, Germana Cely Medeiros de Souza.
QUALIDADE DE VIDA E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM RETRATO DE PESSOAS COM
HIPERTENSÃO E DIABETES / Germana Cely Medeiros de Souza Muniz. – 2017.
78 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, Programa de Pós-Graduação
em Saúde da Família, Sobral, 2017.

Orientação: Prof. Dr. FRANCISCO PLÁCIDO NOGUEIRA ARCANJO.

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

CDD 610

GERMANA CELY MEDEIROS DE SOUZA MUNIZ

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, Campus Sobral, para obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família.
Orientador: Prof. Dr. Francisco Plácido Nogueira Arcanjo

Aprovado em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Francisco Plácido Nogueira Arcanjo (Orientador)
Universidade Federal Ceará (UFC)

Prof. Dr. Paulo Roberto Santos (Examinador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^a. Dra. Lissiane Magna Vasconcelos (Examinadora)
Universidade Federal do Ceará

A minha amada avó Maria Aurina de Oliveira (*in memória*), pessoa que me ensinou sobre a vida e o amor. Hoje, meu anjo, que cuida junto de Deus para que eu siga forte e perseverante minha trajetória em busca da presença do Pai e da concretização dos sonhos que ele escolheu para mim.

AGRADECIMENTOS

À Deus que sempre foi um pai fiel e cuidadosa com essa serva que tem recebido muito além do que imaginei. Quero te servir pelo resto dos meus dias, Pai maravilhoso!

Ao meu esposo, Cristhian Farias Ferreira Muniz, que divide comigo a vida e os desafios. Obrigada, meu amor, pelo apoio, por ser meu incentivador e, claro, por toda paciência, sabemos que não foi fácil, mas Deus nos honrou e honrará muito mais.

À família (pais, irmã e sobrinha) que sonharam comigo esse sonho de seguir a vida acadêmica, que torcem e oram para que eu vença as batalhas da vida. Amo vocês!

Ao meu orientador, Professor Plácido, pela simplicidade e ter estado sempre disponível a acolher minhas angústias e desejos para construção do nosso projeto. Tenho admiração e gratidão pelo ser humano que és. Muito obrigada por tudo!

À professora Adelane Monteiro pela amizade, trocas e também por ter sido alguém que me ajudou muito nesta trajetória. Deus cuida de mim por intermédio de você!

As alunas, Ana Jéssyka Campos, Iana Linhares e Jéssica Feitosa do curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú por terem contribuído com a coleta de dados e em outros momentos da pesquisa, sem vocês teria sido muito mais difícil. Obrigada!

Aos profissionais do Centro de Saúde da Família Novo Recanto que possibilitaram que esse projeto se concretizasse, em especial aos Agentes Comunitários de Saúde na pessoa da Claudineide que tanto ajudou e se doou como uma verdadeira parceira. Gratidão eterna a essa equipe maravilhosa!

Aos usuários que participaram da pesquisa, como mudaram meu olhar em relação ao cuidado de pessoas com doenças crônicas, como me afetaram com seus depoimentos que estavam fora do script, sem vocês nada teria sido possível, que combustível e afetações para uma longa jornada de contribuições que pretendo ainda realizar para esse público tão necessitado de visibilidade nas políticas públicas. Espero ter contribuído e gerado valor nessa viagem com vocês, muito obrigada!

As residentes da Escola de Formação em Saúde da Família Antônia Brito, Larissa Alves e Lyssraiane que também contribuíram no processo de coleta, de trajetória e caminhada na Estratégia Saúde da Família. Obrigada!

Aos amigos da Turma 6 do nosso querido Mestrado Acadêmico em Saúde da Família (MASF), em especial a Karina, Lielma e Natália pela amizade e companheirismo nesses dois anos. Meninas, minha admiração e carinho por vocês é grande! Espero que nos encontremos pelos doutorados da vida... se Deus quiser!

À minha banca, queridos professores Paulo e Lissiana, grata por todas as contribuições, disponibilidade e dividirem comigo um momento tão importante. Muito Obrigada!

Nada que se constrói e realiza neste mundo sozinho. Meus sinceros agradecimentos a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste sonho gestado deste a formação acadêmica, enfim mestre!

*Consagre ao Senhor tudo o que
faz, e o seus planos serão bem
sucedidos.*

Provérbios 16:3

MUNIZ, Germana Cely Medeiros de Souza. Qualidade de Vida e Estratégia Saúde da Família: Um retrato de pessoas com hipertensão e diabetes. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) Universidade Federal do Ceará, Sobral, 2017.

RESUMO

O Brasil, desde a década de 60, tem passado por processos de transições demográfica, epidemiológica e nutricional, o que levou a elevação das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). A Organização Mundial de Saúde estima que em 2030 quase 23,6 milhões de pessoas morrerão de doenças cardiovasculares. Dentre as DCNT, estão a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus que são importantes causas direta ou participantes da morbimortalidade por doenças cardiovasculares. Muitos estudos têm sido desenvolvidos evidenciando vários aspectos relacionados a essas duas condições crônicas e seus impactos na saúde dos indivíduos. Dentre esses estudos, a avaliação da *Qualidade de vida relacionada à saúde* (QVRS) vem ganhando espaço e demonstrando ser um importante indicador de saúde e bem-estar das pessoas. Conhecer o perfil das populações com essas doenças crônicas, com foco, também, da influência das mesmas na qualidade de vida pode ampliar o entendimento dos profissionais quanto ao processo saúde-doença dessas doenças e os impactos das mesmas na vida dos indivíduos acometidos. Logo, o objetivo do presente estudo analisar o perfil da qualidade de vida de pessoas com hipertensão e diabetes, e verificar a correlação entre grupos controlados e não controlados em um Centro de Saúde da Família em Sobral, Ce. **Metodologia:** Trata-se de estudo observacional transversal, descritivo, de abordagem quantitativa, realizados no período de janeiro a maio de 2017, com 110 pessoas com hipertensão e/ou diabetes cadastradas no CSF Novo Recanto, em Sobral – Ceará. Os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada no próprio CSF e/ou no domicílio, onde foram aplicados os instrumentos Medical Outcomes Study Questionare 36-Item Short Form Health Survey (SF-36) e o questionário sociodemográfico e de variáveis clínicas, bem como mensuração da pressão arterial, peso, altura e Hemoglobina Glicada. Para análise trabalhou-se inicialmente com a análise estatística descritiva e em seguida feita a análise de variância (ANOVA) com $p < 0,05$. O estudo teve parecer favorável pelo comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, com CAAE de número 1.811.921. **Resultados:** Em relação as médias das pontuações referentes à QVRS nas dimensões do SF-36 foram por ordem de classificação: 74,4 para aspectos sociais, 61,4 para limitação por aspectos emocionais, 61,4 para saúde mental, 54,6 para aspectos físicos, 53,7 no que se refere a limitação a vitalidade, 52,5 para capacidade funcional, 48,5 para dimensão nomeada dor e 44,5 para o estado geral de saúde. Foi verificado diferença entre varável dependente pressão arterial alterada e não controlada em relação a qualidade de vida, estando aqueles com pressão arterial não alterada com índices de QVRS melhores. Entende-se que conhecer o perfil sociodemográfico e os domínios da QVRS possibilitam obter subsídios para discussão, diagnóstico da população e construção de planos terapêuticos e intervenções mais amplas, como as de promoção da saúde voltadas para esse público.

Palavras-Chaves: Qualidade de Vida; Hipertensão; Diabetes;

MUNIZ, Germana Cely Medeiros de Souza. Quality of Life and Family Health Strategy: A portrait of people with hypertension and diabetes. Dissertation (Master in Family Health) Federal University of Ceará, Sobral, 2017.

ABSTRACT

Since the 1960s, Brazil has undergone demographic, epidemiological and nutritional transitions, which has led to a rise in Chronic Noncommunicable Diseases (DCNT). The World Health Organization estimates that by 2030 almost 23.6 million people will die from cardiovascular disease. Among the NCDs are Systemic Arterial Hypertension (HSH) and Diabetes Mellitus, which are important direct causes or participants of morbidity and mortality due to cardiovascular diseases. Many studies have been developed evidencing several aspects related to these two chronic conditions and their impacts on the health of individuals. Among these studies, the evaluation of Health-Related Quality of Life (HRQoL) has been gaining ground and proving to be an important indicator of people's health and well-being. Knowing the profile of populations with these chronic diseases, also focusing on their influence on quality of life, can broaden the professionals' understanding of the health-disease process of these diseases and their impact on the lives of the individuals affected. Therefore, the objective of the present study was to analyze the quality of life profile of people with hypertension and diabetes, and to verify the correlation between controlled and uncontrolled groups in a Family Health Center in Sobral, Ce. Methodology: This is a cross-sectional, descriptive, quantitative study, carried out from January to May 2017, with 110 people with hypertension and / or diabetes enrolled in the Novo Recanto CSF in Sobral, Ceará. The data were collected through a semi-structured interview at the CSF and / or at home, where the Medical Outcomes Study Questionnaire 36-Item Short Form Health Survey (SF-36) and the sociodemographic and clinical variables questionnaire were applied, as well as measurement of blood pressure, weight, height and glycated hemoglobin. For analysis, we initially worked with the descriptive statistical analysis and then performed analysis of variance (ANOVA) with $p < 0.05$. The study was approved by the Ethics and Research Committee of the Vale do Acaraú State University, with CAAE number 1.811.921. RESULTS: The mean scores of the HRQoL in the SF-36 dimensions were in order of classification: 74.4 for social aspects, 61.4 for limitation for emotional aspects, 61.4 for mental health, 54.6 for physical aspects, 53.7 with regard to limitation of vitality, 52.5 for functional capacity, 48.5 for dimension named pain and 44.5 for general health. It was verified difference between variable dependent altered and uncontrolled blood pressure in relation to quality of life, being those with unchanged blood pressure with better HRQoL indexes. It is understood that knowing the sociodemographic profile and the domains of the HRQoL make it possible to obtain subsidies for discussion, diagnosis of the population and construction of therapeutic plans and broader interventions, such as those for health promotion aimed at this public.

Key-words: Quality of Life; Hypertension; Diabetes;

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas e clínicos dos sujeitos do estudo

Tabela 2 – Resultados dos valores mínimos, máximos, médios e respectivos desvio padrão para cada um dos domínios do SF-36

Tabela 3 – Qualidade de Vida e Pressão Arterial

Tabela 4 – Qualidade de Vida e Obesidade

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis.
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
DM	Diabetes Mellitus
SUS	Sistema Único de Saúde
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
SF-36	Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey
PIB	Produto Interno Bruto
AVE	Acidentes Vasculares Encefálicos
SES	Secretarias Estaduais de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
DCV	Doença Cardiovascular
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
CID -10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
VIGITEL Telefônico	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
AB	Atenção Básica AB
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
CSF	Centro de Saúde da Família
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
IMC	Índice de Massa Corpórea
CNS	Conselho Nacional de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde

IRC	Insuficiência Renal Crônica
VD	Visitas Domiciliares
SM	Salário Mínimo
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
CRES	Centro de Referência de Especialidades e Serviços

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS	19
2.1 Objetivo Geral	19
2.2 Objetivo Específico	19
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	20
3.1 DCNT no cenário mundial	20
3.2 DCNT no Brasil e as estratégias e políticas públicas	23
3.3 Duas doenças crônicas e os desafios para a saúde pública	26
3.3.1 Hipertensão Arterial Sistêmica	26
3.3.2 Diabetes Mellitus	28
3.4 Qualidade de vida e suas implicações para atenção à saúde	29
3.4.1 Instrumentos de medida da Qualidade de vida	34
4 METODOLOGIA	35
4.1 Tipo do Estudo	35
4.2 Cenário do Estudo	35
4.3 População do Estudo	37
4.4 Coleta de Dados	37
4.5 Variáveis do Estudo	38
4.6 Processamento e análise dos dados	38
4.7 Aspectos Éticos	38
5 RESULTADOS	40
5.1 Caracterização da amostra	40
5.2 Caracterização da amostra segundo os domínios da QVRS	41
5.3 Análise estatística em grupo de pessoas com PA controlada e não controlada	42
5.4 Análise estatística da amostra entre pessoas obesas e não obesas	43
6 DISCUSSÃO	44
6.1 Determinação Social no processo saúde/doença das condições crônicas	44
6.2 Perfil clínico: Aspectos relevantes junto à população estudada	48
6.3 QVRS: aspectos a serem refletidos no contexto da Estratégia Saúde da Família	51
6.4 HAS não controlada: um mal silencioso que compromete a QVRS	54
6.5 Obesidade: um fator de risco em ascensão na população em estudo	55
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
7 REFERENCIAS	58

APÊNDICES

ANEXOS

1 INTRODUÇÃO

O Brasil, desde a década de 60, tem passado por transições demográfica, epidemiológica e nutricional, o que levou a elevação da prevalência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Esses agravos são responsáveis, atualmente, pela principal causa de morte no mundo. Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), as DCNT, são responsáveis por 58,5% de todas as mortes e por 45,9% da carga global de doença constituindo um sério problema de saúde pública (BRASIL, 2011).

De acordo com os dados apresentados pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), no ano de 2013, 57,4 milhões de brasileiros apresentam pelo menos uma DCNT. As doenças listadas são responsáveis por mais de 72% das causas de mortes no Brasil (CEBES, 2014). Dentre as DCNT, estão a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM), que são importantes causas direta ou participantes da morbimortalidade por doenças cardiovasculares (SANTA HELENA, NEMES E ELUF NETO, 2010). A OMS estima que em 2030 quase 23,6 milhões de pessoas morrerão de doenças cardiovasculares (OMS, 2011).

Além disso, a carga econômica dessas doenças produz elevados custos para os sistemas de saúde e da previdência social, devido à mortalidade e invalidez precoces, e, sobretudo, para a sociedade, as famílias e as pessoas portadoras dessas condições crônicas. O Diabetes Mellitus (DM) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) atingem, respectivamente, 6,3% e 23,3% dos adultos brasileiros (BRASIL, 2011a). No Brasil, essas doenças representam a primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, sendo apontadas como responsáveis por mais da metade dos diagnósticos primários em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro (OPAS, 2010).

O DM e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) são responsáveis pela primeira causa de mortalidade, estando relacionado as doenças cardiovasculares, e de hospitalizações no SUS e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise (SCHMIDT; DUNCAN; STEVENS et al., 2009; SCHMIDT et al., 2011; ROSA, 2008).

A Organização Mundial da Saúde afirma que grande parte do impacto ocasionado pela HAS e DM poderia ser evitado com uma melhor compreensão da magnitude do problema, por meio de intervenções efetivas que trabalhassem a promoção da saúde e a prevenção dos fatores de risco, sendo os que mais relacionados às DCNT: tabagismo, dieta inadequada, inatividade física e uso nocivo de álcool (WHO, 2011).

Estudos desenvolvidos na área da saúde evidenciam vários aspectos relacionados a essas duas condições crônicas e seus impactos, tanto em relação aos indivíduos acometidos por hipertensão e diabetes, bem como a atuação profissional em todos os níveis de atenção, cuidando dos indivíduos com essas cronicidades. Dentre esses estudos, a avaliação e/ou descrição da Qualidade de Vida vem ganhando espaço e demonstrando-se como um importante indicador de saúde e bem-estar das pessoas com hipertensão e diabetes que possibilita uma compreensão mais ampliada do processo saúde-doença e, também, direcionamento mais efetivo das ações em saúde.

Segundo Almeida, Gutierrez e Marques (2012) a crescente preocupação com questões relacionadas à qualidade de vida veio de um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida.

Fatores psicossociais como dor, apreensão, restrição de mobilidade, déficit nas relações sociais e comprometimento na saúde mental são componentes importantes para o entendimento e consequente descrição do processo saúde-doença desses indivíduos. Logo, as pesquisas de qualidade de vida englobam, além da morbidade clínica causada diretamente pelo estado de doença, as influências da doença e das terapêuticas sobre as atividades cotidianas e satisfação de viver (SANTOS, 2005).

Embora o termo Qualidade de Vida esteja presente nas discussões em diferentes áreas da ciência, no âmbito da saúde, ele se faz presente cada vez mais, ampliando a compreensão em relação as necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais, tendo seu foco na Promoção da Saúde. Porém, também se observe que algumas abordagens utilizam um olhar de forma mais centrada na patologia e suas consequências na rotina diária, por meio termo *Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS)*. O conceito de QVRS busca especificar o estudo para os fatores intimamente ligados à condição física, psíquica e social do indivíduo que se encontra em alguma condição de adoecimento (MINAYO, HARTZ e BUSS, 2000).

