

Ministério da Educação
Universidade Federal da Grande Dourados
Hospital Universitário
Programa de Residência Multiprofissional em Saúde
Ênfase: Atenção Cardiovascular

ADRIELE FREIRE DE SOUZA¹
LUCIANA LEONETTI CORREIA²

**INDICADORES DE QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA**

Dourados/ MS

2014

¹ Psicóloga Residente (Residência Multiprofissional em Saúde – Ênfase: Atenção Cardiovascular) – HU/UFGD.

² Doutora e Docente Adjunto- II do curso de Psicologia/FCH/UFGD.

SOUZA, Adrielle Freire; CORREIA, Luciana Leonetti. **Indicadores de Qualidade de Vida em pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica**. 2014, 34 fls. Trabalho de Conclusão de Curso (Residência Multiprofissional em Saúde) – Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados, Fevereiro de 2014.

INDICADORES DE QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

RESUMO: A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é considerada um grave problema de saúde pública no Brasil. A HAS apresenta-se como um dos fatores predisponentes de diversas outras doenças crônicas não transmissíveis e tem por impacto alterar a Qualidade de Vida de seu portador. Sendo assim, o presente estudo, de caráter exploratório-descritivo, teve por objetivo avaliar a Qualidade de Vida do portador de HAS, de forma a conhecer e apontar os indicadores de Qualidade de Vida em pacientes internados na clínica médica do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU/ UFGD). Participaram do estudo cinco pacientes internados na clínica médica do HU/UFGD. Foram utilizados um protocolo de caracterização da amostra e o WHOQOL-Bref para avaliação da qualidade de vida. Foi realizada uma análise descritiva de cada paciente em relação aos indicadores de Qualidade de Vida e de seus respectivos domínios, de acordo com as médias dos escores brutos de cada domínio do WHOQOL-Bref. Verificou-se que a maioria dos domínios foi avaliada como regular para a maior parte dos pacientes. Por fim, destaca-se que estes achados representam um avanço para a compreensão das consequências da HAS acerca da Qualidade de Vida e apontam para a necessidade de investigação de outros fatores que podem influenciar na Qualidade de Vida dos pacientes hipertensos.

PALAVRAS CHAVE: Hipertensão arterial; Indicadores; Qualidade de Vida; WHOQOL-Bref.

SOUZA, Adrielle Freire; CORREIA, Luciana Leonetti. **Quality of Life Indicators in Hypertensive Patients**. 2014, 34 fls. Trabalho de Conclusão de Curso (Residência Multiprofissional em Saúde) – Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados, February of 2014.

QUALITY OF LIFE INDICATORS IN HYPERTENSIVE PATIENTS

ABSTRACT: The Systemic Arterial Hypertension (SAH) is considered a serious public health problem in Brazil. SAH is presented as one of the predisposing factors for several other chronic non communicable diseases and its impact changes the Quality of Life of the patient. Thus, the present is the exploratory and descriptive study and the aim was to evaluate the Quality of Life of patients with SAH, in order to know and point out the indicators of Quality of Life in patients admitted to the medical clinic of the University Hospital of the Federal University of Grande Dourados (HU / UFGD). The sample was composed of five patients who were admitted to the medical clinic. A protocol for sample characterization and WHOQOL-Bref was used for assessing the Quality of Life. A descriptive analysis of each patient in relation to indicators of Quality of Life and of their respective domains, according to the average raw scores of each domain of the WHOQOL-Bref was performed. According to the results, it was found that most of the areas were rated as fair for most patients. Finally, it is emphasized that these findings represent a breakthrough for understanding the consequences of hypertension on Quality of Life and point to the need to investigate other factors that may influence the Quality of Life of hypertensive patients

KEY-WORDS: Hypertension; Indicators ; Quality of Life; WHOQOL-Bref.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	5
OBJETIVOS	8
OBJETIVO GERAL	8
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
MÉTODO	8
TIPO DE ESTUDO.....	8
PARTICIPANTES	8
CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	9
INSTRUMENTOS	9
PROCEDIMENTO	10
TRATAMENTO DE DADOS	10
RESULTADOS	11
PACIENTE 1	11
PACIENTE 2	12
PACIENTE 3	12
PACIENTE 4.....	13
PACIENTE 5.....	14
DISCUSSÃO	16
CONSIDERAÇÕES FINAIS	18
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20
<i>APÊNDICES</i>	23
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	24
ANEXOS	25
ANEXO A - PROTOCOLO DE CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	26
ANEXO B - INSTRUMENTO WHOQOL-BREF.....	28

INDICADORES DE QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial (HA) caracteriza-se como uma doença crônico-degenerativa, geralmente de natureza multifatorial, que compromete basicamente o equilíbrio dos sistemas vasodilatadores e vasoconstritores que mantêm o tônus vasomotor, levando a redução da luz nos vasos, elevando a pressão em seu interior e causando danos aos órgãos por eles irrigados (FERREIRA, FILHO & PÓVOA, 2009).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é “uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA”, em que a pressão arterial sistólica é maior ou igual a 140 mmHg e a pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não fazem uso de medicação anti-hipertensiva. Amiúde, encontra-se associada 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 (BRASIL, 2006; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A HAS é considerada como um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Dados de 2010 indicam que sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos, podendo ultrapassar 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Essa doença é considerada fator de risco para doenças como cardiopatia hipertensiva e doenças isquêmicas cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal, decorrentes, predominantemente, de aterosclerose e trombose. Por consequência da cardiopatia hipertensiva e isquêmica, caracteriza-se também como fator etiológico de insuficiência cardíaca. Déficits cognitivos, como doença de Alzheimer e demência vascular, em fases mais precoces da vida, também apresentam HAS como fator de risco (DUNCAN, SCHMIDT & GIUGLIANI, 2006).

A HAS possui fatores considerados modificáveis e não modificáveis, nos quais verificam-se uma interação entre fatores genéticos (genes) e fatores ambientais (modificáveis), tais como hábitos de vida e obesidade, entre outros. Estes fatores atuam como causadores da hipertensão (WHO, 2003).

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. 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), a maioria delas ocorreu em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos na faixa etária de 45 e 69 anos. As doenças cardiovasculares têm sido a principal causa de morte no Brasil. Em 2007, a mortalidade por doença hipertensiva cresceu 11%, colaborando para o índice de 13% no total de mortes atribuíveis a doenças cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010; WILLIAMS, 2010; SCHMIDT *et al.*, 2011).