O acometimento por uma DCNT interfere na vida das pessoas de diversas maneiras, configurando-se de forma complexa e sobre os diferentes aspectos de sua existência. Logo, afeta diretamente a sua Qualidade de Vida, impactando no seu viver com a doença e também na rotina do dia-a-dia. Por isso, há um interesse em estudar e compreender melhor esses impactos ocasionados pelas doenças crônicas sobre a vida humana, seja de forma individual ou coletiva, nos diferentes grupos sociais e culturais, e em diferentes patologias (REGO, 2011).

Doenças como HAS e DM impõem, necessariamente, rearranjos e organização de rotinas, e, em algumas vezes, mudança de estilos de vida e adaptações frente a cumprir planos de cuidado e metas de saúde a alcançar, reverberando na Qualidade de Vida. Assim, os estudos que tratam da QV se propõem a avaliar aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais, espirituais (REGO, 2011).

No presente estudo, será utilizado o termo *Qualidade de Vida Relacionada à Saúde* (QVRS) e sua definição basea-se na perspectiva teórica de que a avaliação da QVRS tem como foco principal a enfermidade ou condição crônica no indivíduo, além de seus sintomas, mas, também, sua interferência na vida diária do indivíduo, as associações das características sociodemográficas e clínicas com as medidas da QVRS.

Assim, a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) atribui valor à duração da vida, considerando as limitações físicas, psicológicas, sociais, a influência da doença e de seu tratamento e outros agravos (BUSS, 2000). Assim, o enfrentamento da hipertensão e do diabetes, configuram-se em um desafio para a saúde pública, considerando que essas doenças têm um forte impacto na qualidade de vida dos indivíduos afetados, causam morte prematura e geram grandes e subestimados efeitos econômicos adversos para as famílias, comunidades e sociedade em geral (SCHMDT *et al.*, 2009).

Entende-se que a análise da Qualidade de vida aborda uma representação social criada a partir de parâmetros subjetivos (bem-estar, felicidade, amor, prazer, realização pessoal) e objetivos, cujas referências são a satisfação das necessidades básicas e das necessidades criadas pelo grau de desenvolvimento econômico e social de determinada sociedade (ALMEIDA, GUITIERREZ E MARQUES, 2012)

Então, avaliar a qualidade de vida é essencial para o diagnóstico da população, discussão da realidade estudada, formulação de estratégias e implementação de intervenções de cuidado as pessoas com hipertensão e diabetes na Estratégia Saúde da Família. Logo, torna-se necessário identificar quais fatores interferem na QV, para que as ações sejam mais centradas nas necessidades de cada indivíduo, reverberando em resultados que possam gerar mais impactos efetivos na vida dos indivíduos e acompanhamento pelos profissionais de saúde produzam valor de sentido e vínculo nos itinerários de cuidado.

Cuidar requer mais proximidade, acuraria e monitoramento. As medidas de QV não são estáveis, a todo momento elas podem ser modificadas, impactando positiva ou negativamente a vida dos indivíduos. A Atenção Primária, no caso brasileiro, mais especificamente com a Estratégia Saúde da Família, é o local em que esse acompanhamento pode ser realizado de maneira mais concreta. A figura de uma equipe de referência,

responsável pelo cuidado de uma população adscrita traz no seu cerne conceitos estratégicos, como acolhimento, vínculo e integralidade que transpõe a lógica de apenas tratar de da condição crônica, na verdade serão necessários muitos encontros de cuidado e pactuações para que os planos terapêuticos obtenham êxito.

Logo, buscar conhecer o perfil de determinadas populações se configura como de extrema importância para o entendimento da situação em que se encontram os indivíduos com hipertensão e diabetes acompanhados na Estratégia Saúde da Família (ESF), e a QV traz também nuances coerentes para essa compreensão, possibilitando, assim, o planejamento das ações de saúde local, tendo como base as reais necessidades de saúde dos indivíduos, bem como os fatores impeditivos para a sua qualidade de vida.

Além disso, os resultados desses estudos servem como indicadores reflexivos no julgamento clínico dessas condições crônicas, a fim de se conhecer o impacto da doença sobre as atividades diárias e os contextos de vida dos indivíduos. E, principalmente, ponto de partida para construção de intervenções na Estratégia Saúde da Família para esse público, e, também, políticas públicas que logrem para as melhorias de vida dos indivíduos.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o perfil da qualidade de vida de pessoas com hipertensão e diabetes, e verificar a correlação entre grupos controlados e não controlados em um Centro de Saúde da Família em Sobral, Ce.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar a população estudada quanto às variáveis sociodemográficas e clínicas;

Quantificar os valores em relação a cada domínio do instrumento Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey (SF-36).

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO CENÁRIO MUNDIAL

Tradicionalmente trabalha-se em saúde com uma divisão entre doenças transmissíveis e doenças crônicas não transmissíveis. Essa tipologia, talhada na perspectiva da etiopatogenia, é largamente utilizada, em especial, pela epidemiologia (MENDES, 2012). Hoje há também as nomenclaturas, condições agudas e condições crônicas, definições essas ainda pouco usadas no meio científico, mas que implicam uma definição mais adequada dos fenômenos tidos como crônicos, que não precisam ser exatamente doenças, muito embora neste estudo iremos trabalhar com a denominação ainda de doença crônica.

As doenças que integram o escopo de condições crônicas de saúde se caracterizam, de maneira geral, por não apresentarem caráter infeccioso e, de um ponto de vista temporal, por não serem agudas. Desta forma, as DCNT - ou doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas – têm repercutido em elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida e ocasionado impactos econômicos negativos para famílias, indivíduos, previdência social, sistema de saúde e a sociedade em geral. As doenças crônicas se caracterizam por apresentar início e evolução paulatina, com diferentes causalidades que apresentam variação no tempo: hereditariedade, estilos de vida, exposição a fatores ambientais e fisiológicos (MENDES, 2011).

Além disso, levam a uma pluralidade de sintomas e à perda da capacidade funcional. Conforme destaca Mendes (2011) há um encadeamento de sintomas, um correlacionado ao outro: “uma condição crônica leva a tensão muscular que leva a dor que leva a estresse e ansiedade que leva a problemas emocionais que leva a depressão que leva a fadiga que leva a condição crônica” (LORIG et al. 2006, apud MENDES, 2011, p.26).

Destarte, a título de síntese, poder-se-ia considerar que

[...] as doenças crônicas compõem o conjunto de condições crônicas. Em geral, estão relacionadas a causas múltiplas, são caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. Apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades. Requerem intervenções [...] associadas a mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que nem sempre leva à cura (BRASIL, 2012, p. 07)
(recuar a direita)

As doenças crônicas estão relacionadas a causas múltiplas, são caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração.

Apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudizações, podendo gerar incapacidades. Requerem intervenções com o uso de tecnologias leves, leve duras e duras, associadas a mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que nem sempre leva à cura (BRASIL, 2012).

Ao contrário da maioria das doenças transmissíveis agudas nas quais, em geral, pode-se esperar uma recuperação adequada, as doenças crônicas levam a mais sintomas e à perda de capacidade funcional em alguns casos. Cada sintoma pode levar a outros, num ciclo vicioso dos sintomas: doença crônica leva a tensão muscular que leva a dor que leva a estresse e ansiedade que leva a problemas emocionais que leva a depressão que leva a fadiga que realimenta a doença crônica (MENDES, 2012).

Estima-se que em 2030, oito de cada dez das principais causas de disfunção estejam relacionadas às DCNT, sendo este o retrato de um dos principais problemas de saúde do século XXI. Além dos números alarmantes das DCNT e seu impacto na saúde, há a previsão de aumento destes números, especificamente nos países pobres e/ou em desenvolvimento como o Brasil (WHO, 2010).

Nenhum país está a salvo da pressão exercida sobre seus sistemas de saúde, tanto pelo envelhecimento da população quanto pelo impacto das DCNT. Além disso, as DCNT têm graves repercussões no desenvolvimento econômico e comportam-se como um sério obstáculo para os esforços internacionais de redução da pobreza. Para os governos calcula-se que somente as cardiopatias, os acidentes cerebrovasculares e a diabetes reduzem o Produto Interno Bruto (PIB) entre 1% e 5% a cada ano em países em desenvolvimento em rápido crescimento econômico (WHO, 2010).

Neste cenário de incertezas e necessidades de medidas para o melhorar a assistência as DCNT, com enfoque na melhoria do estilo de vida o *Action Plan* (2008-2013) da OMS aponta seis objetivos para que os países possam trabalhar em cooperação no enfrentamento das DCNT, lançando uma rede coordenada de respostas intersetoriais, como proposto (WHO, 2009):

1. Elevar a prioridade das DCNT como marco das atividades de desenvolvimento no plano mundial e nacional e integrar a prevenção e controle dessas enfermidades em políticas de todos os departamentos governamentais.
2. Estabelecer e fortalecer políticas e planos nacionais de prevenção e controle das DCNT.
3. Fomentar intervenções para reduzir os principais fatores de risco comuns e comportamentais (modificáveis) das DCNT: tabagismo, dieta inadequada, inatividade física, uso nocivo de álcool.

4. Fomentar a investigação sobre formas de prevenção e controle das DCNT.
5. Fomentar alianças para a prevenção e controle das DCNT.
6. Realizar um acompanhamento das DCNT e seus determinantes e avaliar os progressos nos âmbitos nacional, regional e mundial.

Além disso, outros movimentos, mais voltados para atuação profissional/equipe foram sendo criados e testados para melhorar os indicadores em relação às DCNT. A OMS aponta fortes evidências de sucesso no enfrentamento das DCNT também com as seguintes intervenções: nutrição saudável no ambiente escolar, aconselhamento nutricional no cuidado em saúde, protocolos nacionais de atividade física, programas de atividade física nas escolas para crianças, programas de atividade física e dieta saudável nos locais de trabalho, programas de atividade física e dieta saudável nas comunidades, concepção de ambientes construídos que promovam atividade física (WHO, 2011).

Evidências de países ricos mostram que intervenções individuais para as pessoas já portadoras de DCNT ou de alto risco para seu desenvolvimento podem ser muito eficazes e geralmente também é custo-efetivas. Porém, quando combinadas, sinérgicas e convergentes, as intervenções comunitárias podem salvar milhões de vidas e reduzir consideravelmente o sofrimento humano pelas DCNT (ALWAN, 2010 *apud* MENDES, 2012).

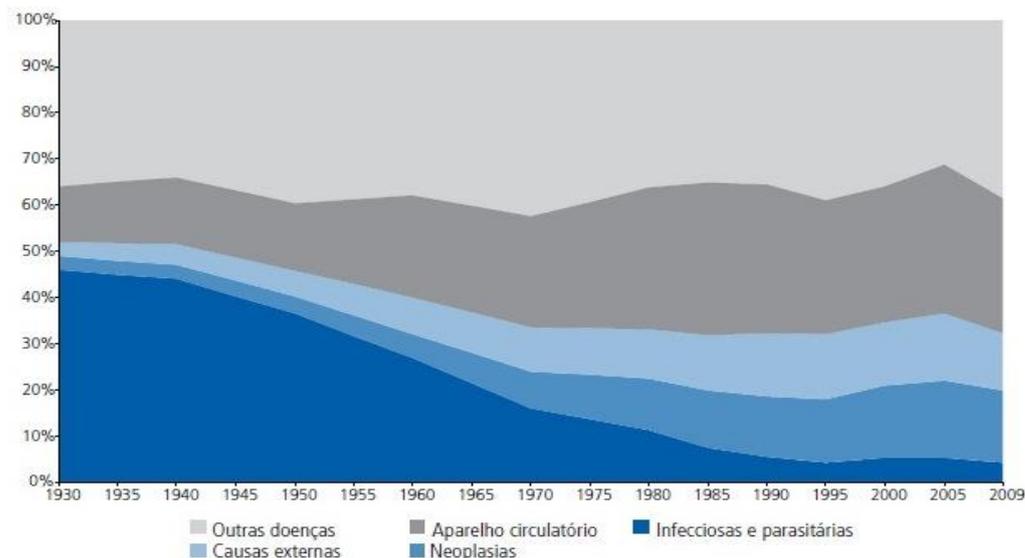
Em 2011, a reunião realizada em Nova York com os chefes de Estado de vários países, inclusive Brasil, tornou-se um marco histórico e estratégico, pela alta prioridade política dedicada à necessidade de uma resposta global aos desafios postos pelas DCNT. A reunião resultou em uma declaração política, na qual os países-membros comprometeram-se a trabalhar para deter o crescimento das DCNT com ações de prevenção dos seus principais fatores de risco e garantia de atenção adequada à saúde dos pacientes. Bem como, a inclusão de metas como um dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (BRASIL, 2011).

Contudo, observa-se que a maioria dos modelos assistenciais, tanto de países desenvolvidos como dos países em desenvolvimento como o Brasil, ainda oferecem respostas reativas e episódicas no cuidado com os portadores de doenças crônicas, mesmo demonstrando pouca resolutividade nas DCNT e permanecendo o aumento das internações por causas sensíveis, altos números de eventos cardiovasculares e Acidentes Vasculares Encefálicos (AVE).

3.2 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISÍVEIS NO BRASIL E AS ESTRATÉGIAS E POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS A SEU ENFRENTAMENTO

Em 1930, as doenças infecciosas respondiam por cerca de 46% das mortes em capitais brasileiras. Este cenário epidemiológico foi sendo modificado gradativamente, sendo que em 2003 essas doenças responderam apenas por cerca de 5% (Barbosa, 2003). Por outro lado, as doenças cardiovasculares, que representavam apenas 12% na década de 30, são, atualmente, as principais causas de morte em todas as regiões brasileiras, respondendo por quase um terço dos óbitos. Em segundo lugar, seguem-se os cânceres e, em terceiro, as mortes ocasionadas por acidentes e violência (BRASIL, 2012).

Gráfico 1: Evolução da mortalidade proporcional, segundo causas, Brasil, 1930 a 2009.



Fonte: Malta, 2009

Dados mais recentes afirmam que a predominância relativa das mortes por doenças crônicas manifesta-se em todas as regiões do País da seguinte forma: 65,3% no Norte, 74,4% no Nordeste, 69,5% no Centro-Oeste, 75,6% no Sudeste e 78,5% no Sul (BRASIL, 2015).

A situação epidemiológica brasileira traz consigo uma epidemia oculta, a das doenças crônicas. A taxa de mortalidade padronizada por idade por doenças crônicas no Brasil, em pessoas de 30 anos ou mais, é de 600 mortes por cem mil habitantes, o que representa o dobro da taxa do Canadá e 1,5 vezes a taxa do Reino Unido (MENDES, 2012). Como consequência, estima-se que morram, a cada dia, no Brasil, mais de 450 pessoas, somente em decorrência de infartos agudos do miocárdio e acidentes vasculares encefálicos (SCHMIDT et al., 2011).

De acordo com Schmidt et al (2011), a carga das DCNT se torna mais expressiva em países de baixa e média renda. No Brasil, em 2007, 72% das mortes foram atribuídas às doenças crônicas não transmissíveis como diabetes, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, câncer, etc, 10% às doenças infecciosas e parasitárias e 5% aos distúrbios de saúde materno-infantis; evidenciando a especificidade das doenças crônicas como um “problema de saúde global e uma ameaça à saúde e ao desenvolvimento humano” (SCHMIDT et al, 2011, p.61).

Refletindo o crescimento das doenças crônicas, observam-se elevados custos e gastos com hospitalizações, tratamentos, aposentadorias precoces por invalidez ou incapacidade. São aspectos que impactam em gastos sociais no âmbito das políticas que compõem o tripé da seguridade social. Harb (2011) destaca que os gastos no Brasil com doenças crônicas, em 2005, alcançaram a margem de 2,7 bilhões de dólares. Por serem geralmente doenças de longa duração as doenças crônicas também se caracterizam pelas maiores demandas de serviços, procedimentos e ações dos serviços de saúde. Em termos de gastos com serviços de saúde para atenção às doenças crônicas, Mendes (2010) apresenta dados que expressam os valores despendidos, em 2002, com as DCNT.

O Ministério da Saúde em 2003 por meio da Secretaria de Vigilância à Saúde desencadeou ações no sentido da estruturação e operacionalização de um Sistema Nacional de Vigilância específico para as DCNT. Já existiam iniciativas de vigilância para essas doenças em alguns estados, porém centradas em programas específicos. Entre esses destacamos o Programa de Controle do Tabagismo e Programas para neoplasias passíveis de prevenção por diagnóstico precoce (câncer de colo uterino e de mama) (BRASIL, 2005).

A realização do III Fórum Global da OMS para Prevenção e Controle de DCNT na cidade do Rio de Janeiro em novembro de 2003, potencializou o processo construção da política naquele tempo. Esse evento foi importante, tanto pela sensibilização quanto pela oportunidade de capacitação técnica para os gestores de vigilância das Secretarias Estaduais de Saúde (SES), que tiveram oportunidade de participar. O incremento das iniciativas intersetoriais de prevenção e controle das principais DCNT constitui uma prioridade a partir de então (BRASIL, 2004).

Em 2005, a Secretaria de Vigilância em Saúde, após consulta aos estados e municípios, publicou a Agenda de prioridades para implementação da vigilância, prevenção e controle de doenças não transmissíveis, que foi importante para a organização e a estruturação da área no SUS (BRASIL, 2005). Neste documento lança-se um plano para atuar frente a questões das doenças crônicas no Brasil, tendo os alicerces da atuação que consistiu na

vigilância integrada dos principais fatores de risco modificáveis e comuns à maioria das doenças crônicas, quais sejam o tabagismo, a alimentação não saudável e a inatividade física como ainda hoje é focada nos planos de enfrentamento das DCNT em diversos manuais (BRASIL, 2004).

Já em 2008, foi lançado o documento Diretrizes para a Vigilância de DCNT Promoção, Prevenção e Cuidado, que integrou diretrizes de trabalho entre as diversas áreas do MS e foi solidificando ainda mais a proposta do MS em orientar os estados e municípios no combate as DCNT (BRASIL, 2008).

Visando ampliar o comprometimento do Brasil com o tema, após a participação na reunião da Organização das Nações Unidas (ONU) para enfrentamento das DCNT, o Ministério da Saúde lançou, em 2011 o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). O mesmo define e prioriza as ações e os investimentos necessários, estabelece metas e compromissos a serem assumidos pelo Brasil frente a ONU, preparando o país para os desafios de enfrentamento das DCNT e seus fatores de risco, nos próximos dez anos.

Assim, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022, foram definidas diversas medidas de promoção da saúde e de atenção relacionadas à HA: acordos com a indústria alimentícia para redução do teor de sódio em alimentos processados, incentivo à prática de atividade física por meio do Programa Academia da Saúde e disponibilização gratuita de medicamentos para controle da hipertensão arterial segundo classificação de risco (BRASIL, 2012).

Dando seguimento as movimentações do SUS para o enfrentamento das DCNT, o MS lança a Portaria nº 252, de 19 de fevereiro de 2013 que trata da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, a qual corresponde ao terceiro eixo do plano brasileiro anteriormente citado. Diante do exposto, a organização da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas tem por objetivos gerais:

1. Fomentar a mudança do modelo de atenção à saúde, fortalecendo o cuidado às pessoas com doenças crônicas;
2. Garantir o cuidado integral às pessoas com doenças crônicas;
3. Impactar positivamente nos indicadores relacionados às doenças crônicas;
4. Contribuir para a promoção da saúde da população e prevenir o desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações.

Como parte, também, do compromisso do SUS com a melhoria da assistência as pessoas portadoras de doenças crônicas, o Ministério da Saúde pública o Caderno de Atenção

Básica nº 35 intitulado de Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, que trata de diversos temas interessantes e relevantes no cuidado das pessoas com doença crônica, inclusive a inclusão do Autocuidado apoiado como ferramenta de melhoria da assistência em saúde.

3.3 DUAS DOENÇAS CRÔNICAS E OS DESAFIOS PARA A SAÚDE PÚBLICA

No Brasil, HA atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por Doença Cardiovascular (DCV). Junto com DM, suas complicações (cardíacas, renais e AVE) têm impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar, estimada em US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015. (FALUDI et al, 2017)

Em 2013 ocorreram 1.138.670 óbitos, 339.672 dos quais (29,8%) decorrentes de DCV, a principal causa de morte no país. As DCV são ainda responsáveis por alta frequência de internações, com custos socioeconômicos elevados. Dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS) apontam significativa redução da tendência de internação por HA, de 98,1/100.000 habitantes em 2000 para 44,2/100.000 habitantes em 2013.

Uma epidemia de diabetes mellitus (DM) está em curso. Atualmente, estima-se que a população mundial com diabetes seja da ordem de 387 milhões e que alcance 471 milhões em 2035. Cerca de 80% desses indivíduos vivem em países em desenvolvimento, onde a epidemia tem maior intensidade e há crescente proporção de pessoas acometidas em grupos etários mais jovens, as quais coexistem com o problema que as doenças infecciosas ainda representam (BRASIL, 2014).

Em 2013, a Pesquisa Nacional de Saúde – PNS estimou que, no Brasil, 6,2% da população com 18 anos ou mais de idade referiram diagnóstico médico de diabetes, sendo de 7,0% nas mulheres e de 5,4% nos homens. Em relação à escolaridade, observou-se maior taxa de diagnóstico de diabetes (9,6%) entre os indivíduos sem instrução ou com ensino fundamental incompleto. Em relação à idade, as taxas variaram de 0,6% para a faixa etária de 18 a 29 anos a 19,9% para a de 65 a 74 anos. Não foram verificados resultados estatisticamente distintos entre brancos, pretos e pardos (BRASIL, 2014).

3.3.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA ($PA \geq 140 \times$

90mmHg). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico e 47% por doença isquêmica do coração), ocorrendo à maioria delas em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos (WILLIAMS, 2010).

No ano 2000, a doença cardíaca hipertensiva ocupava a 16ª posição no ranking mundial de mortalidade, subindo para a 10ª posição em 2012. De acordo com a Décima Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), a doença cardíaca hipertensiva abrange os seguintes diagnósticos: hipertensão essencial (primária); doença cardíaca hipertensiva; doença renal hipertensiva; doença cardíaca e renal hipertensiva; e hipertensão secundária (SCHMIDT et al., 2011).

Além de importante corresponsável pelas causas de óbito, a hipertensão arterial (HA) é um dos fatores de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares. Os fatores associados ao desenvolvimento da HA são: envelhecimento; excesso de peso; baixa escolaridade; tabagismo; consumo de bebidas alcoólicas; e cor da pele/raça negra (OPAS, 2010).

No Brasil, a prevalência média de HAS autorreferida na população acima de 18 anos, segundo a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel – 2013), é de 21,4%, sendo maior em mulheres (24,2%) do que em homens (18,3%). A frequência de HAS tornou-se mais comum com a idade, mais marcadamente para as mulheres, alcançando mais de 55% na faixa etária de 75 anos ou mais de idade (BRASIL, 2015).

3.3.2 DIABETES MELLITUS

As descrições mais antigas da doença foram no Egito há 3 mil anos. No início da era cristã, os médicos romanos Aretaeus e Celsus deram-lhe o nome pelo qual é conhecido até hoje e que significa “sifão” (diabetes, em grego), pois o paciente urina constantemente, como se fosse um sifão “adocicado” (mellitus, mel em latim), dado devido sua principal característica ser a “urina doce” (FORTES, SILVA E COSTA, 2005).

O termo “diabetes mellitus” (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (BRASIL, 2013).

O DM pode ser classificada em “tipo 1” e “tipo 2”, o primeiro indica o processo de destruição da célula beta que leva ao estágio de deficiência absoluta de insulina, quando a administração de insulina é necessária. A destruição das células beta é geralmente causada por processo autoimune (tipo 1 autoimune ou tipo 1A). Já o DM “tipo 2” é usado para designar uma deficiência relativa de insulina, isto é, há um estado de resistência à ação da insulina, associado a um defeito na sua secreção, o qual é menos intenso do que o observado no diabetes tipo 1 (BRASIL, 2013).

O diabetes casou 4,9 milhões de mortes no mundo em 2014 e foi responsável por 11% do gasto total com a saúde de adultos: um custo estimado de 612 milhões de dólares. Estimou-se por meio do inquérito domiciliar Vigitel 2013 que o Brasil tenha aproximadamente 9 milhões de pessoas com diabetes (BRASIL, 2015).

O Diabetes é considerada como uma das doenças crônicas priorizadas em nível global. Seu impacto inclui elevada prevalência, importante morbidade decorrente de complicações agudas e crônicas e alta taxa de hospitalização e de mortalidade, gerando significativos danos econômicos e sociais. (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2009).

Na maioria dos países desenvolvidos, quando se analisa apenas a causa básica do óbito, verifica-se que o DM aparece entre as principais causas, entre a quarta e a oitava posição (SCHMIDT et al., 2011). No Brasil, ocorreram, em 2009, 51.828 mortes por diabetes. Houve um aumento de 24%, entre 1991 e 2000 (de 34/100.000 óbitos para 42/100.000 óbitos), seguido por um declínio de 8%, entre 2000 e 2009 (de 42/100.000 para 38/100.000) (BRASIL, 2011).

Estudos internacionais sugerem que o custo dos cuidados relacionados ao diabetes é cerca de duas a três vezes superior aos dispensados a pacientes não diabéticos e está diretamente relacionado com a ocorrência de complicações crônicas (INTERNATIONAL

DIABETES FEDERATION, 2009). A análise epidemiológica, econômica e social do número crescente de pessoas que vivem com DM mostra a necessidade da implantação de políticas públicas de saúde que minimizem as dificuldades dessas pessoas e de suas famílias, e propiciem a manutenção da sua qualidade de vida.

A prevalência média de diabetes autorreferida na população acima de 18 anos no Brasil, segundo a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel – 2013), é de 6,2%, sendo maior em mulheres (7,0%) do que em homens (5,4%) (BRASIL, 2015).

Logo, o desafio do controle e prevenção das complicações da HAS e do DM são, sobretudo, das equipes de Atenção Básica (AB). As equipes são multiprofissionais, cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos. Nesse contexto, o Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida, fundamentais no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão (BRASIL, 2013).

3.4 QUALIDADE DE VIDA E SUAS IMPLICAÇÕES PARA ATENÇÃO À SAÚDE

Analisando o termo Qualidade de Vida (QV), nota-se que o mesmo estabelece uma existência inerente a condição humana. A QV sempre esteve entre os homens pois remete-se ao interesse pela vida. Logo, é possível compreender que qualidade de vida não é algo a ser alcançado ou um objeto de desejo da sociedade contemporânea que deve ser incorporado à vida a partir de esforço e dedicação individual, pelo contrário, é uma percepção que sempre esteve e sempre estará presente na vida do ser humano (ALMEIDA, GUTIERREZ E MARQUES, 2012).

O conceito de qualidade de vida tem sido aplicado nos campos da sociologia, psicologia, economia, política, educação e saúde. Ao estudar qualidade de vida aplicada à saúde, alguns instrumentos foram criados por pesquisadores nessa área, os mesmos envolvem componentes físico e mental, relacionado à função social, ao desempenho ocupacional e à percepção geral de saúde (CHIBANTE et al, 2014).

Os estudos sobre qualidade de vida podem ser classificados de acordo com quatro abordagens gerais: econômica, biomédica, psicológica e geral. Observa-se na abordagem socioeconômica os indicadores sociais como principal elemento. As abordagens biomédicas tratam principalmente da questão de oferecer melhorias nas condições de vida dos enfermos (MINAYO, HARTZ E BUSS, 2000).

O termo qualidade de vida em relação a seu emprego na literatura médica associa-se a diversos significados, como condições de saúde e funcionamento social. Qualidade de vida relacionada à saúde (*healthrelated quality of life*) e estado subjetivo e saúde (*subjective health status*) são conceitos relacionados à avaliação subjetiva do paciente e ao impacto do estado de saúde na capacidade de se viver plenamente (ALMEIDA, GUITIERREZ E MARQUES, 2012).

Já a abordagem psicológica trata das reações subjetivas do indivíduo com as suas vivências, dependendo, assim, primeiramente, da experiência direta da pessoa cuja qualidade de vida está sendo avaliada e indica como os povos percebem suas próprias vidas, felicidade, satisfação. O fato de as abordagens psicológicas considerarem qualidade de vida somente um aspecto interior à pessoa, desconsiderando o contexto ambiental em que está inserida, é a principal limitação dessa linha de pensamento (ALMEIDA, GUITIERREZ E MARQUES, 2012).

Enquanto que as abordagens gerais se baseiam na premissa que o conceito de qualidade de vida é multidimensional, apresenta uma organização complexa e dinâmica dos seus componentes, difere de pessoa para pessoa de acordo com seu ambiente/contexto e mesmo entre duas pessoas inseridas em um contexto similar. Características como valores, inteligência, interesses são importantes de serem consideradas. Além disso, qualidade de vida é um aspecto fundamental para se ter uma boa saúde (ALMEIDA, GUITIERREZ E MARQUES, 2012).

Para estudar a QV, deve-se antes ser entendida a evolução do conceito de saúde. Antigamente a saúde de uma população era medida usando apenas indicadores epidemiológicos, como ausência ou presença de doenças ou a morte. Este modelo, conhecido como biomédico, focava o agente etiológico, o processo patológico e clínico que doença gerava no indivíduo.

Com a mudança do conceito de saúde decorrente dos avanços científicos e técnicos na medicina e melhoria das condições de vida em termos de moradia, higiene e alimentação, observou-se a necessidade de outras formas de mensurar os impactos das doenças na vida das pessoas (BUSS, 2000). Compreendido de maneira que trouxessem um escopo maior de observações, considerando não somente a ausência de doença, mas, também, a relação do indivíduo consigo mesmo e com o meio em que vive.

No campo da saúde, o discurso da relação entre saúde e qualidade de vida, embora bastante inespecífico e generalizante, existe desde o nascimento da medicina social, nos

séculos XVIII e XIX, quando investigações sistemáticas começaram a referendar esta tese e dar subsídios para políticas públicas e movimentos sociais (MINAYO, HARTZ E BUSS, 2000).

Até o termo está mais presente no escopo científico demorou alguns anos, apenas em 1977 é que este termo foi incorporado pela comunidade científica no Medical Subject Heading (MeSH) da US National Library of Medicine (MedLine) como expressão-chave na busca por artigos científicos. Datam desta década o desenvolvimento dos primeiros instrumentos de avaliação de qualidade de vida, que além de quantificar esta medida preocupam-se em agregar julgamentos de valor sobre a saúde (Como o Quality of Well Being Scale – QWB), avaliar os resultados de determinado tratamento ou mesmo sobre cuidados de saúde empregados (como o Sickness Impact Profile – SIP). (BRITO, 2008).

A compreensão sobre qualidade de vida lida, também, com diversos campos do conhecimento humano, biológico, social, político, econômico, médico, entre outros, numa constante inter-relação. Por ser uma área de pesquisa recente, encontra-se em processo de afirmação de fronteiras e conceitos; por isso, definições sobre o termo são comuns, mas nem sempre concordantes. Outro problema de ordem semântica em relação à qualidade de vida é que suas definições podem tanto ser amplas, tentando abarcar os inúmeros fatores que exercem influência, como restritas, delimitando alguma área específica (ALMEIDA, GUITIERREZ E MARQUES, 2012).

Logo, qualidade de vida abrange um conceito complexo e multidimensional compreendendo todos os aspectos de vida de uma pessoa. Dentre os quais estão, estilo de vida, moradia, satisfação com o trabalho, situação econômica, acesso a serviços de educação e saúde, urbanização, dentre outros que compõe o contexto social (VELARDE-JURADO; ÁVILA-FIGUEROA, 2002). Além desses, incluem também aqueles relacionados mais a dimensão pessoal individual: funcionalidade física, capacidade de executar atividades diárias, saúde mental, funcionalidade social, dor, fadiga e energia sono e funcionalidade sexual (CHIBANTE et al, 2014).

De acordo com Minayo, Hartz e Buss (2000 p.10), qualidade de vida

é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e

coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural.

Segundo Almeida, Guietrez e Marques, (2012) a presença do termo qualidade de vida é facilmente percebida no linguajar da sociedade contemporânea, sendo incorporado ao vocabulário popular com várias formas de conotação. Parece que existe um consenso de que é algo bom falar em qualidade de vida, mesmo sem definir exatamente do que está se falando.

O senso comum se apropriou desse objeto de forma a resumir melhorias ou um alto padrão de bem-estar na vida das pessoas, sejam elas de ordem econômica, social ou emocional. Todavia, a área de conhecimento em qualidade de vida encontra-se numa fase de construção de identidade. Ora identificam-na em relação à saúde, ora à moradia, ao lazer, aos hábitos de atividade física e alimentação, mas o fato é que essa forma de saber afirma que todos esses fatores levam a uma percepção positiva de bem-estar (ALMEIDA, GUITIERREZ E MARQUES, 2012).