Duncan *et al.* (2006) apontam que, devido a essa pluralidade de implicações, a HAS é considerada a origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e, portanto, pode ser caracterizada como uma das causas de maior redução da expectativa e da Qualidade de Vida dos indivíduos. Nesse sentido, torna-se relevante o estudo da hipertensão arterial sistêmica no que diz respeito à sua implicação na Qualidade de Vida de seus portadores.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), Qualidade de Vida corresponde à “*percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*” (THE WHOQOL GROUP, 1995, p.1405).

Esse conceito teve grande destaque em 1950, motivado pelo interesse das Nações Unidas de mensurar os níveis de Qualidade de Vida de várias comunidades mundiais. Inicialmente, destaca-se o caráter quantitativo para tal mensuração. Contudo, atualmente, observa-se que os esforços a respeito de sua definição tendem para uma abordagem mais ampla e integradora, uma vez que, considera-se a Qualidade de Vida de natureza multifatorial (ALMEIDA *et al.*, 2012).

Nesse sentido, a OMS (1996) refere-se a este conceito a partir de cinco dimensões: (1) saúde física, (2) saúde psicológica, (3) nível de independência (em aspectos de mobilidade, atividades diárias, dependência de medicamentos e cuidados médicos e capacidade laboral), (4) relações sociais e (5) meio ambiente. Sendo assim, trata-se de uma visão global em que se consideram as várias dimensões humanas na determinação dos níveis de Qualidade de Vida de cada sujeito.

Vecchia *et al.* (2005) concebe o termo Qualidade de Vida como a autoestima e o bem-estar pessoal que inclui aspectos relativos: à capacidade funcional, ao nível socioeconômico, ao estado emocional, à interação social, à atividade intelectual, ao autocuidado, ao suporte familiar, ao próprio estado de saúde, aos valores socioculturais e éticos, à religiosidade, ao

estilo de vida, à satisfação com o emprego e com as atividades diárias e com o ambiente em que se vive. Além disso, Rueda (1997) aponta ser plausível considerar a Qualidade de Vida como uma condição complexa e multifatorial sobre a qual é possível desenvolver algumas formas de medidas objetivas, por meio de uma série de indicadores. Todavia, a percepção da vivência que o sujeito ou o grupo social tem de si próprio possui grande relevância específica e deve ser considerada.

Fleck (2000) afirma que a ausência de um instrumento que avalie a Qualidade de Vida a partir de uma perspectiva internacional fez com que a OMS instituisse um Grupo de Qualidade de Vida (WHOQOL group), cuja finalidade era desenvolver instrumentos dentro de uma perspectiva transcultural. A primeira tarefa foi estabelecer um consenso sobre o conceito de Qualidade de Vida, uma vez que, trata-se de conceito muito amplo. A definição deveria abranger a complexidade do construto, além de propor uma interrelação com o meio ambiente e aspectos físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais.

O autor assevera, ainda, que a definição do grupo WHOQOL apresenta a natureza subjetiva da avaliação da Qualidade de Vida, que está imersa em um contexto cultural, social e de meio ambiente:

O que está em questão não é a natureza objetiva do meio ambiente, do estado funcional ou do estado psicológico, ou ainda como o profissional de saúde ou um familiar avaliam essas dimensões: é a percepção do respondente/paciente que está sendo avaliada (FLECK, 2000, p. 34).

Portanto, o instrumento WHOQOL foi desenvolvido a partir de um enfoque transcultural original, possibilitando equacionar as dificuldades referentes à padronização, validação e tradução enquanto se desenvolvia o instrumento. Dessa maneira, desenvolveram-se escalas para medir Qualidade de Vida em adultos, com características fundamentais de subjetividade da Qualidade de Vida, com foco em aspectos positivos e negativos, de caráter multidimensional.

Na tentativa de se estabelecer uma estimativa de bem-estar, que pode ser avaliada por medir a Qualidade de Vida relacionada à saúde, a OMS desenvolveu dois instrumentos, os quais podem ser utilizados em uma variedade de contextos culturais: o WHOQOL-100 e o WHOQOL-Bref. Ambos baseiam-se no conceito supracitado de Qualidade de Vida da OMS e também no conceito de saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social (WHO, 1946/2006).

Por conseguinte, o presente estudo tem por objetivo avaliar a Qualidade de Vida do indivíduo portador de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), a partir da utilização da

escala WHOQOL-Bref.

Haja vista a HAS ser considerada um dos fatores predisponente de diversas outras doenças, uma vez que, pode alterar a Qualidade de Vida de seu portador, este estudo justifica-se de forma a conhecer melhor essa demanda, assim como delinear os indicadores de Qualidade de Vida em pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica dentro do HU/UFGD de Dourados -MS.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Avaliar a Qualidade de Vida de portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) internados na Clínica Médica do Hospital Universitário da Grande Dourados, utilizando a escala WHOQOL-Bref.

Objetivos Específicos

- Caracterização da amostra de pacientes com HAS internados no HU/ UFGD;
- Identificar os indicadores de qualidade de vida em pacientes com HAS.

MÉTODO

Tipo de Estudo

O presente estudo é do tipo exploratório-descritivo. As pesquisas exploratórias têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, no intuito de torná-lo mais explícito, considerando vários aspectos do fenômeno em estudo (GIL, 2010).

Participantes

Participaram do estudo os pacientes internados na Clínica Médica – Postos III e IV - do HU/ UFGD. A clínica médica-Posto III possui 24 leitos, que, basicamente, se dividem nas especialidades de cardiologia, neurologia, pneumologia, nefrologia e hematologia. A clínica médica-Posto IV possui 23 leitos, majoritariamente divididos nas especialidades de nefrologia, hematologia, infectologia e psiquiatria.

Foram considerados como critérios de inclusão indivíduos maiores de 18 anos portadores de HAS, com ou sem doenças associadas tais como Diabetes mellitus, Angina e Insuficiência Cardíaca, entre outros. Por outro lado, foram excluídos: a) pacientes incapazes de se comunicar verbalmente devido à impossibilidade de responderem aos instrumentos; b) a população indígena, pois o WHOQOL-Bref não é validado para essa população; e c)

pacientes do sexo feminino com hipertensão gestacional, pelo fato dessa doença ser considerada transitória, sendo a gravidez o fator etiológico da doença, o que possibilita o retorno aos níveis pressóricos normais 12 semanas após o parto (BRASIL, 2012).

Dessa forma, de acordo com os critérios acima, foram abordados nove pacientes, sendo que destes, três não aceitaram participar do presente estudo e um paciente não concluiu a coleta de dados até o fim. Portanto, a amostra final, foi de cinco pacientes.

Considerações Éticas

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, (CEP) da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD) em agosto de 2013 (nº 373.212).

Além disso, todos os participantes foram esclarecidos sobre o presente estudo por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), o qual apresentava os objetivos, procedimentos, riscos e benefícios, reforçando os princípios éticos da pesquisa e de sua liberdade de escolha em participar ou não do estudo. Em caso de aceite na participação deste, os participantes assinaram o TCLE, sendo que no caso dos analfabetos o aceite foi formalizado com a digital dos mesmos.

Instrumentos

Para a realização da coleta de dados utilizou-se um questionário com perguntas fechadas alusivas às variáveis sociodemográficas no intuito de caracterizar a amostra.

O WHOQOL-Bref, desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde, foi utilizado para avaliar a Qualidade de Vida. Este instrumento consiste em uma versão abreviada do WHOQOL-100, inclusive preservando as propriedades psicométricas do instrumento original (THE WHOQOL GROUP, 1996). Para a composição das questões do WHOQOL-Bref foi selecionada a questão de cada faceta do WHOQOL-100 que apresentava maior correlação com o escore médio de todas as facetas. Portanto, o WHOQOL-Bref contempla 26 itens, sendo duas perguntas gerais de Qualidade de Vida e outras 24 que representam cada uma das 24 facetas componentes do instrumento original.

No WHOQOL-Bref são avaliados, majoritariamente, quatro domínios e suas respectivas facetas (itens), respectivamente, apresentados a seguir:

-Físico: composto por sete itens que contemplam as facetas de dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicações ou tratamentos e capacidade de trabalho do indivíduo;

-Psicológico: composto por seis itens relativos a sentimentos positivos: pensar, aprender, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência; sentimentos negativos e espiritualidade do indivíduo;

-Relações sociais: composto por três itens compreendidos em relações pessoais, suporte ou apoio social e atividade sexual do indivíduo;

-Meio ambiente: composto por 8 itens relativos a segurança física e proteção, ambiente do lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação e oportunidades de recreação/lazer, ambiente físico e transporte do indivíduo.

O paciente avalia cada item em uma escala tipo Likert, que varia de 1 a 5 em níveis crescentes, onde 1 representa baixa Qualidade de Vida e 5 indica uma Qualidade de Vida muito boa.

Procedimento

Após a aprovação do projeto pelo CEP/ UFGD foi iniciada a pesquisa. Aos participantes era, inicialmente, apresentado o TCLE (APÊNDICE A) e, mediante aceitação deste, prosseguia-se com a coleta de dados, por meio da aplicação de um protocolo de caracterização da amostra (ANEXO A) e do WHOQOL-Bref (ANEXO B). Em todas as coletas, os instrumentos foram aplicados nessa mesma sequência.

A aplicação dos protocolos foi realizada de forma que a pesquisadora responsável por este estudo lia as questões uma a uma aos participantes e anotava a resposta dos mesmos nos protocolos de aplicação.

Os protocolos foram aplicados nos quartos da enfermaria em que o paciente estava internado.

Tratamento de dados

Após a coleta, os dados obtidos foram organizados para posterior análise de estatística descritiva. Os dados obtidos foram digitalizados e armazenados em banco de dados do Excel 2010, sendo posteriormente processados e analisados no mesmo programa estatístico, de acordo com as normas de correção dos instrumentos (PEDROSO, GUTIERREZ & PICININ, 2010).

Considerando o número da amostra, optou-se por uma análise descritiva de cada participante em relação aos indicadores de Qualidade de Vida e seus respectivos domínios. Para tanto, foram analisados os dados relativos às médias dos escores brutos de cada domínio

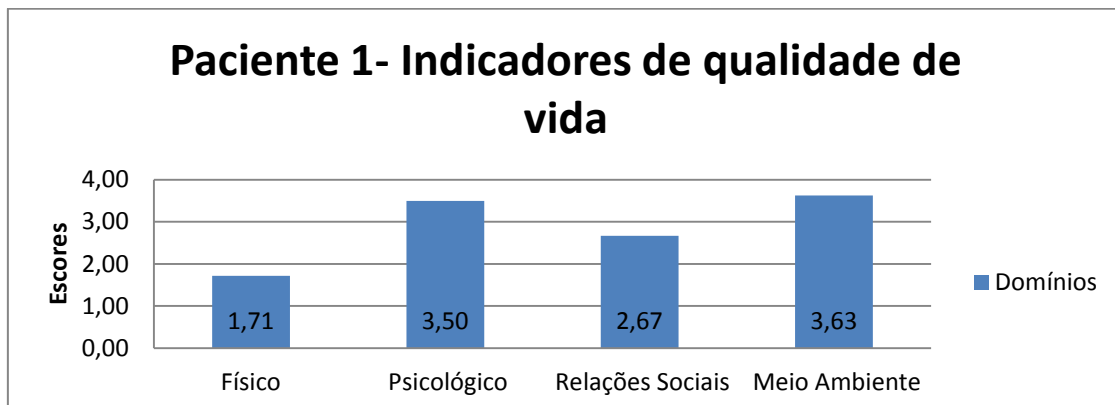
do WHOQOL-Bref. Na interpretação dos achados foram utilizadas as seguintes classificações: de 1 até 2,9 - melhorar a qualidade de vida; 3 até 3,9 - regular; 4 até 4,9 - boa, e 5- muito boa (PEDROSO *et al*, 2010).

RESULTADOS

A seguir, serão apresentados os dados dos pacientes relativos a características pessoais e indicadores de Qualidade de Vida dos pacientes, de acordo com os domínios do WHOQOL-Bref. Posteriormente, serão apresentadas as médias das perguntas gerais sobre Qualidade de Vida do mesmo instrumento que envolve a percepção da Qualidade de Vida e a satisfação com a saúde.

Paciente 1: Paciente do sexo feminino, 73 anos, casada, ensino fundamental incompleto, profissão e ocupação domésticas, não possui religião, já fumou, porém nunca ingeriu bebida alcoólica, nem fez uso de outras drogas. Residente em Dourados, com o esposo, em moradia própria, de alvenaria, com esgoto, água encanada, asfalto, energia elétrica e lixo coletado. Nunca realizou tratamento psicológico e psiquiátrico, faz utilização do medicamento cinarizina há mais de 10 anos. É diagnosticada com HAS há dois anos, cujo tratamento regular não foi realizado anteriormente. Apresenta também o diagnóstico de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), considerada uma doença associada à HAS. O tempo de internação atual da paciente no hospital foi de 16 dias.

Gráfico-1. Indicadores de Qualidade de Vida da Paciente 1.