Além disso, com o aumento da sobrevida das pessoas com doenças crônicas e/ou graves, a Qualidade de Vida (QV) passou a ser mais valorizada e a importância de sua avaliação foi reconhecida e incorporada aos ensaios clínicos (ARBEX E ALMEIDA, 2009). As informações sobre QV dos hipertensos, em estudos nacionais, ainda é escassa, e dados comparativos com a população geral são importantes dentro desse contexto.

Logo, considerada como um conceito amplo, subjetivo e polissêmico que tem motivado inúmeros estudos na área da saúde, especialmente voltados para pessoas com doenças crônicas. A qualidade de vida compreendida subjetivamente é um objeto de prioridade no planejamento, na implementação e na avaliação das políticas de saúde e das decisões de tratamento. A QV engloba, de modo geral, a percepção da saúde e seu impacto sobre as dimensões sociais, psicológicas e físicas.

Os vários significados existentes no conceito QV permite relacioná-lo as percepções individuais das pessoas sobre a vida, nos quais interferem valores culturais aos quais se vive ao longo da vida. Buscando uma maior especificidade do termo foi criado a nomenclatura Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) a qual atribui valor à duração da vida, quando a percepção de limitações físicas, psicológicas, sociais, a influência da doença e de seu tratamento e outros agravos. (BRITO et al, 2008).

Guyatt e colaboradores, (1993) definem QVRS como uma “medida da opinião subjetiva individual considerando sua saúde nas dimensões físicas, psicológicas e sociais”. Na tentativa de distinguir os conceitos de QV e QVRS, alguns autores atribuem ao primeiro o

significado do bem-estar do indivíduo de modo mais generalizado, que é determinado tanto pelo estado de saúde como por outras variáveis, tais como relações sociais, situação de trabalho, dentre outras. Já QVRS corresponde aos aspectos de saúde valorizados pelas pessoas e que se sobrepõem aos componentes da QV geral (BRITO ET AL, 2008).

Explicam os autores que essa área de sobreposição compreende os estados de saúde e funções que são valorizados pelas pessoas e que influenciam diretamente a percepção subjetiva de bem-estar. Ressaltam que as medidas de saúde (estado e função de saúde) podem ser categorizadas como aquelas que as pessoas intrinsecamente valorizam (por exemplo, a habilidade de caminhar sem sentir falta de ar) e aquelas que não são valorizadas da mesma forma (por exemplo, o desempenho em testes laboratoriais), não dependendo, necessariamente da avaliação subjetiva das pessoas (ALVES et al, 2013).

Outros autores conceituam QVRS como a expressão que engloba outros conceitos, tais como a percepção da saúde, as funções sociais, psicológicas e físicas, bem como os danos a eles relacionados. A QVRS é definida como o valor atribuído à vida, ponderado pelas deteriorações funcionais, as percepções e condições sociais que são induzidas pela doença, agravos, tratamentos, e a organização política e econômica do sistema assistencial. Um conceito similar, apresenta a QVRS como o valor atribuído à duração da vida quando modificada pela percepção de limitações físicas, psicológicas, funções sociais e oportunidades influenciadas pela doença, tratamento e outros agravos, tornando-se o principal indicador para a pesquisa avaliativa sobre o resultado de intervenções (GIANCHELLO, 1996).

Devido a essa complexidade, conforme abordam Almeida e Gutierrez (2004), a qualidade de vida apresenta-se como uma temática de difícil compreensão e necessita de certas delimitações que possibilitem sua operacionalização em análises acadêmicas.

Para melhor compreender esse conceito, Polonsky (2000) afirma que devem-se considerar inicialmente dois grandes tipos de QVRS: global (generic overall) e específica para uma doença (disease-specific). A QVRS global se refere a como um indivíduo avalia seu próprio bem estar geral e saúde, sendo subdividida em dois modos para avaliação: o perfil de saúde e medidas de utilidade. O primeiro avalia o estado de saúde medindo todos os aspectos importantes da QVRS, podendo ser usado em qualquer tipo de população, além de permitir uma comparação do impacto relativo de vários programas de atenção à saúde. Já o segundo, é derivado das teorias econômicas e de decisões, reflete as preferências dos pacientes para o processo e resultado do tratamento (GUYATT; FEENY; PATRICK, 1993).

O acometimento por uma DCNT interfere na vida de um indivíduo de maneira complexa e intensa sobre vários aspectos de sua vida. Afeta de forma direta sua qualidade de

vida, componente essencial da condição humana. Por isso o interesse da comunidade científica em avaliar o impacto das condições crônicas sobre a vida, seja de forma individual ou coletiva, nos diferentes grupos sociais e culturais, em diferentes patologias (BRASIL, 2011).

Condições como a hipertensão e o diabetes impõe, necessariamente, um processo de adaptação a um novo estilo de vida, exigido ao controle clínico requerido pelo tratamento. É necessário adotar hábitos além do tratamento medicamentoso que já impele mudanças na rotina diária, como prática de exercícios físicos rotineiros, uma alimentação saudável, idas a consultas médicas, situações essas que trazem novas maneiras de viver com a condição de saúde. Essas mudanças implicam numa alteração nos hábitos de vida e, possivelmente, na sua qualidade.

3.4.1 INSTRUMENTOS DE MEDIDA DA QUALIDADE DE VIDA

Para medir efetivamente o impacto das intervenções em saúde sobre a QVRS são necessários instrumentos de mensuração validados. Os questionários são fontes ricas para se transformar medidas subjetivas em dados objetivos que possam ser quantificados e analisados de forma global e específica (CICONELLI, 2003).

O número de instrumentos para medir Qualidade de Vida e sua utilização tem aumentado significativamente, principalmente após a comprovação de suas propriedades de mensuração, representando parâmetros concisos, válidos e reprodutível pela Organização Mundial de Saúde.

No caso de pacientes com condições crônicas, existem alguns instrumentos globais para mensurar a QV, esses são validados e feito a adaptação transcultural para ser utilizado no Brasil. Os instrumentos para avaliação da qualidade de vida variam de acordo com a abordagem e objetivos do estudo. Instrumentos específicos como o *Medical Outcomes Study Questionnaire 36-Item Short Form Health Survey* (SF-36) para avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde e do WHOQOL para avaliação da qualidade de vida geral são tentativas de padronização das medidas, permitindo comparação entre estudos e culturas. Publicações sobre novos instrumentos de avaliação específicos para populações ou pessoas acometidas por quadros patológicos específicos são crescentes na literatura especializada, como por exemplo para indivíduos com hipertensão tem o MINICHAL (Short form of Quality of life Questionnaire for Arterial hypertension).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo do Estudo

Trata-se de estudo observacional transversal, descritivo, de abordagem quantitativa que buscou analisar a QVRS de pessoas com hipertensão e diabetes acompanhadas na Estratégia Saúde da Família, bem como correlacionar grupo controlados e não controlados.

Os estudos transversais são aqueles em que cada indivíduo é avaliado para o fator de exposição e a doença em determinado momento. Muitas vezes o estudo transversal é realizado apenas com objetivo descritivo sem nenhuma hipótese para ser avaliada. Alguns têm usado o termo levantamento para denominar estudos transversais realizados com essa finalidade. O estudo transversal pode ser usado como um estudo analítico, ou seja, para avaliar hipóteses de associações entre exposição ou características e evento (CARVALHO e ROCHA, 2017).

Nos estudos organizacionais, a pesquisa quantitativa permite a mensuração de opiniões, reações, hábitos e atitudes em um universo, por meio de uma amostra que o represente estatisticamente. Suas características principais são (DENZIN; LINCOLN, 2005; NEVES, 1996; HAYATI; KARAMI; SLEE, 2006):

- Obedece a um plano pré-estabelecido, com o intuito de enumerar ou medir eventos;
- utiliza a teoria para desenvolver as hipóteses e as variáveis da pesquisa;
- Examina as relações entre as variáveis por métodos experimentais ou semi-experimentais, controlados com rigor;
- Emprega, geralmente, para a análise dos dados, instrumental estatístico;
- Confirma as hipóteses da pesquisa ou descobertas por dedução, ou seja, realiza predições específicas de princípios, observações ou experiências;
- Utiliza dados que representam uma população específica (amostra), a partir da qual os resultados são generalizados, e
- Utiliza, como instrumento para coleta de dados, questionários estruturados, elaborados com questões fechadas, testes e checklists, aplicados a partir de entrevistas individuais, apoiadas por um questionário convencional (impresso) ou eletrônico

4.2 Cenário do Estudo

O estudo foi realizado no município de Sobral, em um Centro de Saúde da Família da sede. Sobral, localiza-se na região Noroeste do Estado do Ceará, que se destaca como a

principal cidade da região, tanto por ser um importante entroncamento rodoviário regional, como pela sua capacidade de prestação de serviços na área da saúde e da educação. É a segunda mais importante cidade do Estado em termos econômicos e culturais, sendo a terceira maior região metropolitana, atrás somente da capital Fortaleza e de Juazeiro do Norte, na região sul. Sua distância em relação a capital é de 224 km. De acordo com o Sistema de Informação em Atenção Básica 2016, Sobral tem uma população de aproximadamente 214.875 habitantes, sendo referência para a prestação de serviços de saúde para a Macrorregião Norte de saúde, constituída por uma população de 1 milhão 500 mil habitantes (BRASIL, 2010). É uma cidade universitária, contando com 2 universidades públicas e outras 4 instituições de ensino superior privadas.

Por ser sede de macrorregional e microrregional de saúde, sendo referência para 55 municípios, Sobral tem um grande fluxo populacional diário, excedente à sua população, fazendo com que exista uma maior demanda para a prestação e desenvolvimento de serviços públicos e privados. Seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) - 0,698 reflete bom nível de vida e coloca o município na 7ª posição do estado do Ceará e na 3019ª posição em relação aos municípios brasileiros. Até o ano de 1996, seu modelo de atenção à saúde era concentrado em serviços hospitalares. Isso se refletia nos Indicadores, mostrando elevados índices de mortalidade infantil e desnutrição, baixa cobertura vacinal e de assistência pré-natal. A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi implantada em 1997. Desde então o município vem se organizando progressivamente na incorporação de um sistema municipal de saúde, com ações intersetoriais, capazes de oferecer ações de promoção da saúde, prevenção das doenças, recuperação da saúde e reabilitação.

O modelo de organização da atenção primária segue as determinações do Ministério da Saúde, por meio de ações de saúde da criança, saúde da mulher, saúde do adolescente, saúde do homem, atenção à hipertensão, ao diabetes, à tuberculose e à hanseníase, visitas domiciliares, atividades de promoção à saúde e prevenção de doenças e demais ações norteadas pelas necessidades do território.

A atenção primária conta com 65 equipes da Estratégia Saúde da Família, sendo 47 na sede e 17 na zona rural, distribuídas em 36 Centro de Saúde da Família. Tem ainda cinco equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

O estudo foi desenvolvido junto a indivíduos com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus assistidos pela Estratégia Saúde da Família no Centro de Saúde da Família

(CSF) José Nilson Ferreira Gomes do bairro Novo Recanto em Sobral, Ceará. O bairro Novo Recanto tem uma extensão de 1,18 km², estando localizado no perímetro urbano com uma distância de 4,5 km do centro do comercial da cidade. Possui população estimada de aproximadamente 3179 habitantes.

4.3 População do Estudo

Dos 3179 habitantes do território adscritos no CSF do Novo Recanto, 138 têm hipertensão e/ou diabetes, compreendendo a população desse território com as referidas condições crônicas. A amostra do estudo estimada foi de 120 usuários com hipertensão e/ou diabetes a partir dos critérios de inclusão, porém, ao final do estudo amostra final foi de 110 pessoas. Os critérios de inclusão foram: 1) está cadastrado no CSF, 2) ter entre 18 anos e 80 anos de idade, 3) ter diagnóstico de hipertensão e/ou diabetes mellitus em prontuário e 4) aceitar participar do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Como critérios de exclusão utilizou-se: indivíduos com déficit cognitivo, estar gestante, problemas na fala e audição que impedissem o entendimento as respostas da entrevista, mudança de bairro e/ou situação que impossibilitasse o contato no domicílio.

4.4 Coleta de Dados

Para coleta de dados foram selecionadas entrevistadoras (alunas do curso de graduação de Enfermagem), as quais foram treinadas pelos pesquisadores responsáveis pelo estudo quanto ao preenchimento do instrumento, a avaliação antropométrica e a medida de pressão arterial. A escolha por entrevistador, e não pela forma auto-aplicada do questionário, foi feita tendo em vista a possibilidade da existência de analfabetos no universo estudado.

O instrumento foi preenchido sob a forma de entrevista, em consulta individual no CSF e/ou no domicílio após agendamento prévio, utilizando um questionário para a coleta de dados demográficos, socioeconômicos e clínicos criados pelos pesquisadores e o instrumento para medida a QVRS foi utilizado o *Medical Outcomes Short-Form Health Survey (SF-36)* criado por Ware e Sherbourne, tendo sido traduzido da língua inglesa para o português junto com validação cultural por Ciconelli. O SF-36 é um instrumento genérico de avaliação de QVRS com 36 itens distribuídos entre 8 domínios: capacidade funcional (10), aspectos físicos (4 itens), dor (2 itens), estado geral de saúde (5), vitalidade (4), aspectos sociais (2 itens), aspectos emocionais (3 itens), saúde mental (5 itens) e mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e a de um ano atrás. A abrangência do escore

total do SF-36 é de 0 a 100 (0 pior *Qualidade de vida relacionada à saúde* e 100 melhor *Qualidade de Vida Relacionada à Saúde*) (CICONELLI, 1997).

A utilização do SF-36 na avaliação do ônus das doenças e na comparação de doenças específicas com o padrão da população geral é demonstrada em inúmeros artigos abrangendo mais de 200 doenças e condições. Dentre essas doenças estudadas, a hipertensão arterial e o diabetes estão entre as mais frequentes.

A aplicação do instrumento teve duração média de 30 minutos para cada depoente, devido às características dos dois instrumentos utilizados na coleta de dados. As variáveis estudadas foram: sexo, idade, estado civil, renda mensal familiar, ocupação, escolaridade (em anos de estudo), exames realizados foram: aferição de pressão arterial, verificação do peso e da altura.

Os dados foram coletados no período de janeiro a maio de 2017. Os entrevistados foram informados quanto aos objetivos da pesquisa e, após leitura, entendimento e assinatura do TCLE, responderam às questões do instrumento de coleta de dados. Em seguida foram digitados, em dupla entrada, armazenados em planilha eletrônica Excel. A seguir verificou-se a consistência dos campos retornando-se à entrevista original, quando necessário, para correção.

4.5 Variáveis do Estudo

Tomou-se como variáveis neste estudo a pressão arterial e as dimensões da QVRS a partir do instrumento SF-36. Também, trabalhou-se de forma descritiva os dados sociodemográficos, algumas variáveis clínicas como Índice de Massa Corpórea (IMC) e comportamentos de risco.

4.6 Processamento e análise dos dados

Para análise utilizou-se análise estatística descritiva das variáveis numéricas, calculando-se médias e desvio padrão e em seguida foi feita a análise de variância (ANOVA) entre as variáveis dos grupos de pessoas com hipertensão controlada e não controlada e qualidade de vida. Tendo como parâmetro $p < 0,05$.

4.7 Aspectos Éticos

O estudo foi autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Sobral e pelo gerente do CSF e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú com número de 1.811.921 do CAAE (Anexo C) Todos os participantes assinaram o TCLE (Apêndice A).

Logo, o mesmo está se propondo a obedecer aos princípios estabelecidos pela Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (BRASIL, 2012).

Na construção do projeto já se teve preocupação em adotar todos os princípios como referido anteriormente. O princípio de Autonomia adotado mediante o esclarecimento dos objetivos, metodologia, justificativa e relevância social do estudo para os sujeitos da pesquisa, bem como para a sociedade, assim como do livre arbítrio de participar do estudo, mediante a assinatura de um TCLE (Apêndice A), e do direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que nenhum dano possa lhe ser causado.

Em consonância com o princípio da beneficência, os sujeitos do estudo foram favorecidos, uma vez que a pesquisa se propõe a compreender melhor e avaliar a efetividade de uma metodologia de cuidado para pessoas com doenças crônicas, e dessa forma, a partir desse conhecimento os profissionais de saúde poderão melhorar sua abordagem de cuidado e acompanhamento da pessoa com doença crônica, ampliando sua prática.