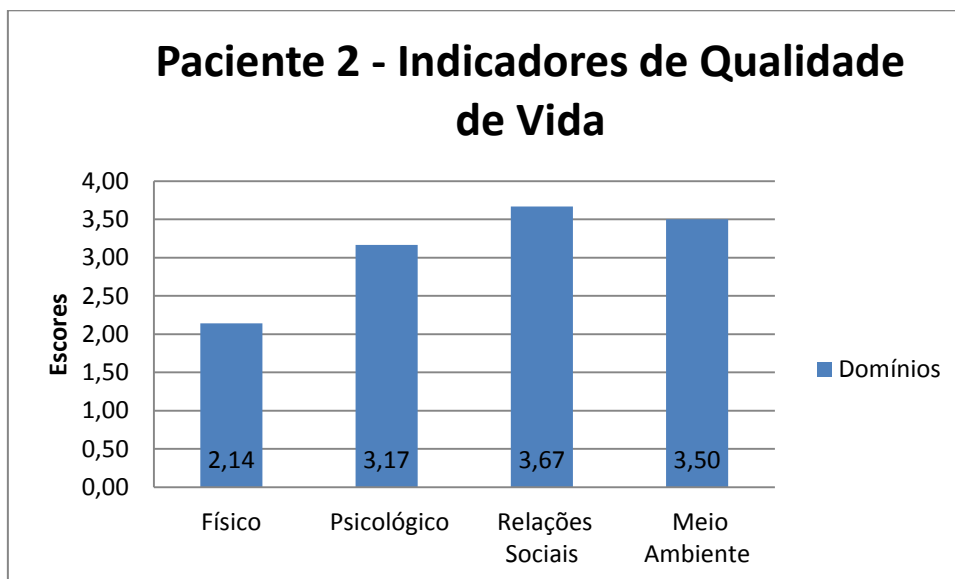


Verificou-se no Gráfico 1 que a média do escore bruto da paciente foi mais baixa no domínio físico (Média: 1,71; DP± 0,76) comparada à média dos demais domínios. Por outro lado, a paciente apresentou em relação ao domínio meio ambiente a maior média do escore

bruto comparado aos outros domínios (Média: 3,63; DP± 1,51). Os outros domínios - psicológico e de meio ambiente - obtiveram médias avaliadas como regular pela paciente.

Paciente 2: Paciente do sexo masculino, 75 anos, casado, analfabeto, aposentado, possui religião, nunca fumou, nem ingeriu bebidas alcoólicas e/ou outras drogas. Residente em Dourados, juntamente com a esposa, em moradia própria, de alvenaria, com esgoto, água encanada, asfalto, energia elétrica e lixo coletado. Nunca realizou tratamento psicológico e psiquiátrico, afirmou tomar medicação controlada para dormir, porém não soube informar o nome do remédio, nem há quanto tempo faz uso. É diagnosticado com HAS há mais de 20 anos e vem realizando tratamento regular desde então. Possui internações anteriores, na qual afirmou ter realizado implante de marcapasso após um Acidente Vascular Cerebral (AVC). O tempo de internação atual do paciente no hospital foi de 12 dias.

Gráfico-2. Indicadores de Qualidade de Vida da Paciente 2.

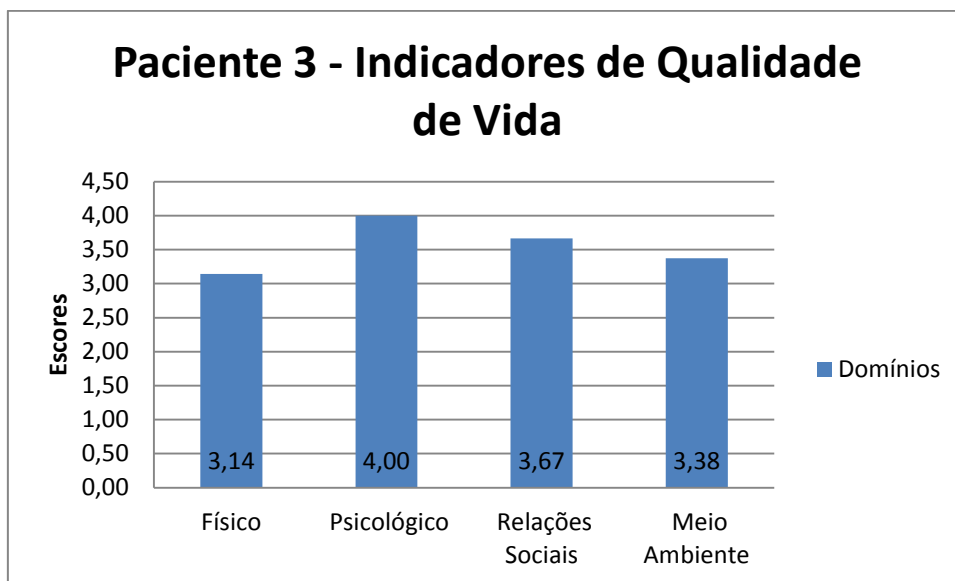


No Gráfico 2, foi possível verificar que a média do escore bruto no domínio físico do paciente apresentou o menor valor (Média: 2,14; DP± 1,35) comparada a média dos demais domínios. Nesse caso, verificou-se pouca variação no valor das médias dos escores brutos dos demais domínios.

Paciente 3: Paciente do sexo feminino, 48 anos, solteira, ensino fundamental incompleto, profissão e ocupação de diarista, possui religião, já fumou e ingeriu bebidas alcólicas, não tendo feito uso de outros drogas. Residente em Dourados juntamente com o parceiro e os

quatro filhos, em moradia cedida, de madeira e alvenaria, com esgoto e fossa séptica, água encanada, asfalto, energia elétrica e lixo coletado. Nunca realizou tratamento psicológico e psiquiátrico, afirmou fazer uso de medicação controlada, há cinco anos, para controlar os níveis de pressão arterial, porém não soube informar o nome. É diagnosticada com HAS há cinco anos, tendo realizado tratamento regular desde então. Possui internações anteriores nas quais realizou cesariana e laqueadura. O tempo de internação atual da paciente foi de seis dias.

Gráfico-3. Indicadores de Qualidade de Vida da Paciente 3.

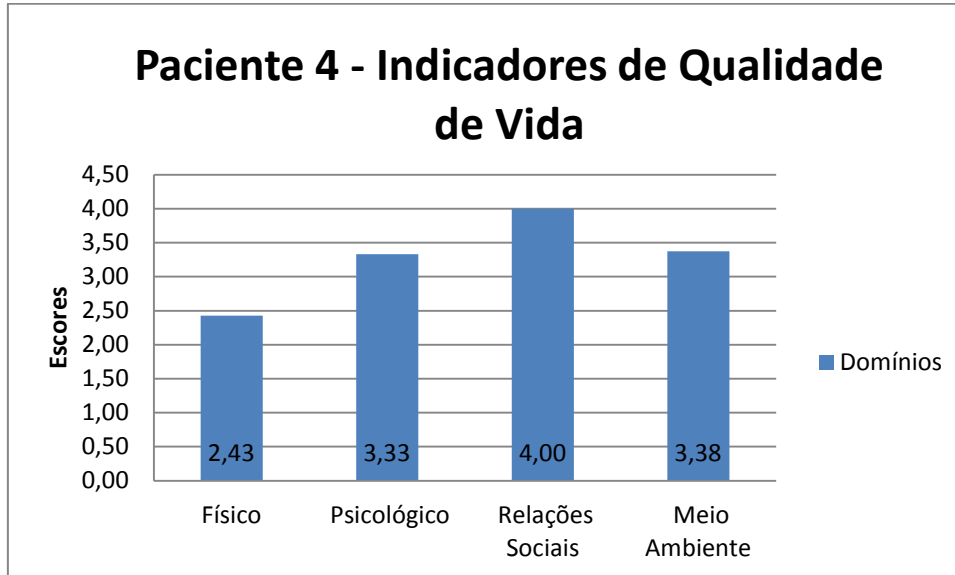


Analisando o Gráfico 3, verificou-se que as médias dos escores brutos dos domínios físico, relações sociais e meio ambiente foram avaliadas como regular pela paciente. O domínio psicológico, por sua vez, obteve a maior média ($M= 4,00$; $DP\pm 1,26$) comparado aos outros domínios.

Paciente 4: Paciente do sexo masculino, 74 anos, casado, ensino fundamental incompleto, profissão e ocupação de guarda-noturno aposentado, possui religião, já fumou e ingeriu bebidas alcóolicas, não tendo feito uso de outras drogas. Residente em Dourados, juntamente com a enteada, netos, filha e genro, em moradia própria, de alvenaria, com fossa séptica, água encanada, asfalto, energia elétrica e lixo coletado. Nunca realizou tratamento psicológico e psiquiátrico, afirmou fazer uso de medicação para controle do diabetes e da pressão arterial, contudo não soube informar o nome. É diagnosticado com HAS há dez anos, tendo realizado tratamento regular desde então. Além da HAS, apresenta o diagnóstico de Diabetes *Mellitus*

(DM), Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) e Insuficiência Renal Crônica agudizada (IRCa). Possui quatro internações anteriores. O tempo de internação atual foi de 12 dias.

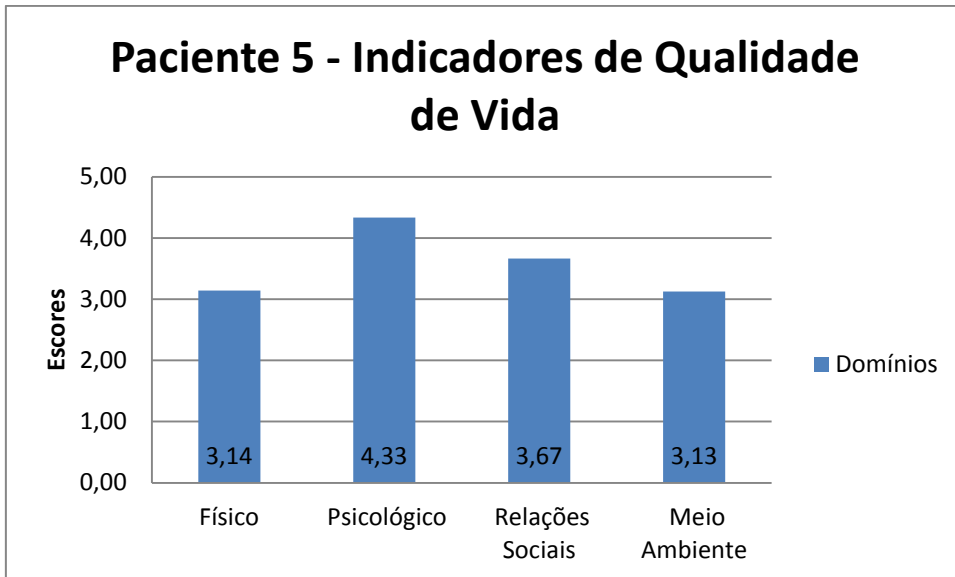
Gráfico-4. Indicadores de Qualidade de Vida da Paciente 4.



Verificou-se no Gráfico 4 que a menor média do escore bruto foi no domínio físico ($M=2,43$; $DP\pm 0,98$). Apenas o domínio referente às relações sociais obteve boa avaliação pelo paciente (Média: 4,00; $DP\pm 1,73$). Os demais domínios - psicológico e de meio ambiente - obtiveram classificação regular.

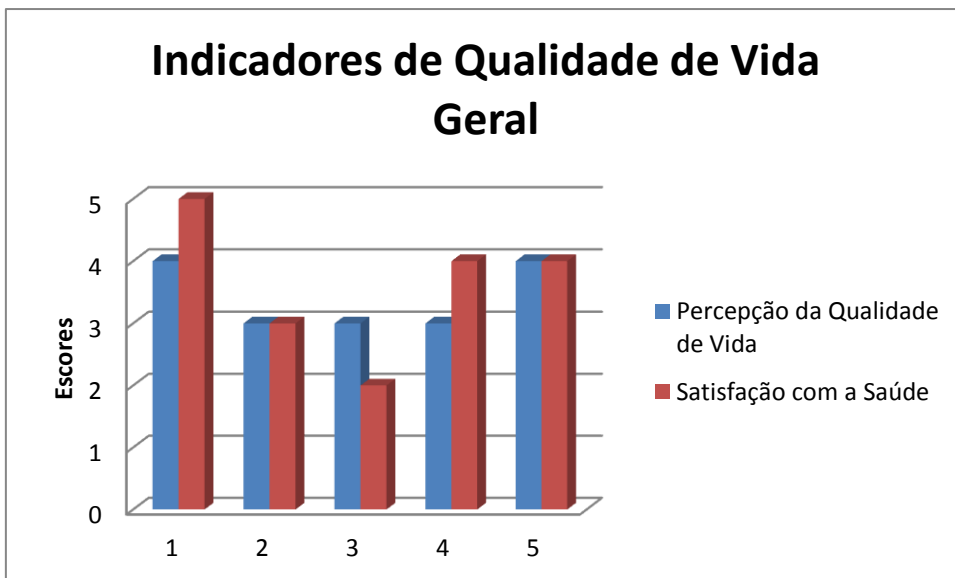
Paciente 5: Paciente do sexo masculino, 61 anos, casado, ensino fundamental incompleto, profissão e ocupação de jardineiro, possui religião, já fumou e ingeriu bebidas alcoólicas, não tendo feito uso de outras drogas. Residente em Nova Andradina, juntamente com a esposa, filhos e um neto, em moradia própria, de alvenaria, com esgoto e fossa séptica, água encanada, sem pavimentação, sem energia elétrica e sem lixo coletado. Nunca realizou tratamento psicológico e psiquiátrico, afirmou fazer uso de medicação para controle do diabetes, da pressão arterial e do colesterol há 13 anos, contudo não soube informar o nome. É diagnosticado com HAS há 13 anos, tendo realizado tratamento regular desde então. Além da HAS, apresenta o diagnóstico de Diabetes *Mellitus* (DM) e Insuficiência Renal Crônica (IRC), realizando tratamento dialítico. Possui uma internação anterior. O tempo de internação atual foi de 15 dias.