O princípio da não maleficência foi garantido, visto que não houve qualquer forma de constrangimento ou risco de vida ou danos aos participantes da pesquisa. Assim, a identidade dos participantes do estudo foi preservada e as informações as quais se teve acesso foram mantidas em sigilo, buscando o mínimo de prejuízos e o máximo de benefícios. Além disso, após a análise dos dados e conclusão dos resultados, tendo sido demonstrado efetividade, buscar-se-á junto a equipe do CSF a implantação do método para os demais pacientes do Grupo Controle, que no período da pesquisa não conhecerão a metodologia do Autocuidado apoiado.

Por fim, foi respeitado o princípio da justiça, visto que disponibilizaremos os resultados e benefícios da pesquisa a todas as pessoas que participarão do estudo, como também aos profissionais, gestores em saúde pública para que estes possam utilizar-se dos resultados em suas práticas

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização da amostra

Foram entrevistados 110 pessoas, dessas, 51 tinham hipertensão e 59 tinham diabetes, das pessoas que tinham as duas cronicidades foram consideradas como diabéticos. Dado vários estudos presentes na literatura indicarem a hipertensão como uma complicação frequente do diabetes, os usuários que apresentaram ambas as patologias foram categorizados como pertencentes à amostra do diabetes.

Na tabela 1 encontra-se o perfil sociodemográfico e clínico dos participantes do estudo. Com apresentação desses dados pretende-se refletir a necessidade de um olhar diferente para o processo saúde-doença, buscando ultrapassar a visão meramente biológica, dando espaço para olhares mais ampliadas. Na tabela trás as variáveis idade, sexo, anos de estudo, estado civil, cor e renda como aspectos sociodemográficos e como aspectos clínicos a prática de atividade física, tabagismo, uso de bebida alcoólica, obesidade e autocuidado.

Tabela 1 – Características sociodemográficas e clínicas dos sujeitos do estudo

Variável	N (%)
Idade	
18 – 39	17 (15,45)
40 – 59	64 (58,18)
60 – 80	29 (26,36)
Sexo	
Feminino	77 (70,0)
Masculino	33 (30,0)
Anos de estudo	
Nenhum	25 (22,72)
1 – 4 anos	38 (34,54)
5 – 8 anos	25 (22,72)
>9 anos	22 (20,0)
Estado Civil	
Solteiro	14 (12,72)
Casado/união estável	79 (71,81)
Divorciado/separado	5 (4,54)

Viúvo	12 (10,9)
Cor	
Branco	11 (10,0)
Preto	16 (14,54)
Pardo	80 (72,72)
Amarelo	3 (2,72)
Renda	
Menos de 1 SM	23 (20,9)
De 1 a 2 SM	79 (71,81)
De 3 a 5 SM	8 (7,27)
Prática de Atividade Física	
Sim	36 (32,72)
Não	74 (67,27)
Tabagismo	
Sim	9 (8,18)
Não	99 (90,0)
Ex fumante	2 (1,81)
Consumo de bebida alcoólica	
Sim	13 (11,81)
Não	97 (88,18)
Autocuidado	
Suficiente	40 (36,36)
Parcial	34 (30,90)
Insuficiente	36 (32,72)
Obesidade	
IMC \geq 30	55 (50,0)
IMC < 30	55 (50,0)

Fonte: dos autores, 2017

5.2 Caracterização da amostra segundo os domínios da QVRS

Em seguida, apresenta-se a descrição da QVRS da população em estudo na tabela 2 evidenciado a partir do Questionário SF-36. Os domínios da QVRS encontrados na população em estudo com suas respectivas média e desvio padrão possibilitou compreender alguns

aspectos importantes na população, os quais serão mais a frente trabalhados durante a discussão.

Tabela 2 – Resultados dos valores mínimos, máximos, médios e respectivos desvio padrão para cada um dos domínios do SF-36

Domínios	Média	Desvio padrão	Valor Mínimo	Valor Máximo
Aspectos Sociais	74,25	29,37	0	100
Saúde Mental	66,04	26,71	0	100
Aspectos Emocionais	64,51	43,91	0	100
Aspectos físico	63,18	44,07	0	100
Vitalidade	58,04	21,26	10	100
Capacidade Funcional	56,13	28,16	0	100
Dor	54,34	28,64	0	100
Estado Geral de Saúde	47,26	22,29	0	100

Fonte: Dos autores, 2017

5.3 Análise estatística em grupo de pessoas com pressão arterial controlada e não controlada

Já na tabela 3 com a perspectiva de uma análise não apenas descritiva, mas também analítica ao buscar correlacionar dois grupos, pessoas compressão arterial controlada e não controlada e QVRS a partir da utilização do ANOVA.

Tabela 3 – Qualidade de Vida e Pressão Arterial

Pressão Arterial		AS	SM	AE	AF	VIT	CF	Dor	EGS
Controlada	N	33	33	33	33	33	33	33	33
PAS ≤ 120	Média	72,6	72,2	69,4	71,9	61,9	56,9	59,1	50,5
PAD ≤ 80	DP	31,1	24,1	41,7	38,9	22,4	26,3	25,7	25,4
Não Controlada	N	18	18	18	18	18	18	18	18
PAS > 121	Média	74,8	68,5	62,1	67,1	65,7	67,8	62,1	47,2
PAD > 81	DP	28,3	25,4	48,9	43,3	19,6	33,8	43,3	12,5
Total	N	51	51	51	51	51	51	51	51
	Média	73,0	70,4	66,1	73,0	62,8	59,3	61,7	49,8
	DP	28,9	25,0	44,8	40,2	21,4	30,3	28,6	22,7

ANOVA		NS	0,0025	0,0045	0,003	0,005	0,012	0,085	NS

Fonte: Dos autores, 2017

5.4 Análise estatística da amostra entre pessoas obesas e não obesas

E na tabela 4 buscou-se, também na perspectiva anterior, pretendeu-se correlacionar na população de pessoas obesas e não obesas e QVRS se encontrava correlação, porém não encontrou-se significância estatística.

Tabela 4 – Qualidade de Vida e Obesidade

Obesidade		AS	SM	AE	AF	VIT	CF	Dor	EGS
IMC < 30	N	55	55	55	55	55	55	55	55
	Média	75,4	25,4	64,4	66,3	57,5	60,7	60,1	43,9
	DP	29,9	61,4	43,8	44,9	19,6	25,5	28,7	20,0
IMC ≥ 30	N	55	55	55	55	55	55	55	55
	Média	72,6	69,7	64,4	63,1	57,2	51,4	47,6	49,4
	DP	28,4	26,4	44,0	42,4	21,2	28,4	27,9	23,3
ANOVA		NS	NS	0,344	0,126	NS	NS	NS	0,850

Fonte: Dos autores, 2017

6 DISCUSSÃO

6.1 Determinação Social no processo saúde/doença das condições crônicas

Ao incluir os aspectos sociodemográficos como parte importante do trabalho, buscou-se refletir, além de numericamente, mas também dialeticamente a influência da determinação social no processo de adoecimento de pessoas com condições crônicas, mas especificamente aqueles com hipertensão e diabetes, partindo do pressuposto de que a saúde é um fenômeno social e humano, considerando os indivíduos nas dimensões de seus processos sociais e históricos.

Os dados demográficos e socioeconômicos são muito importantes e devem ser considerados como contextos presentes na construção dos agravos em saúde. Trabalhar com perfil demográfico é buscar entender a configuração de uma população em virtude de diversos aspectos, que são informações temáticas que servem para observar as carências em determinados seguimentos sociais. Evidenciando uma correlação o perfil socioeconômico, que engloba situações, circunstâncias, elementos sociais e econômicos.

Desta forma, põe-se em discussão os determinantes sociais enquanto elemento de análise preponderante para a prevalência de doenças crônicas. Historicamente a tendência em explicar o processo saúde/doença tem sido relegada a modelos explicativos biomédicos, caracterizando as situações de doença como a falta de mecanismo de adaptação do corpo biológico ao meio (PUTTINI; JUNIOR; OLIVEIRA, 2010).

A própria QV traz nos seus fundamentos a construção social e, não apenas individual, mas também da sociedade, embora mais presentes nos estudos das Ciências Sociais, compreendendo assim como uma limitação e ainda a forte influência das correntes positivistas. O sentido atribuído à explicação por meio do modelo da determinação social da doença norteia-se em uma análise calcada na estruturação social de uma sociedade.

Segundo Lopes, (2006) os determinantes sociais de saúde “são elementos de ordem econômica e social que afetam a situação de saúde de uma população: renda, educação, condições de habitação, trabalho, transporte, saneamento, meio ambiente”. Neste sentido, considera-se que as desigualdades sociais, as diferenças de acesso aos bens e serviços, a baixa escolaridade e as desigualdades no acesso à informação são determinantes para uma maior prevalência de doenças crônicas e, conseqüentemente, para um possível agravo decorrente da evolução da doença (BRASIL, 2012).

Em relação aos dados demográficos e socioeconômicos, foco desse estudo, observou-se na população uma predominância de pessoas do sexo feminino, 77 (70%), e 33 (30%) de pessoas do sexo masculino, dados que vão ao encontro de algumas estudos que trabalharam com pessoas com hipertensão e/ou diabetes em serviços de Atenção Primária e/ou em base de dados do SIAB ou HiperDia, como os de Ferreira (2015), Oliveira Neto *et al* (2014), Pereira *et al* (2008), Grillo e Gorini, (2007) e outros estudos que trazem a mesma representação. Possivelmente a maioria ser do sexo feminino seja porque a mulher gerencia melhor seu cuidado em saúde, ou até mesmo, busca as unidades de saúde com mais frequência.

Além disso, estudos mostram que a mulher apresenta maior risco de desenvolver a HAS a partir dos 60 anos e homens a partir de 50 anos de idade (FALUDI *et al*, 2017). Já os homens, por diversos aspectos, culturais e sociais, frequentam menos os serviços de saúde, embora mesmo após a formulação de uma política voltada para atenção desse público.

Segundo Gomes, (2003) a expressão “saúde do homem”, inicialmente, pode vir ao encontro de uma política que preconiza a superação do modelo de mulher e saúde para o de gênero e saúde. A proposta de programas de saúde voltados para a questão de gênero busca sair de um enfoque do risco e do dano da saúde da mulher para o da saúde como satisfação das necessidades humanas. No entanto, inúmeras são as questões de gênero que dificultam ou mesmo evitam o acesso dos homens aos serviços de saúde, como por exemplo, a necessidade culturalmente construída, de parecerem mais fortes que as mulheres e, conseqüentemente, não adoecerem e não necessitarem de cuidados.

Segundo Gomes, Nascimento e Araújo, (2007) observa-se que a presença de homens nos serviços de Atenção Primária em Saúde (APS) é menor do que a das mulheres. Há autores que associam esse fato à própria socialização dos homens, em que o cuidado não é visto como uma prática masculina. As práticas em saúde, geralmente são tidas como obrigatórias “naturalmente” para as mulheres. As mulheres recebem a instrução, desde cedo, para reproduzirem e consolidarem os papéis que as tornam responsáveis pela manutenção das relações sociais (de cuidados) e pela prestação de serviços aos outros.

Em relação a idade, a média foi de 51,17 anos, diferente de alguns trabalhos publicados que estudam em geral a população idosa, apenas, quando se refere à HAS e DM, como nos estudos referido anteriormente em que a média de idade é mais de 60 anos. A cada dia, observa-se, mais pessoas acometidas por esses agravos em idade jovem, antes dos 40 anos, quando se esperava desenvolver, geralmente, por volta dos 50 anos. Identificou-se 17

(15%) pessoas com menos de 40 anos, dessas, duas tinham menos de 30 anos (MOURA, 2007). Indicadores como esses refletem os hábitos de vida da população, que não diferente de outros locais no Brasil e no mundo tem incluído em suas rotinas hábitos de sedentarismo, alimentação incorreta, tabagismo e consumo excessivo de álcool. Levando, conseqüentemente ao desenvolvimento precoce da hipertensão e do diabetes (NOGUEIRA, 2012).

Logo, fatores como esses denotam a necessidade de intervenções pelas equipes da Estratégia Saúde da Família, buscando priorizar, principalmente, as ações de promoção da saúde e de prevenção desses agravos em pessoas que apresentem sinais de risco e uma possível chance de desenvolvimento dessas doenças com o passar dos anos.

Em relação à raça/cor, detectou-se que 80 (72%) das pessoas se autodeclararam pardos, 16 (14%) pretos, 11 (10%) brancos e três (2%) amarelos. É sabido da relação da etnia negra com a Hipertensão Arterial Essencial (HAE) e os fatores de risco cardiovasculares. Pessoas de cor preta tem maior chance de desenvolver hipertensão, bem como, sua gravidade tende a ser maior, particularmente quanto à incidência do AVE e Insuficiência Renal Crônica (IRC). Esse comportamento pode estar relacionado a fatores étnicos e/ou socioeconômicos, em concordância com os resultados obtidos neste estudo (MOURA, 2007)).

Evidenciou-se que o componente da raça/cor é pouco relatado nos estudos que trazem os perfis demográficos de pessoas com hipertensão arterial e diabetes, impossibilitando assim maiores comparações. Porém, compreendendo a miscigenação do brasileiro e sua própria história sabe-se que dependendo da região do país esse perfil se diferencia, tanto em relação a raça/cor, como também outros aspectos como a cultura.

Já em relação ao estado civil, notou-se que a maioria são casados, 79 (71%) pessoas, seguido de solteiros 14 (12%), viúvo 12 (10%) e divorciados cinco (4%) pessoas. Embora com percentual maior, os dados refletem similaridades com Ferreira, (2015). Chibante, Sabóia, Teixeira e Silva, (2014) ao estudarem QV de pessoas com diabetes de um Grupo de Diabéticos do Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense identificaram também um quantitativo maior de pessoas casadas numa amostra de 40 pessoas, seguida de viúvos, solteiros e separados. Silva et al., (2015) traz dados também aproximados com os achados no presente estudo após debruçar-se sobre uma população de 397 hipertensos de um município do Sul de Minas Gerais.

Compreende-se que considerando a média de idade da população que foi 51,1 anos, esperava-se uma possível relação com famílias já estruturadas no modelo de família nuclear, pai, mãe e filhos, assim confirmou-se ao passo de que mais da metade das pessoas estudadas

estão casadas e/ou união estável. Além disso, outro fator relevante a considerar que nesses casos a pessoa com condição crônica gerencia sua condição com apoio da família, sendo o cônjuge muitas vezes o cuidador, sendo, em alguns casos necessário também um olhar da equipe de saúde para esse cuidador.

Logo, os significados da doença não pertencem apenas exclusivamente ao indivíduo doente, interferem também na dinâmica de suas famílias e de sua rede social. Esses significados que são compartilhados de forma direta e/ou indireta, acabam influenciando no curso da doença (LIMA, 2000). Eles podem auxiliar na remissão ou no aumento de sintomas e dos comportamentos de risco. A rotina da família pode sofrer mudanças tendo em vista as novas rotinas que a doença pode impelir a pessoa com hipertensão e diabetes. As Equipes de Estratégia Saúde da Família podem estar junto a família, informando e apoiando esse processo de mudança no lar, além disso, construindo junto a família a respostas que se adequaram a rotina de cada família.

Também, buscou-se conhecer o grau de instrução da população estudada, assim, percebeu-se que o grau de instrução da população é de poucos anos de estudo, tendo a maioria de 1 a 4 anos de estudo, 38 (34%) pessoas; o número de pessoas analfabetas também foi relativamente alto, 25 (22%), igual ao número de pessoas com 5 a 8 anos de estudo e 22 (12%) pessoas com mais de 9 anos de estudo. Os mesmos dados foram evidenciados em Ferreira (2015) e Neto et al., (2014) ao estudarem pessoas com hipertensão e diabetes acompanhados na ESF. A escolaridade, em alguns estudos é fator relacionamento a adesão do tratamento, mostrando que menor escolaridade, menor a adesão e mais dificuldade na condução correta do processo de adoecimento.

Os achados denotam particularidades importante na população em estudo, os mesmos devem ser considerados pela equipe da Estratégia Saúde da Família que presta assistência a essa população. Tendo em vista que uma escolaridade baixa pode interferir na compreensão quanto a doença, nas interferências da mesma na sua rotina, na tomada da medicação, bem como sua adesão correta e também na dificuldade de muitas vezes munir-se de informações importantes em relação a doença, que a leitura poderia ajudar, mas que por não saber ler, precisa ser mais orientada durante as consultas e em alguns casos em Visitas Domiciliares (VD).

Por conseguinte, investigou-se também a renda. Observou-se que a maioria das pessoas tem a renda mensal de entre 01 e 02 Salário Mínimo (SM), 79 (71%) pessoas, menos

de 01 SM tinham 23 (20%) pessoas e oito (7%) pessoas possuíam renda de 03 a 05 SM. A renda separa as pessoas em classes, nessa conjuntura, a estratificação da população em classes sociais expressa fortemente o contexto da iniquidade social, as quais são definidas em termos da distribuição do excedente econômico, de acesso ao poder e oportunidades.