Gráfico-5. Indicadores de Qualidade de Vida da Paciente 5.



De acordo com o Gráfico 5, apenas o domínio psicológico obteve a maior média de escore bruto (M: 4,33; DP± 0,82), considerando boa a Qualidade de Vida nesse domínio. Todos os demais domínios obtiveram médias de escores brutos, consideradas como regulares pelo paciente.

Gráfico 6. Indicadores de Qualidade de Vida Geral



O Gráfico 6 apresenta os dados acerca dos indicadores de Qualidade de Vida geral dos pacientes, no que se refere às duas primeiras perguntas sobre a autoavaliação da percepção de sua Qualidade de Vida e a satisfação com a saúde.

Quanto a autoavaliação da percepção da Qualidade de Vida, verificou-se que os pacientes 1 e 5 apresentaram os maiores escores, enquanto o restante apresentou escores classificados como regulares.

No tocante à satisfação com a saúde, o maior escore foi registrado no paciente 1, considerando-a muito boa. O menor escore foi referido pelo paciente 3, classificando-a como regular.

DISCUSSÃO

Com base na análise dos dados, a princípio, serão discutidos os achados acerca da caracterização da amostra, da apresentação das médias dos escores brutos dos pacientes, seguidos pelos dados que avaliaram a percepção da Qualidade de Vida e satisfação com a saúde. Por fim, serão apresentadas as limitações e perspectivas futuras.

Quanto à caracterização da amostra, verificou-se que a idade dos pacientes variou entre 48 e 75 anos. A OMS (1996) considera que a pressão arterial se eleva na medida em que são acrescidos anos de vida à população. Tendo em vista que o envelhecimento populacional tem tido um forte avanço, o que tende a elevar o número de idosos hipertensos no Brasil, os pacientes do presente estudo corroboram essa estatística, uma vez que, quatro dos cinco pacientes tinham mais de 60 anos (REIS & GLASHAN, 2001).

No presente estudo, os pacientes apresentaram baixo grau de escolaridade, sendo que um paciente era analfabeto e o restante havia cursado o ensino fundamental incompleto. Tal fato ratifica outros estudos que indicam que a baixa escolaridade interfere significativamente na adesão ao tratamento da doença e também na percepção da gravidade da mesma (MIRANZI *et al.*, 2014).

Em relação aos achados dos indicadores de Qualidade de Vida, a partir dos dados das médias dos escores brutos dos pacientes, foi possível observar que, dentre os quatro domínios, o que apresentou a menor média do escore bruto foi o físico, apontado por três dos cinco pacientes. Isso demonstra a importância de considerar a capacidade funcional como importante fator de impacto na qualidade de vida. Segundo Pereira *et al.* (2006), esse domínio assume grande relevância no conceito multidimensional de Qualidade de Vida, devendo ser medido juntamente com o estado de saúde geral do paciente.

O domínio que apresentou a maior média de escore bruto foi o psicológico, apontado por dois dos cinco pacientes. Tal achado demonstra que os aspectos relacionados ao contexto

psicológico são percebidos de forma positiva por esses pacientes, o que pode contribuir favoravelmente para uma boa Qualidade de Vida.

Os demais domínios relativos ao meio ambiente e relações sociais apresentaram a maioria das médias dos escores brutos como regulares, o que aponta para uma maior necessidade de investimento nas áreas de lazer, segurança física e proteção, cuidados de saúde e sociais, de forma a melhorar a Qualidade de Vida dos pacientes.

Em relação à autoavaliação da percepção da Qualidade de Vida e a satisfação com a própria saúde, não houve um consenso na avaliação dos pacientes. Quanto à primeira avaliação, dois pacientes apresentaram média de escore considerada satisfatória, enquanto o restante considerou regular, isto é, nem ruim, nem boa. Na segunda avaliação, referente à satisfação com a saúde, três dos cinco pacientes avaliaram-na de modo satisfatório, enquanto o restante considerou sua saúde insatisfatória. Melhorar a autopercepção da saúde possibilita um maior envolvimento dos indivíduos em relação ao tratamento e ao controle da doença (MIRANZI *et al.*, 2014).

Diante destes achados, destacam-se a seguir duas possíveis hipóteses que podem ser consideradas na tentativa de melhor compreendê-los. A primeira refere-se ao julgamento que cada indivíduo faz de sua Qualidade de Vida global. Teoricamente, espera-se que o indivíduo combine diferentes aspectos de sua vida e os resuma em uma avaliação global de sua Qualidade de Vida. Porém, a questão é se os indivíduos realmente fazem um resumo de tudo, ou se incluem apenas aspectos que os preocupam recentemente, excluindo os demais da avaliação. Nesse sentido, a Qualidade de Vida depende, então, da interpretação emocional que cada indivíduo faz dos fatos e eventos, estando intimamente relacionada à percepção subjetiva dos acontecimentos e condições de vida (ARNOLD *et al.*, 2004; PEREIRA, 2006).

A segunda diz respeito ao fato de que a percepção da doença é um aspecto de extrema relevância para a Qualidade de Vida do indivíduo, pois embora a hipertensão arterial sistêmica seja uma doença grave e possa causar complicações a importantes órgãos vitais como o cérebro e os rins, na visão do paciente, muitas vezes, a hipertensão é vista sem gravidade por não apresentar sinais visíveis e com comprometimentos imediatos ao seu estado de saúde. Essas percepções equivocadas dos pacientes podem influenciar na adesão ao tratamento e na abordagem à saúde do paciente, tanto em relação à compreensão que o mesmo tem da sua doença, quanto em relação aos cuidados dispensados pela equipe de saúde (REIS & GLASHAN, 2001).

Cabe salientar que no decorrer do desenvolvimento dessa pesquisa, alguns fatores foram limitantes para a sua realização. Um deles foi a restrição da entrada de novos pacientes,

visto que, à época da coleta de dados (de outubro a dezembro de 2013), a clínica médica passou por situações atípicas devido a problemas institucionais. Nesse período, houve uma grande quantidade de pacientes acamados, não comunicativos, internados nos postos, o que inviabilizou a participação dos mesmos. Ademais, o cuidado assistencial a esses pacientes demandava cautela e um período de tempo mais longo de internação.

Outro fator limitante envolve o local e o estado de saúde dos pacientes. O fato do local da pesquisa ser um hospital infere que os pacientes que ali estavam já apresentavam algum tipo de complicação decorrente da HAS, sendo esta um fator secundário. Esse estado de saúde avançado da doença pode ter contribuído para a dificuldade que os pacientes tiveram para participar ou concluir os instrumentos da pesquisa, já que muitos se sentiram indispostos durante a avaliação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) pode impor limitações aos seus portadores devido ao seu aspecto crônico, pois geralmente conduz a alterações permanentes de difícil aceitação, além das questões psicológicas decorrentes de seu quadro clínico. Por isso, torna-se relevante conhecer os resultados correspondentes aos diversos aspectos de Qualidade de Vida estudados, ainda que de forma limitada, haja vista que isso facilita ao portador o conhecimento de sua doença, o desenvolvimento de sua corresponsabilidade, assumindo seu papel ativo no cuidado, além de possibilitar reflexões acerca de seus comportamentos e hábitos em relação à saúde, de forma que o ajude a melhorar significativamente sua qualidade de vida.

No que concerne à saúde coletiva e políticas públicas, o presente estudo proporciona uma maior compreensão em relação à Qualidade de Vida, a qual tem sido considerada importante indicador para avaliação da eficácia, eficiência e impacto em determinados tratamentos para o controle de doenças. Outro aspecto interessante relaciona-se às práticas assistenciais, com indicadores clínicos para avaliar o impacto físico e psicossocial que a doença pode acarretar para o indivíduo (FARIA, 2010).

Nesse sentido, destaca-se a necessidade de realização de novos estudos com a finalidade de verificar outros fatores que podem interferir na Qualidade de Vida global de um hipertenso. Estudos longitudinais são de grande relevância para investigar se os domínios da Qualidade de Vida modificam-se ao longo do tempo e/ou em relação ao estado de saúde do indivíduo. Além disso, estudos dessa natureza poderiam ser realizados no contexto da atenção

básica, haja vista a importância do planejamento e da implementação de ações de responsabilidade das esferas governamentais, em uma discussão mais aprofundada em políticas públicas que proporcionem, por exemplo, a prevenção dos agravantes da doença e a diminuição do número de pacientes internados por conta de maiores complicações que tem como base a HAS.

Sendo assim, pode-se considerar que os achados deste estudo representam um avanço para a compreensão das consequências da HAS acerca da Qualidade de Vida dos pacientes. Os resultados apontam para a necessidade dos profissionais de saúde atentarem-se à Qualidade de Vida dos pacientes, no intuito de colaborar na abordagem terapêutica, de modo geral. Segundo Carvalho (2013), isso poderá acontecer a partir do desenvolvimento de alternativas terapêuticas e sociais que interfiram favoravelmente na Qualidade de Vida como um todo, advindas do que os próprios usuários da rede de saúde dizem sobre sua doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, M. I. F. *et al.* Qualidade de vida de pacientes submetidos ao transplante cardíaco: aplicação da escala Whoqol-Bref. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 96, n. 1, Jan. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2011000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 Mar. 2013.

ALMEIDA, M. A. B.; GUTIERREZ, G. L.; MARQUEZ, R. **Qualidade de vida**: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH/ USP, 2012.

ARNOLD, R. *et al.* The relative contribution of domains of quality of life to overall quality of life for different chronic diseases. **Qual. Life. Res.**, 2004; 13 (5): 883-96.

ARRONQUI, G.V.; GOLDMAN, R. E.; ROSA, C.S. Qualidade de vida dos graduandos de enfermagem e a relação entre os dados sociodemográficos. **Rev Brasileira de Qualidade de Vida**, Ponta Grossa, v. 05, n.03, jul./set. 2013. DOI: 10.3895/S2175-08582013000300010

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial **Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM)**: protocolo. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58 p. – (Cadernos de Atenção Básica; 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n° 32)

CARVALHO, M.V. *et al.* A influência da hipertensão arterial na qualidade de vida. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v.100, n.2, Fev.2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2013000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 fev. 2013.

DUNCAN, B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseada em evidências. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FARIA, T.E. **Qualidade de vida de pacientes hipertensos da Equipe de Saúde da Família Águas Claras - Mariana - MG**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Conselheiro Lafaiete, 2010. 39f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0995.pdf>>. Acesso em: 07 fev. 2014.

FERREIRA, C.; FERREIRA FILHO, C.; PÓVOA, R. Diagnóstico e tratamento da hipertensão arterial. In: STEFANINI, E.; KASINSKI, N.; CARVALHO, A. C. **Guia de cardiologia**. 2.ed. Barueri, SP: Manole, 2009. (Série guias de medicina ambulatorial e hospitalar).

FLECK, M.P.A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): Características e perspectivas. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 jan. 2014.

_____. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 21, n. 1, mar. 1999. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 9 mar. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44461999000100006>.

_____; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C.M. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 793-9, 2003. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v37n6/18024.pdf>>. Acesso em: 24 Mar. 2013.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MIRANZI, S.S.C. *et al.* Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, Dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Fev. 2014

PEDROSO, B. *et al.* Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-Bref através do Microsoft Excel. **Rev. Brasileira de Qualidade de Vida**, Ponta Grossa, v. 02, n. 01, jan./jun. 2010. DOI: 10.3895/S2175-08582010000100004.

PEREIRA, R.J. *et al.* Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 28, n. 1, Abr. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082006000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Fev. 2014.

REIS, M.G.; GLASHAN, R. Q. Adultos hipertensos hospitalizados: percepção da gravidade da doença e de qualidade de vida. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 3, Mai. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000300008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Fev. 2014.

RUEDA, S. **Habitabilidad y calidad de vida: aproximación conceptual de calidad de vida**. 1997. (Biblioteca ciudades para un futuro más sostenible). Disponível em: <<http://habitat.aq.upm.es/cs/p2/a005.html>>. Acesso em: 29 Mar. 2014.

SCHMIDT, M. I. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, London, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, jun. 2011. Disponível em:

<<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor4.pdf>>. Acesso em: 29 Jan. 2014.