Destaca-se na estatística de mortalidade atribuída às doenças crônicas que a prevalência dessa taxa se acentua em pessoas que possuem baixa renda, em virtude da maior vulnerabilidade e exposição aos fatores de risco, como também por terem menos acesso aos serviços de saúde. Não adverso, o aumento da carga de DCNT é reflexo negativo dos efeitos da globalização, da rápida urbanização, da vida sedentária e da alimentação com alto teor calórico e do marketing que estimula o uso do tabaco e do álcool (MALTA, 2014).

Essa estratificação social molda a reprodução das iniquidades sociais, que configuram e que contribuem para a distribuição desigual e injusta dos fatores materiais, biológicos, psicossociais e comportamentais, produtores de saúde e bem-estar, e resultam em distintos padrões de acesso a bens e serviços (BARBOSA E COSTA, 2013).

Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), apresentadas possibilitam caminhos que tenta dar conta de explicar a complexidade de fatores que podem “determinar” o processo saúde/doença. Destarte, a complexidade dos DSS é vencer os interesses econômicos, pois, o que ainda se observa é que, possivelmente, a saúde ou investimentos em saúde ainda são vistos como despesas ou gastos públicos. O pior, ainda se gasta mais em medidas curativas que preventivas e ainda se investe pouco em promoção em saúde, em minimizar as iniquidades em saúde, agravando ainda mais o cenário dos agravos como as DCNT.

6.2 Perfil clínico: Aspectos relevantes junto à população estudada

Ao analisar os valores de hemoglobina A1c, obteve-se que 40,7% dos pacientes apresentavam valores superiores a 7%, sendo a média e o desvio padrão de $6,9 \pm 1,9$. Considerando que a hemoglobina A1c é capaz de prognosticar o risco de desenvolvimento de várias complicações crônicas do diabetes, é recomendada a sua verificação em todos os pacientes com diabetes para a documentação do grau de controle glicêmico (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016)

Os valores de hemoglobina A1c expressos para avaliar o grau de controle glicêmico são baseados em estudos clínicos prospectivos e randomizados. Esses estudos mostraram que há correlação entre o controle glicêmico e o risco de desenvolvimento de complicações crônicas do diabetes, pois os pacientes com melhor controle glicêmico, também, apresentaram

menor risco para o desenvolvimento de complicações micro e macro vasculares (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016).

Buscou-se, também, no presente estudo discorrer sobre alguns comportamentos de risco na população em estudo, tendo sido encontrado relevantes informações quanto ao sedentarismo, o tabagismo, o consumo de bebidas alcoólicas, obesidade e o autocuidado. Compreendendo-se que esses fatores fazem interface com os aspectos sociodemográficos discutidos anteriormente. Reflete-se que o componente cultural, embora não trazido nesses resultados, também influencia de maneira importante na produção desses comportamentos que serão apresentados.

Mudança nos hábitos de vida ou determinantes comportamentais são descritos como primeira medida de primeira escolha para prevenção das doenças cardiovasculares. As mudanças no estilo de vida para hábitos mais saudáveis são comprovadamente benéficas para as pessoas de ambos os sexos, todos os grupos étnicos, e faixa etárias, são, portanto, importantes estratégias a serem adotadas e trabalhadas pelos profissionais de saúde, principalmente aqueles que trabalham no nível de prevenção, como os da ESF.

Observou-se, no presente estudo, que 9 (8,1%) pessoas afirmaram ser fumantes, já 2 (1,8%) disseram ser ex fumantes. Enquanto que 99 (90%) pessoas não apresentaram hábitos tabagistas. Configurando-se assim, uma população com hábitos não tabagista importante, tendo em vista que também representa, em relação, a esse hábito, uma diminuição no risco de doenças cardiovasculares na população em estudo.

Estudos afirmam que o consumo excessivo de álcool e do tabagismo contribui para a elevação da pressão arterial e por sua vez à prevalência de hipertensão arterial, além de ser empecilhos para a terapêutica anti-hipertensiva (DSBC, 2016). Cotta et al. (2009) ao estudarem o perfil socio-sanitário e estilo de vida de hipertensos e diabéticos em usuários da ESF, encontraram no universo de 150 pessoas com hipertensão e 30 pessoas com diabetes uma população expressiva de tabagista, 50%, diferente dos achados verificados neste estudo.

O tabagismo é considerado um fator de risco cardiovascular importante para o hipertenso, e fator de risco aumentado para as complicações cardiovascular nas pessoas com diabetes. Em geral é indicado a suspensão do hábito em pessoas que tenham uma ou ambas as doenças, tendo em vista que o hábito está relacionado ao mal controle do diabetes e da hipertensão arterial, e, por conseguinte, risco aumentado de desenvolver doenças cardiovasculares (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016).

Evidenciou-se, também, um pequeno número de pessoas que referiram consumo de bebida alcoólica, 13 (11,8%) pessoas. O baixo índice relacionado ao tabagismo e ao etilismo

do atual trabalho também foi encontrado em outro estudo, no qual, dos 70 usuários com DM tipo 2 acompanhados em um Centro de Saúde da Família no município de João Pessoa – PB, apenas 13,4 dos entrevistados referiram o hábito de fumar (RODRIGUÊS et al., 2011).

Outro fator que foi buscado detalhar na população em estudo foi quanto a prática de atividade física. Encontrou-se que a maioria não praticava nenhuma atividade física, 74 (67,2%) pessoas, refletindo uma população com alto índice de sedentarismo, já que apenas 32,2% da população em estudo referiram realizar alguma atividade física em seu cotidiano. Rodriguês et al., (2011), também encontraram em seus resultados no estudo com pessoas 70 pessoas com DM tipo 2, assistidos por equipes da ESF, uma percentagem de sedentarismo de 71,4%.

A piora do padrão alimentar e da prática de atividade física está associada ao aumento da prevalência de síndrome metabólica; alterações fisiopatológicas simultâneas, entre elas a hipertensão e o diabetes, que aumenta o risco de doenças cardiovasculares (FALUDI, 2017). Assim, o estímulo para a prática de atividade física, realizada de forma moderada e regular, por um tempo mínimo de 30 minutos, torna-se benéfico para a redução da incidência das doenças crônicas não transmissíveis, sendo, portanto, importante o estímulo dessas práticas pela equipe da ESF e equipe multiprofissional do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (BRASIL, 2014).

As medidas de intervenção comunitárias para mudanças no estilo de vida e adoção de hábitos mais saudáveis devem ser sustentáveis ao longo prazo e devem incluir todos os grupos sociais, buscando incluir, principalmente, aqueles com menores possibilidades de escolha em razão da pobreza e da exclusão social (COTTA et al, 2009).

Questionou-se, também, junto a população conhecer como era sua postura frente a doença em relação ao autocuidado, classificando-o em suficiente, quando pleno exercício do autocuidado; parcial, quanto presença de comportamentos de risco ou hábitos de risco, como adesão ao tratamento medicamentoso incompleta; já autocuidado insuficiente seria para os casos em que tivessem combinados, comportamentos e de risco e hábitos de risco.

Assim, observou-se que menos da metade da população apresentaram autocuidado suficiente, 40 (36,3%) pessoas. Enquanto que 34 (30,9%) tiveram autocuidado parcial e 36 (32,7%) apresentaram autocuidado insuficiente.

Mendes (2011) afirma que as ações que as pessoas desempenham no seu dia a dia para prevenir, controlar ou reduzir o impacto das condições crônicas de que são portadoras caracterizam o autocuidado. Já as intervenções da equipe de saúde para auxiliar as pessoas a qualificarem esse processo caracterizam o Autocuidado Apoiado. Essa tecnologia e

potencialmente mais custo-efetiva para portadores de condições crônicas estratificadas como de risco baixo ou moderado pode levar ao uso mais efetivo de recursos profissionais.

O autocuidado apoiado é uma relação de diálogo entre os saberes de cuidar de si e os saberes de cuidar do outro. Tal relação manifesta-se escolhendo problemas, estabelecendo prioridades, fixando metas, identificando as dificuldades em cumpri-las. Propõe-se assim na construção de um plano de cuidados a partir de uma ou mais prioridades escolhidas por meio de uma negociação entre o profissional de saúde e o usuário. Isso significa, entre outros aspectos, compreender as diferentes vulnerabilidades da pessoa, conhecer o modelo explicativo da sua condição e estabelecer um horizonte comum de cuidados entre todos os atores envolvidos no processo (BRASIL, 2014).

6.3 Qualidade de Vida Relacionada à Saúde: aspectos a serem refletidos no contexto da Estratégia Saúde da Família

Os estudos de qualidade de vida possibilitam julgamentos clínicos, mas também avalia os impactos físicos e psicossociais que as doenças podem acarretar para as pessoas acometidas, permitindo melhor conhecimento acerca do sujeito e de sua adaptação à condição de estar doente (CAVALCANTE, 2007).

Nas últimas décadas, os resultados da atenção à saúde têm sido medidos, valorizando, cada vez mais, a ótica do paciente. Os benefícios de tratamentos específicos e dos sistemas de assistência em geral vêm sendo avaliados considerando a extensão da mudança provocada no estado funcional e no bem-estar do indivíduo, à luz de suas necessidades e expectativas.

No presente estudo foi possível evidenciar que em relação a qualidade de vida relacionada a saúde (QVRS) pelo questionário SF-36, os domínios tiveram os seguintes resultados em ordem de classificação:

Aspectos Sociais (AS): Esse domínio obteve maior escore, média 74,2 (DP 29,3). Observou-se semelhança nos estudos de Carvalho et al. (2012) ao estudar uma população de cem pessoas adultas com hipertensão acompanhados em um hospital universitário em São Luiz, e de Magnabosco e Nogueira (2009), ao estudar a qualidade de vida de 131 pessoas com hipertensão, maioria idosos, acompanhados em um grupo de convivência de um Centro de Referência de Especialidades e Serviços (CRES) do município de Sacramento – Minas Gerais. A influência da condição crônica na rotina diária das pessoas interfere de forma mais significativa nas restrições alimentares, que pode implicar na escolha por faltar em momentos festivos que tenham comida inapropriadas a sua saúde. Assim, a condição crônica pode levar

as algumas perdas nas relações sociais, nas atividades de lazer e de prazer, conduzindo a pessoa ao comprometimento da QV (REGO, 2011).

Saúde Mental (SM): Quanto aos escores nesse domínio, observou-se o segundo melhor aspecto da QVRS, ficando com média de 66,4 (DP 26,7). Hoje é cada vez mais presente a associação das condições de cronicidade com outra condição crônica que é a depressão, situação essa que muito compromete a adesão aos tratamentos necessários para manter autocuidado, refletindo assim na QV. Percebeu-se dados com escores aproximados quanto a saúde mental nos estudos de Magnosbosco e Nogueira (2009), citados também no escore de aspectos sociais e, também, no estudo de Alves et al (2013) com 170 pessoas com diabetes acompanhadas em um Ambulatório de Endocrinologia da Universidade Federal de Sergipe.

Aspectos Emocionais (AE): A média desse domínio foi de 64,5 (DP 43,9). Possivelmente tenha uma relação com a população ainda ser em sua maioria na faixa etária dos 39–59 anos, visto que se espera que o estado emocional seja mais afetado, particularmente em estágios avançados da doença, levando a outras limitações. Verifica-se que em relação a esse domínio, alguns estudos apresentam médias superiores aos achados neste estudo, como Alves et al. (2013) que identificou em 170 pessoas com diabetes escore de 85,6 no escore de aspectos emocionais. Já, Chibante et al. (2014) traz o escore 54,1 nos resultados numa população de 50 pessoas com diabetes.

Aspectos Físicos: Esse domínio apresentou como média 63,1 (DP 44,0). Amaral et al. (2017) tiveram resultados parecidos nesse escore ao estudar 27 pessoas no grupo de HiperDia em uma Unidade Básica de Saúde no município de Guarapuava- Paraná. Contrariamente, no estudo de Chibante et al. (2014), que trabalhou a qualidade de vida de 50 pessoas com diabetes acompanhadas no Grupo dos Diabéticos do Hospital Universitário Federal Fluminense apresentou domínio inferior a 50 na dimensão aspectos físicos, possibilitando inferir que, provavelmente, em populações com esse domínio baixo haverá queixas constantes de presença de dor, desconforto, falta de energia, fadiga, sono, entre outros.

Vitalidade: A média nesse domínio foi de 58,0 (DP 21,2), corroborando com os achados em outros estudos como os de Carvalho et al (2012) com cem pessoas com hipertensão acompanhados em um Liga de Hipertensão Arterial e de Alves (2013) com uma população de 170 pessoas com diabetes. Baixos escores em relação a vitalidade apontam possível comprometimento em relação ao ânimo e disposição para o enfrentamento das

tarefas diárias. Há também que se considerar que a hipertensão e diabetes em certa momento tempo da doença apresenta quadros de fadiga mais recorrentes (CAVALCANTE, 2007).

Capacidade Funcional: Encontrou-se domínio mediano, com média 56,1 (DP 18,1). Provavelmente na população estudada há pessoas com problemas de limitações físicas, já que esse domínio avalia o desempenho físico, considerando a presença de limitação em três níveis. Geralmente essas limitações estão mais fortemente ligadas já as complicações das doenças crônicas e não a condição em si. Amaral et al. (2017) traz resultado inverso, média 74, nesse escore ao estudar 27 pessoas no grupo de HiperDia em uma Unidade Básica de Saúde no município de Guarapuava- Paraná. Já, Chibante et al (2014), evidenciou resultado mais aproximado em relação à capacidade funcional, com média 49.

Dor: Tendo segundo pior desempenho, com média de 54,3 (DP 21,2), a dimensão nomeada dor avalia a presença, a extensão e as limitações provocadas pela mesma. Estudos como de Miranzzzi et al (2008) com 30 pessoas com hipertensão e diabetes acompanhados na ESF também tiveram avaliações com baixo escore de qualidade de vida em relação a dor, porém, nesse estudo o instrumento para avaliar a QVRS foi o WHOQL-bref. Já no estudo de Halfoun, Mattos e Aguiar (2007), o quesito dor teve o pior escore, média 42, de QVRS em uma população de 138 pessoas com hipertensão atendidos em um Centro de Saúde do município do Rio de Janeiro.

Estado Geral de Saúde: Esse domínio reflete a percepção e expectativa do indivíduo em relação à sua saúde e como está se sentido cotidianamente. Notou-se que há um comprometimento significativa em relação a esse domínio, tendo a nota mais baixa, média 47,2 (DP 22, 29). Estudos como os de Carvalho et al. (2012), Chibante et al. (2014) e Amaral (2017) tiveram escores medianos quanto a esse domínio, médias 60,7; 54,6 e 59,3, respectivamente.

Alguns autores apontam que a baixa QVRS em pessoas com hipertensão e diabetes estão relacionadas às consequências das complicações causadas pelas doenças, e não em si pelas condições isoladamente. (AMARAL, 2017). Percebeu-se que os domínios referentes a saúde física afetaram mais a QVRS nas pessoas estudadas que os domínios referentes à saúde mental.

6.4 Hipertensão Arterial Sistêmica não controlada: um mal silencioso que compromete a QVRS

Além de discorrer sobre os achados das dimensões da QVRS, outros pontos importantes foram deflagrados ao passo que os dados foram sendo interpretados, como por exemplo correlacionar e analisar as variáveis pressão arterial e obesidade no universo das pessoas controladas e não controladas.

Ao realizar o cruzamento dos grupos das pessoas com pressão arterial controlada e das pessoas com pressão não controlada e QVRS, encontrou-se significância estatística em cinco dos oito domínios. Evidenciado que no grupo das pessoas com pressão arterial controlada os domínios saúde mental, aspectos emocionais e aspectos físicos obtiveram melhor escore do que no grupo das pessoas com pressão arterial não controlada. Já nos domínios vitalidade e capacidade funcional, o grupo das pessoas com pressão arterial não controlada tiveram melhor QVRS.

Resultado encontrado nos estudos de Carvalho et al. (2012) ao estudar a pressão arterial em grupo de pessoas com pressão normotensa e não controladas, observou que no grupo de pessoas normotensas a tinham melhores escores em sete domínios da QVRS, corroborando com os achados no presente estudo. Além disso, na literatura, alguns estudos corroboram esse resultado, demonstrando o impacto da hipertensão na QVRS (BRITO et al, 2008; ARSLANTAS et al, 2009)

Os autores que avaliaram a QVRS em pacientes hipertensos e compararam-na aos normotensos, concluíram que aqueles com a PA elevada apresentaram-na de forma pior. Chegaram, ainda, à conclusão de que, nesse grupo, algumas variáveis podem causar mais impacto na QVRS, como, por exemplo, presença de comorbidades, PA não controlada, danos em órgãos-alvo, frequência cardíaca elevada, excesso de peso, sexo feminino, idade mais avançada, menor renda, menor escolaridade e ausência de companheiros (ARSLANTAS, 2009).

Segundo Arslantas (2009), a falta de consistência dos estudos acerca do impacto da HAS na QVRS nos domínios do SF- 36 pode ser justificada pelas diferenças da população estudada (características sociodemográficas, comorbidades, gravidade da hipertensão e efeitos colaterais da medicação anti-hipertensiva).

Trevisol e Fuchs (2008), afirmaram que, apesar da variabilidade dos resultados do impacto da HAS na QVRS, os pacientes hipertensos, quando comparado aos normotensos, apresentam pior QVRS, pelo menos no componente físico.

Também, observa-se que um dos maiores desafios no combate à hipertensão arterial ainda se deve à não adesão ao tratamento. Estudos mostram baixos níveis de adesão a terapia anti-hipertensiva, bem como a mudança do estilo de vida sedentária para uma vida com mais saudável. Em pesquisa realizada com pessoas com hipertensão e/ou diabetes de Francisco Morato (SP), foram identificados apenas 33,3% de indivíduos dieta adequada e somente 25% realizavam atividade física. Neste estudo identificou-se que apenas 32,27% dos indivíduos disseram realizar alguma atividade física. Além disso, as taxas de adesão as terapias medicamentosas também se apresentam baixa (REINERS et al, 2012).

6.5 Obesidade: um fator de risco em ascensão na população em estudo

Escolheu-se trazer esse dado, pois foi encontrado no estudo um número significativo de pessoas com obesidade na população investigada, metade da população (50%). Logo, realizou-se o cruzamento dos dados referentes a obesidade e QVRS, porém, não foi encontrando significância estatística. Muito embora, possamos inferir a partir de algumas reflexões pertinentes a relação da obesidade ao diabetes e a hipertensão.

A obesidade representa um dos maiores problemas de saúde da atualidade, sendo considerada importante fator de risco para diversas Doenças Crônicas Não Transmissíveis, com destaque para hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, doenças cardiovasculares e alguns tipos de câncer (BERGMAN et al., 2011). Embora tenha sido apresentada em população com a doença já em curso, possivelmente a obesidade tenha sido um fator de risco junto a outros fatores, para o desenvolvimento do diabetes e da hipertensão na população em estudo.

Outro fator relevante é a dificuldade em metade da população em estudo realizar o controle do peso, algo que pode ter vários determinantes, dentre eles questão social, pouco acesso a informações de qualidade e/ou fragilidade nas ações de educação em saúde para esse público, não avaliação e pouco reconhecimento da necessidade de acompanhamento do peso nas consultas de rotina, bem como a importância de mantê-lo em bons níveis para saúde.

Alguns estudos sugerem estreita relação entre a obesidade e o declínio na QV, sendo mais acentuado naqueles que não seguem algum tratamento (BROWNE, MCGEE, O'BOYLE, 1997; PETRIBU, 2006). Autores afirmam que há alteração da imagem corporal provocada pelo aumento de peso, produzindo diminuição da autoimagem e desvalorização no seu autoconceito psicológico. Em consequência, poderão surgir sintomas depressivos e

ansiosos, diminuição da sensação de bem-estar e aumento da sensação de inadequação social relacionado com consequente degradação da performance (PETRIBU, 2006).

A QV dos obesos, de acordo com Van Germet et al. (2012), está intensamente comprometida quando associada a comorbidades, podendo gerar também distúrbios emocionais e psicológicos causados por prejuízo e discriminação. A obesidade torna-se aspecto negativo na vida da pessoa, que também sofre com o preconceito.

Em outro estudo realizado por Brilmann, Oliveira e Thiers (2007), investigou-se a QV em pacientes com sobrepeso/obesidade I ou II (grupo I) e obesos grau III (grupo II) que buscavam, em quatro instituições especializadas na região da Grande Porto Alegre, tratamento para excesso de peso. Participaram desse estudo 73 pessoas e a escala aplicada foi SF-36. Os autores encontraram associações estatisticamente significantes entre ser obeso grave ou apresentar sobrepeso/obesidade I ou II e os componentes capacidade funcional ($p < 0,001$), aspectos físicos ($p < 0,05$) e dor ($p = 0,003$). Nos oito domínios do SF-36, as pessoas com obesidade grave apresentaram escore mais baixo que aqueles com sobrepeso ou obesidade I ou II, indicando acentuado prejuízo na QV. Foi identificada, na avaliação da QV específica na obesidade do Orwell 97, associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre ser obeso grave ou ter sobrepeso/obesidade I ou II. A intensidade da obesidade mostrou-se relacionada com a piora na QV do obeso.

Além disso, Tavares, Nunes e Santos (2010) ao realizar uma revisão de literatura sobre a relação da obesidade com a qualidade de vida, trouxeram em seus resultados que na literatura vários salientaram a relação direta entre obesidade e QV e a sua íntima relação com representativo excesso de peso, mais tendência ao isolamento social, ao estresse, à depressão e ao agravamento da capacidade funcional.

Assim, os achados inferem além de características próprias relacionadas à obesidade na população em estudo, também traz aspectos importantes a serem considerados pela equipe de saúde do território para com a população que pode está apresentando déficit em sua QV, embora não tenha sido comprovada a relação estatística. Podendo, inclusive afetar a saúde mental das pessoas, que com diabetes e hipertensão já apresentam e a cronicidade das mesmas já levam a depressão, quanto mais com mais uma doenças crônica, a obesidade.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em geral a população apresentou níveis de qualidade de vida nas dimensões avaliadas entre boa e mediana, em que as dimensões aspectos sociais teve melhores índices de QVRS com 74,25 e Estado Geral de Saúde pior índices, 47,26. Além disso, o perfil sociodemográfico mostrou que há predomínio do sexo feminino, idade média de 51,17 anos, casados, com renda de um salário mínimo, com formação educacional até do ensino fundamental incompleto. Evidenciou-se também que pessoas com pressão arterial controlada possuem melhor QVRS do que aquelas com pressão arterial não controlada.

Os achados do presente estudo possibilitaram a reflexão dos profissionais quanto a necessidade de atenção à qualidade de vida dos pacientes, modificando as abordagens terapêuticas de maneira geral. Isso poderá ocorrer com o encontro de alternativas clínicas, comportamentais e sociais, que interfiram favoravelmente na QV como um todo, no estímulo cada vez maior à melhor relação profissional de saúde/paciente e até com o desenvolvimento de fármacos que, além do benefício no controle da pressão arterial e da glicose no sangue, tenham ainda efeitos benéficos sobre a QVRS. Assim, entende-se que conhecer o perfil sociodemográfico e os domínios da QVRS possibilitaram bagagem para discussão de planos terapêuticos e ações mais amplas, como as de promoção da saúde voltadas para esse público.

Percebe-se, também, como fragilidade o desenho metodológico adotado, compreendendo que os estudos transversais não permitem atribuir causalidade às associações encontradas, uma vez que analisam desfecho e exposição simultaneamente. Os achados, entretanto, têm relevância por proporcionar melhor conhecimento e compreensão da interferência da HAS e DM sobre a QV. Outra limitação do estudo foi a impossibilidade de fazer uma avaliação da influência da classe de medicamentos hipotensores e hiperglicêmicos na qualidade de vida dos hipertensos pelo grande número de associações.

Ademais, sugere-se que tenham mais estudos que trabalhem pessoas com as duas condições de saúde, hipertensão e diabetes, já que a maioria dos estudos se limitam a apenas uma condição e hoje observa-se um número cada vez maior de pessoas com as duas doenças. Além disso, poucos estudos também fazem a reflexão desses perfis e sua relação com o processo de saúde-doença, fortalecendo ainda mais visões restritivas e limitadoras no campo das ações de enfrentamento aos agravos em saúde.

7 REFERENCIAS

ALMEIDA, M. A. B. **Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas, de pesquisa** / Marcos Antonio Bettine de Almeida, Gustavo Luis Gutierrez, Renato Marques : prefácio do professor Luiz Gonzaga Godoi Trigo. – São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH/USP, 2012. 142p.: il

ALVES, T. O. S. et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas com diabetes mellitus. **Rev Mineira Enferm**, 2013 jan/mar; 17 (1): 135-140.

AMARAL, F. A.; , DALL'AGNOL, S. M.; , CLÁUDIA BERNARDES MAGANINHI, C. B.; FREITAS, N. A. R, KICH, C. Qualidade de vida dos usuários do Programa Hiperdia de uma Unidade Básica de Saúde do município de Guarapuava/PR. **Espaço para a saúde – revista de saúde pública do paraná** | Londrina | V. 18 | N. 1 | P. 64-71 | julho 2017.

ARBEX, F. S.; ALMEIDA, E. A. Qualidade de vida e hipertensão arterial no envelhecimento. **Rev Bras Clin Med**. 2009; 7(5):339-42.

ARSLANTAS D, AYRANCI U, UNSAL A, TOZUN M. Prevalence of hypertension among individuals aged 50 years and over and its impact on health related quality of life in a semi-rural area of western Turkey. **Chin Med J (Engl)**. 2008;121(16):1524-31.

BARBOSA IR, COSTA ICC. **A determinação social no processo de adoecimento no contexto das populações negligenciadas** [Internet]. Recife (PE): Portal DSS-Nordeste; 2013 Mar 27. Disponível em: <http://dssbr.org/site/opiniones/a-determinacao-social-no-processo-de-adoecimento-no-contexto-das-populacoes-negligenciadas>. Acesso em 25/03/2017.

BERGMAN, R. N.; STEFANOVSKI, D.; BUCHANA, T. A.; SUMNER, A. E.; REYNOLDS, J. C.; SEBRING, N. G. et al. A better index of body adiposity. **Obesity**. 2011; 19(5):1083-9.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde/ Secretaria de Vigilância em Saúde**. V. 24. Brasília, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 162 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : diabetes mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 160 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

_____. **Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde**. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 162 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 72p. 2008.

_____. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis : DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro** / Brasil. Ministério da Saúde – Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

BRILMANN, M; OLIVEIRA, M. S; THIERS, V. O. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde na obesidade. **Cad Saúde Coletiva**. 2007;15(1):39-54

BRITO DMS, ARAÚJO TL, GALVÃO MTG, MOREIRA TMM, LOPES MVO. Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. **Cad Saúde Pública** [Internet]. 2008. Acesso em 18/05/2017

BROWNE, J.; M, C. G. E. E .H. M.; O'BOYLE, C. A. Conceptual approaches to the assessment of quality of life. **Psychol Health**. 1997;12:737-51.

BÜNDCHEN DC, SANTOS RZ, ANTUNES MH, SOUZA CA, HERDY AH, BENETTI M, et al. Qualidade de vida de hipertensos em tratamento ambulatorial e em programas de exercício físico; Quality of life among hypertensive patients in outpatient treatment and exercise programs. **Rev Bras Cardiol** [Internet]. 2010 [cited 2017 Sept 18];23(6):344-50.

BUSS, P. M. Promoção da Saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2000, 5 (1): 163-177.

CARVALHO ARS, CIOL MA, TIU F, ROSSI LA, DANTAS RAS. Anticoagulação oral: impacto da terapia na qualidade de vida relacionada à saúde ao longo de seis meses. **Rev Latino-Am Enfermagem** [Internet]. 2013 [cited 2017 Sept 18];21:105-12.

CARVALHO MA, SILVA IB, RAMOS SB, COELHO LF, GONÇALVES ID, FIGUEIREDO NETO JA. Qualidade de Vida de pacientes hipertensos e comparação entre dois instrumentos de medida de QVRS. **Arq Bras Cardiol** [Internet]. 2012 [cited 2017 Sept 18];98(5):442-51.

CAVALCANTI, A. M; Jesus CS, Martins SK. Construindo a estratégia de Autocuidado Apoiado. In: Moyses ST, Filho ADS, Moyses SJ, editors. **Laboratorio de inovacoes no cuidado das condicoes cronicas na APS: a implantacao do modelo de atencao as condicoes cronicas na UBS Alvorada em Curitiba, Parana**. Brasilia: Organizacao Pan-Americana/Conselho Nacional de Secretarios de Saude; 2012. p. 129-41.

CAVALCANTE, M. A. **Qualidade de vida de pacientes hipertensos em tratamento ambulatorial**. [Dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2007.

CEBES. **Pesquisa Nacional de Saúde mostra que cerca de 40% dos brasileiros têm doença crônica**. Disponível em: < <http://cebes.org.br/2014/12/pesquisa-nacional-de-saude-mostraque-cerca-de-40-dos-brasileiros-tem-doenca-cronica/>>, acesso em: 14 de fevereiro de 2017.

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)** [tese] São Paulo: Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP; 1997.

CHIBANTE, C. L. P.; SABÓIA, V. M; TEIXEIRA, E. R; SILVA, J. L. L. Qualidade de vida de pessoas com diabetes mellitus. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 28, n 3, set de 2014.

COSTA, J. M. B. S.; SILVA, M. R. F.; CARVALHO, E. F. Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de saúde da família do município de Recife (PE, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, (16): 623-633. Recife, 2011.

COTTA, R. M. M.; CASTRO, F. A. F.; ALFENAS, R. C. G. et al, Perfil socio-sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família no município de Teixeira, MG. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(4):1251-1260, 2009.

DENZIN, N. K. & LINCOLN, Y. S. **Handbook of Qualitative Research. Thousand Oaks: Sage**, 2005.

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016) / Adolfo Milech...[et. al.]; organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio - São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016. il. ISBN 978-85-8114-307-1.

FALUDI, A. A.; IZAR, M. C. O.; SARAIVA, J. F. K.; CHACRA, A. P. M.; BIANCO, H. T.; AFIUNE NETO, A. et al. **Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2017**. **Arq Bras Cardiol** 2017; 109(2Supl.1):1-76.

FERREIRA, F. S.; SANTOS, C. B. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes diabéticos atendidos pela Equipe de Saúde da Família. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 406-411, 2009.

FERREIRA, E. P. M.: **Avaliação dos usuários sobre o Programa Hiperdia de uma Estratégia Saúde da Família do município de Benevides, Pará.** Universidade Federal do Pará. Tese. 2015

GIANCHELO, A. L. Health outcomes research in Hispanics/Latinos. *J Med Systems*. 1996; 21(5):235-54.

GOMES, R. **Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão.** Rio de Janeiro, 2003, p. 825-829.

GOULART, F. A. A. **Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios para os sistemas de saúde.** Brasília: OPAS, 2011. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Condicoes-Cronicas_flavio1.pdf>. Acesso em: jan. 2016.

GRILLO, M. F. F.; GORINI, M. I. P. C.: Caracterização de pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 2. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2007 jan-fev; 60(1):49-54.

GUYATT, G. H.; FEENY, D. H.; PATRICK, D. L. Measuring health-related quality of life. *Annals of Internal Medicine*, v. 118, n. 8, p.622-629, 1993.

HAYATI, D; KARAMI, E. & SLEE, B. Combining qualitative and quantitative methods in the measurement of rural poverty. *Social Indicators Research*, v.75, p.361-394, springer, 2006

HARB, M. C. S. Desigualdades socioeconômicas e demográficas na prevalência de doenças crônicas autorreferidas em adultos no município de Florianópolis, Santa Catarina, 2009

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. Diabetes atlas update 2012: Regional & Country Facctsheets. Disponível em: . Acesso em: 01 jan. 2016.

LUZ, P. L.; DA CESENA, F. H. Y. Prevenção da doença coronariana. *Rev Soc Cardiol* 2001; 11(2):6-20.

MAGNABOSCO, P. NOGUEIRA, M. S. Qualidade de vida relacionado a indivíduos com hipertensão arterial. *Rev Min Enfer*. 13(2): 225-2231, 2009.

MALTA, D. C. Doenças crônicas não transmissíveis, um grande desafio da sociedade contemporânea. In: **Ciência e Saúde Coletiva**. vol.19 no.1 Rio de Janeiro jan. 2014.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, v. 14, n. 34, p. 593-605, jul./set. 2010

MENDES, EUGÊNIO VILAÇA **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.: il. ISBN: 978-85-7967-078-7.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família.** Brasília: Organização Pan-

Americana da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf
Acesso em: 14 set 2016.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção a Saúde**. OPS-CONASS, Brasília, 2011.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Caderno & Saúde Coletiva**, 5 (1): 7-18, 2000.

MIRANZI, S. S. C.; FERREIRA, F. S.; IWAMOTO, H.H.; PEREIRA, G. A.; MIRANZI, M. A. F. **Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão** [tese]. Ribeirão preto, SP. Escola de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2007.

MOURA, et al. Repercussão das doenças crônicas não-transmissíveis na concessão de benefícios pela previdência social. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(6): 1661 -1672, 2007.

NEVES, J. L. Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades. **Cadernos de Pesquisas em Administração**, v. 1, n.3, 2º sem., 1996

NOGUEIRA, V.M. R. Determinantes sociais da saúde: o embate teórico e o direito à saúde. **Revista de Políticas Públicas**. São Luis, vol 16, nº 2, jul/dez 2012.

OLIVEIRA NETO, J. G. et al.: PRESSÃO ARTERIAL E PERFIL SOCIOECONÔMICO DE IDOSOS ATENDIDOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE FLORIANOPIAÚ. **Rev. Saúde Públ.** Santa Cat., Florianópolis, v. 7, n. 2, p. 17-28, maio/ago. 2014.

OLIVEIRA, D. S.; TANNUS, L. R. M; MATHEUS, A. S. M; CORRÊA, F. H; COBAS, R.; CUNHA, E. F.; GOMES, M. B. Avaliação do Risco Cardiovascular Segundo os Critérios de Framingham em Pacientes Com Diabetes Tipo 2, **Arq Bras Endocrinol Metab**, 51(2): 268-674, 2007.

ORGANIZACION PANAMERICANA de LA SALUD. **Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas**. Washington: OPAS; 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes**. Brasília: Opas, 2010.

PETTRIBÚ, C.; RIBEIRO, E. S.; OLIVEIRA, F. M. F.; BRAZ, C. I. A.; GOMES, M. L. M.; ARAUJO, D. E. *et al.* Transtorno da compulsão alimentar periódica em uma população de obesos mórbidos candidatos a cirurgia bariátrica do hospital universitário Oswaldo Cruz, em Recife - PE. **Arq Bras Endocrinol Metab**. 2006;50(5):901-8.

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

PUTTINI, R. F.; JUNIOR, A. P.; OLIVEIRA, L. R. Modelos explicativos em saúde coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2010.

REINERS, A. A. O.; SEABRA, F. M. F.; AZEVEDO, R. C. S.; SUDRÉ, M. R. S.; DUARTE, S. J. H. Adesão ao tratamento de hipertensos da atenção básica. **Cienc Cuid Saude**. 2012 Jul/Set; 11(3):581-587.

REGO, A. R. F. **Qualidade de vida de pacientes hipertensos e diabéticos**. [Dissertação]. Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande, 2011.

RODRIGUÊS, D. F.; BRITO, G. E. G.; SOUSA, N. M.; RUFINO, T. M. S.; CARVALHO, T. D. Prevalência de fatores de risco e complicações de diabetes mellitus tipo 2 em usuários de uma Unidade de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Ciência e Saúde**. Volume 15, n. 3. 2011. Pag 277-286

ROSA, R. S. Diabetes mellitus: magnitude das hospitalizações na rede pública do Brasil, 1999–2001. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 17, n. 2, p. 131–134, 2008.

SANTA-HELENA ET, NEMES MIB, ELUF NETO J. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. **Cad Saúde Pública** [Internet]. 2010 [cited 2014 Sept 16];26(12):2389-98.

SA, N. N. B.; MOURA, E.C. Fatores associados à carga de doenças da síndrome metabólica entre adultos brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2010. 26 (9): 1853-1862.

SILVA, F. O.; SUTO, C. S. S.; COSTA, L. E. L. Perfil de pacientes cadastrados no hiperdia: conhecendo o estilo de vida. **Rev Saúd Coletiva**. Dez. 2015; 5(1): 33-39.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *The Lancet*. London, maio, 2011 Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor4.pdf>, acesso em: 19 dez. 2016.

SANTOS, P. R. Correlação entre marcadores laboratoriais e nível de qualidade de vida em renais crônicos hemodialisados. **J Bras Nefrol**. 2005; 27 (2): 70-75.

SCHMIDT M I, DUNCAN BB, HOFFMANN JF, MOURA L, MALTA DC, CARVALHO RMSV, Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006, **Rev Saúde Pública**, 43(2):74-82, 2009.

SCHULZ, R. B. *et al*. Validation of the Short Form of Spanish Hypertension Quality of Life Questionnaire” (MINICHAL) for Portuguese (Brasil). **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.90, n.2, p.139-144, 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes brasileiras de hipertensão. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2010 [cited 2017 may 17];95(Suppl 1):1-51.

TAVARES DMS, RODRIGUES RAP. Educação conscientizadora do idoso diabético: uma proposta de intervenção do enfermeiro. **Rev Esc Enferm USP** 2002; 36(1):88-96

TREVISOL, D. J.; MOREIRA, L. B.; FUCHS, S. C. Qualidade de vida e hipertensão arterial. Hipertensão. 2008;11(4):138-42.

TAVARES T. B.; NUNES S. M.; SANTOS, M. O. Obesidade e qualidade de vida: revisão da literatura. Revista Médica de Minas Gerias. Minas Gerias, 2010. ISSN: 2238-3182. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/371>. Acesso em 06 set 2017.

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

WILLIAMS, B. The year in hypertension. **Journal of the American College of Cardiology**, New York, v. 55, n. 1, p. 66-73, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health topics: Chronic diseases**. Geneva: World Health Organization; 2013. Acesso em 13 dez. 2016. Disponível em: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/

_____. **Prevention and control of non communicable diseases: Formal meeting of Member States to conclude the work on the comprehensive global monitoring framework, including indicators, and a set of voluntary global targets for the prevention and control of non communicable diseases**. Report by the Director- General; 2012

_____. Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control. Mendis S, Puska P, Norrving B editors. Geneva: World Health Organization; 2011.

_____. **Global status report on non communicable diseases 2010**. Geneva: WHO, 2011. 162 p.

_____. **Global estimate of the burden of disease from second-hand smoke**. Geneva: WHO, 2010. 71 p.

_____. **Plan de acción 2008-2013 de la estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles**. Geneva: WHO, 2009. 22 p.

APÊNDICES

APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O (A) senhor (a) está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada: AUTOCUIDADO APOIADO NO MANEJO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: ANÁLISE POR MEIO DE ESTUDO QUASE-EXPERIMENTAL. Tal pesquisa tem como objetivo: Avaliar a efetividade da metodologia do Autocuidado apoiado proposta pelo MACC junto com pessoas com HAS e DM no cenário da Atenção Primária.

Para participar o (a) senhor (a) irá ser acompanhado (a) por seis meses pela pesquisadora e profissionais do Centro de Saúde da Família em que já é cadastrado por meio de visitas domiciliares e ligações telefônicas que visam um acompanhamento e monitoramento das ações que serão pactuadas durante os encontros presenciais no domicílio e em grupo no Centro de Saúde da Família. Primeiramente, tendo sido consentido a participação, **serão aplicados dois questionários, um que busca saber sobre a sua Qualidade de Vida (SF-36) e outro que trata do seu perfil socioeconômico e seu perfil clínico em relação a sua condição de saúde.** Em seguida serão realizadas as verificações: Pressão Arterial, peso, altura e a realização de um procedimento invasivo, coleta de duas amostras de sangue, em caso de portador de diabetes, e uma amostra apenas em caso de portador de hipertensão arterial, para saber como estão as medidas da Hemoglobina Glicada e os níveis de colesterol, exames que estão previstos no protocolo do município, sendo rotina a realização dos mesmos em caso de ser portador de hipertensão ou diabetes. Esses procedimentos serão repetidos ao final do estudo, tendo sido corrido seis meses do início do mesmo. Feito todas as medições, e análise prévia do perfil socioeconômico e clínico, serão realizadas abordagens individuais em domicílio por meio de formulários que abordarão seus hábitos alimentares e a prática de atividades físicas com a pesquisadora que vos fala na perspectiva de construção de um plano de cuidados a partir das suas necessidades e vontades que buscará melhorar sua doença

crônica de saúde já estabelecida. Além desses encontros em seu domicílio, o (a) senhor (a) será convidada a participar de grupo uma vez ao mês, esses grupos irão trabalhar temas importantes para o cuidado em saúde de quem tem hipertensão e diabetes.

Com a participação nesta pesquisa o (a) senhor (a) poderá passar a compreender melhor a sua condição de saúde, permitir realização de algumas mudanças nos hábitos de vida para obter melhores respostas no controle da sua condição crônica e minimizar os riscos em relação as complicações muitas vezes ocasionadas devido ao não tratamento realizado e/ou comportamentos que maximizam os riscos as complicações da doença. Além disso as informações que o(a) Sr(a) fornecer serão úteis para reflexões junto ao comunidade científico e a sociedade em relação a dimensão do cuidado como parte importante no cuidado de pessoas com doença crônicas.

O(A) Sr (a) não terá qualquer despesa com a realização dos procedimentos previstos neste estudo, todo o material gráfico, de apoio, monitoramento e as ligações telefônicas serão custeados pela (CAPES) incentivo financeiro recebido pela pesquisadora por meio de uma bolsa mensal. Incluindo as ligações telefônicas. Os exames de rotina que serão realizados serão feitos por conta da prefeitura do município, pois os mesmos já são pactuados em protocolo para realização anual. Também não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua participação

Assinando esse consentimento, o (a) senhor (a) não desiste de nenhum de seus direitos. Além disso, o (a) senhor (a) não libera os investigadores de suas responsabilidades legais e profissionais no caso de alguma situação que lhe prejudique. A sua participação é inteiramente voluntária. Uma vez aceitando participar desta pesquisa, o (a) Sr (a) deverá se sentir livre para abandonar o estudo a qualquer momento do curso deste, sem que isto afete o seu cuidado ou relacionamento futuro com a instituição. A pesquisadora deste estudo também poderá retirá-lo (a) do estudo a qualquer momento, se ela julgar que seja necessário.

Em momento algum você será prejudicado por participar ou não dessa pesquisa. Além disso, é assegurado o sigilo das informações pessoais fornecidas no questionário. É assegurado o completo sigilo de sua identidade quanto a sua participação neste estudo, incluindo a eventualidade da apresentação dos resultados deste estudo em congressos e periódicos científicos. Por fim, embora sua participação seja importante você não deve fazê-la contra a sua vontade. Se ao completar a leitura desta página você decidir não tomar parte nesta pesquisa, de forma alguma você será prejudicado por sua decisão.

Se durante a pesquisa você tiver qualquer dúvida poderá entrar em contato com o pesquisador GERMANA CELY MEDEIROS DE SOUZA (88-996130471). Ainda, você poderá apresentar recursos ou reclamações em relação ao presente estudo através da Secretaria do Comitê de Ética diretamente pelo telefone (88) 3677-4255.

Germana Cely Medeiros de Souza
Pesquisador Responsável

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Eu, _____, compreendi os propósitos da pesquisa e concordo em participar da mesma, estando ciente dos direitos que me são assegurados.

Sobral, ____ de _____ de 2016.

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Participante

APENDICE B - INSTRUÇÕES PARA COLETA DOS DADOS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
SAÚDE DA FAMÍLIA MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO E CLÍNICO

1. Identificação:
2. Sexo: () masculino () feminino
3. Ano de nascimento: _____ 3. Idade _____
4. Estado civil: () solteiro/a () casado/a () divorciado/a
() união consensual/estável () viúvo/a
5. Renda familiar: r\$ _____
6. Local de residência:
7. Seguindo a nomenclatura utilizada pelo ibge como você classifica a sua cor ou raça?
() branca () preta () amarela () parda () indígena
8. Você cursou estudou? Até que série?
9. Mora com quem?
10. Condição crônica:
() HAS () DM2
11. Valor pressórico: _____ data: _____
12. Hemoglobina glicada: _____ data: _____
13. Colesterol total: _____ data: _____
14. Triglicérides: _____ data: _____
15. LDL: _____ data: _____
16. IMC: _____ data: _____
17. Adesão ao tratamento medicamentoso: () sim () não
18. Pratica atividade física: () sim () não Se sim, quantas vezes por semana?
19. Circunferência Abdominal _____
20. Tabagista: () sim () não
21. Etilista: () sim () não Se sim, quantas vezes por semana ingere álcool

ANEXOS

ANEXO A: ESCALA MEDICAL OUTCOMES STUDY QUESTIONARY 36 - ITEM SHORT FORM HEALTH SURVEY (SF-36)

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

1- Em geral você diria que sua saúde é:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CÁLCULO DOS ESCORES DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA

Fase 1: Ponderação dos dados

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

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

Fase 2: Cálculo do Raw Scale

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

Domínio:

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

- Saúde mental

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

Domínio:

$$\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{Limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$$

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

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

Exemplos de cálculos:

- Capacidade funcional: (ver tabela)

Domínio: $\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$

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

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

- Dor (ver tabela)

- Verificar a pontuação obtida nas 07 e 08; por exemplo: 5,4 e 4, portanto somando-se as duas, teremos: 9,4

- Aplicar fórmula:

Domínio: $\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$

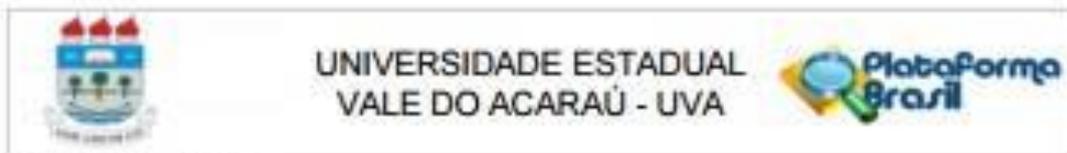
Dor: $\frac{9,4 - 2}{10} \times 100 = 74$

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

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

**ANEXO B – PARECER DA COMISSÃO CIÊNCIA DA SECRETARIA DA
SAÚDE DE SOBRAL**

ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ



Continuação do Parecer: 1.811.501

(sangue), no próprio CSF, para realização de exames de rotina (Hemoglobina Glicada e Lipidograma) já preconizados em Protocolo de assistência a pessoa com HAS e DM tipo II do grupo intervenção e controle que serão utilizados na avaliação dos desfechos. Realizar intervenção individual no domicílio utilizando as metodologias do Autocuidado apoiado junto com as pessoas com HAS e DM que compõe o grupo intervenção em estudo; Realizar intervenções coletivas por meio 16 encontros em grupos de 20 pessoas com HAS e DM que compõe o grupo intervenção em estudo; Analisar por meio da utilização de escala certificada a Qualidade de Vida dos pacientes do Grupo Intervenção e Grupo Controle antes e após a intervenção.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Toda pesquisa envolve riscos em menor ou maior grau e que o pesquisador deverá envia esforços para minimizá-los ao máximo e ponderar entre estes e os benefícios. Neste caso específico, a pesquisa envolve riscos mínimos e os benefícios embora indiretos, sobrepõe aos riscos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa bem delimitada metodologicamente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios estão presentes e permitem apreciação ética.

Recomendações:

Enviar relatório final para este CEP como compromisso assumido na devolução dos achados da pesquisa para o setor saúde do município.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado do CEP/UVA, após apresentação e discussão do parecer pelo relator, acatou a relatoria que classifica como aprovado o protocolo de pesquisa. O(a) pesquisador(a) deverá atentar para as recomendações listadas neste parecer.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	03/10/2016		Aceito

Endereço: Av Comandante Maurício Rocha Pente, 150
 Bairro: Derby CEP: 63.041-040
 UF: CE Município: SOBRAL
 Telefone: (88)3677-4255 Fax: (88)3677-4242 E-mail: uva_comiteetica@hotmail.com



UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA



Continuação do Parecer: 1.611.921

Básicas do Projeto	ETO_700150.pdf	14:29:21		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termoconsentimento.pdf	03/10/2016 14:28:54	GERMANA CELY MEDEIROS DE SOUZA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	dissertacaomas/FINALSIC.pdf	03/10/2016 14:25:57	GERMANA CELY MEDEIROS DE SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	parecersioc.pdf	03/10/2016 14:14:00	GERMANA CELY MEDEIROS DE SOUZA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	25/04/2016 10:15:29	GERMANA CELY MEDEIROS DE SOUZA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SOBRAL, 08 de Novembro de 2016

Assinado por:
Maristela Ines Osawa Chagas
(Coordenador)

Endereço: Av. Comandante Maurício Rocha Pente, 150
Bairro: Derby CEP: 62.041-040
UF: CE Município: SOBRAL
Telefone: (88)3677-4255 Fax: (88)3677-4242 E-mail: uva_comiteee@uval.com