SOUZA, R. A.; CARVALHO, A. M. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. **Estud. psicol.**, Natal, v. 8 n. 3, sep./dez. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v8n3/19974.pdf>>. Acesso em: 27 Mar. 2014.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Méd**; 41:1403-10. 1995.

_____. **What Quality of Life?:** World Health. WHO: Geneva; 1996. p. 354-56.

VECCHIA, R.D. *et al.* Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Rev. Bras. Epidemiol.** São Paulo, v. 8, n.3, set. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2005000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 jan. 2014.

WILLIAMS, B. The year in hypertension. **J. Am. Coll. Cardiol.**, New York, v. 55, n. 1, p. 66-73, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). International Society of Hypertension Writing Group. **J Hypertens**, 2003. v. 21 n. 11: 1983-92.

_____. **Control de la hypertension:** informe de um comitê de expertos de la OMS. Geneva: WHO, 1996.

_____. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. Programme on Mental Health **WHOQOL: measuring quality of life.** Geneva, 1997. Disponível em <http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf>. Acesso em 05 mar. 2013.

_____. Constitution of the World Health Organization: [1946]. **Basic Documents, Supplement**, 2006. Disponível em: <http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf>. Acesso em 05 Mar. 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “Indicadores de qualidade de vida em pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica”, sob a responsabilidade da pesquisadora Adriele Freire de Souza, psicóloga do programa de Residência Multiprofissional em Saúde do HU/ UFGD.

Sua participação acontecerá da seguinte maneira: você responderá dois questionários sendo um protocolo elaborado pela própria pesquisadora e outro sobre indicadores de qualidade de vida feito pela Organização Mundial de Saúde.

O objetivo da pesquisa é avaliar se ter Hipertensão Arterial Sistêmica afeta a qualidade de vida dos portadores, além de conhecer e identificar os indicadores de qualidade de vida nos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica.

Se você concordar em participar do estudo, seus dados pessoais serão mantidos em sigilo e os resultados obtidos por meio desta pesquisa serão utilizados apenas para alcançar o objetivo do trabalho, descrito acima, incluída sua publicação na literatura científica ao final.

Algumas perguntas realizadas referentes ao tema da pesquisa poderão lhe causar algum desconforto, porém você pode optar por não responder questões que ocasionem qualquer constrangimento. Se, a qualquer momento, você quiser interromper sua participação no estudo, você terá este direito garantido sem qualquer prejuízo ou penalidade à continuidade do seu tratamento no HU/ UFGD.

Se surgirem dúvidas ou problemas de qualquer espécie referente ao estudo, poderá entrar em contato com a pesquisadora em horário comercial através do telefone (67) 9626-1481 ou então com o Comitê de Ética da UFGD pelo telefone (67) 3410-2328.

É importante frisar que a participação no estudo é voluntária e não haverá nenhuma despesa pessoal, nem compensação financeira relacionada à sua participação.

Este termo será feito em duas vias, sendo que uma ficará com a pesquisadora responsável e a outra em seu poder.

Declaro que li e entendi este formulário de consentimento e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas pela pesquisadora Adriele Freire de Souza e que aceito fazer parte deste estudo.

Assinatura do Participante Voluntário

Assinatura do Pesquisador Responsável

ANEXOS

ANEXO A

Protocolo de Caracterização da Amostra

Data da aplicação: ____/____/____ Setor: _____

1-Dados pessoais:

Nome: _____

Data Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Sexo: () F () M

Cidade onde mora: _____ UF: _____

Estado Civil: () Casado/Amasiado(a) () Solteiro(a) () Divorciado(a) () Viúvo(a)

Escolaridade:

() Analfabeto () Ensino fundamental incompleto () Ensino fundamental completo

() Ensino médio incompleto () Ensino médio completo () Superior incompleto

() Superior completo () Pós graduação incompleta () Pós graduação completa

Ocupação: () Desempregado(a) () Trabalhador(a) () Do lar () Estudante

Profissão: _____

Possui Religião e/ou Crença: () Não () Sim Qual: _____

Você fuma ou já fumou? () Não () Sim

Você bebe ou já bebeu? () Não () Sim

Já fez uso de drogas? () Não () Sim () Qual? _____

2- Composição Familiar (com quem reside):

Parentesco	Idade

3- Condições de moradia:

() Alugada () Cedida () Própria/Financiada () Outros: _____

() Madeira () Alvenaria () Placa () Outros: _____ N° de cômodos da residência: _____.

Condições de saneamento: () Esgoto () Fossa séptica () Água encanada () Poço () Asfalto () Sem pavimentação () Outros: _____

Tem energia elétrica: () Sim () Não

Destino do Lixo:

() Coletado () Queimado () Descartados em qualquer lugar () Outros: _____

4- Aspectos Psicológicos:

Já realizou algum tratamento psicológico/psiquiátrico: () Não () Sim () Em Andamento

Se sim, quanto tempo: _____.

Qual motivo (queixa) o/a levou procurar o tratamento? _____

Realizou o tratamento até o fim (aderência): () Não () Sim

Toma algum medicamento controlado: () Não () Sim - Quanto tempo: _____

Qual? _____

Já tomou: () Não () Sim - Quanto tempo: _____

Qual? _____

5- Aspectos da Patologia

Há quanto tempo diagnosticado com HAS? _____

Tratamento regular? _____

Possui alguma outra patologia associada: () Não () Sim Qual? _____

Possui internações anteriores? _____

Tempo de internação atual: _____

ANEXO B
Instrumento WHOQOL-Bref

Nome: _____
 Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Sexo: ()F ()M
 Diagnóstico Clínico: _____
 Cidade: _____ Telefone: _____

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

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

	Nada	Pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

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

	Nada	Pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito Boa
1. Como você avalia-	1	2	3	4	5

ria sua qualidade de vida?					
	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2. Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

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

	Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
3. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que precisa?	1	2	3	4	5
	Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
4. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
	Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
5. O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
	Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente

		co	Menos		
6. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
	Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
7. O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
	Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
8. Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
	Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
9. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

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

	Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
10. Você tem energia suficiente para seu dia a dia?	1	2	3	4	5
	Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente

		co			
11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
	Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
	Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
13. Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia a dia?	1	2	3	4	5
	Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
14. Em que medida você te, oportunidades de atividades de lazer?	1	2	3	4	5

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

	Muito ruim	Ruim	Nem ruim Nem bom	Bom	Muito bom
15. Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem	Satisfeito	Muito satisfeito

			insatisfeito		
16. Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
17. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia?	1	2	3	4	5
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
18. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
19. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
20. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
21. Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
22. Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
23. Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
24. Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
25. Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

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

	Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
26. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário? _____.

Quanto tempo você levou para preencher este questionário? _____.

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO