



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Qualidade e estilo de vida da pessoa hipertensa

Lara Daniela Matos Cunha

Orientador: Professor Doutor Paulo Alexandre Carvalho Ferreira
Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Co-orientadora: Professora Doutora Irma da Silva Brito
Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

para obtenção do grau de Mestre em

Enfermagem Médico-cirúrgica

Coimbra, *novembro* de 2014

AGRADECIMENTOS:

À minha mãe, pelas palavras de apreço e confiança, que me permitiram avançar sem medos. Tudo é possível quando é feito com o coração!

Ao meu pai, pelos ensinamentos de perseverança e força, pelo companheirismo na caminhada, pela educação que me permitiu ser Pessoa. Que esta etapa seja um motivo de orgulho para ti, onde quer que estejas.

À minha família, amigos e companheiros de luta da UCPA, pelo amor e coragem que me deram. Sem a vossa contribuição tudo seria mais difícil.

Ao Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra Paulo Alexandre Carvalho Ferreira, por toda a contribuição na orientação, conselhos e ensinamentos dispensados ao longo da execução deste trabalho de investigação. Obrigado pelas suas sugestões e exigência, pelas palavras de encorajamento e incentivo, bem como pela oportunidade de crescimento enquanto enfermeira e investigadora.

Ao Professor Doutor Mariano Pêgo Diretor de Serviço de Cardiologia do Pólo Hospitais da Universidade de Coimbra – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – pela simpatia, disponibilidade e interesse pelo trabalho de investigação realizado.

À Enfermeira Chefe Lucinda do Serviço de Cardiologia A e ao Enfermeiro Chefe Canais do Serviço de Cardiologia B, bem como às suas respetivas equipas de enfermagem. Um bem-haja por me acolherem.

Aos utentes da Consulta Externa do Serviço de Cardiologia, que voluntariamente participaram no estudo e sem os quais não teria sido possível a execução deste trabalho.

A todos os que, direta ou indiretamente, contribuíram para o findar deste projeto académico.

A Deus, por caminhar a meu lado.

RESUMO:

A apreciação da qualidade de vida tem sido considerada basilar na compreensão do impacto causado pela hipertensão arterial. Com o objetivo de caracterizar o perfil da população hipertensa atendida na consulta externa de um hospital central de Coimbra e investigar a influência do estilo de vida na qualidade de vida relacionada com a saúde, comparámos os resultados obtidos através do Mini Questionário da Qualidade de Vida (MINICHAL) e Estilo de Vida Fantástico. Foi efetuado um estudo quantitativo, descritivo, analítico, de corte transversal, desenvolvido com uma amostra de 105 utentes.

Procedemos igualmente à validação cultural do MINICHAL, apresentando propriedades psicométricas adequadas. A versão portuguesa apresentou *alpha* de *cronbach* de 0,799 para o domínio estado mental e 0,752 para as manifestações somáticas, na análise da consistência interna.

Verificámos que a perceção da qualidade de vida na vertente somática é influenciada positivamente com estilos de vida salutareos nas dimensões relacionadas com família e amigos, nutrição, sono e *stress* e comportamentos de saúde e sexuais, bem como pelo consumo de tabaco. Relativamente à qualidade de vida na dimensão estado mental, verificámos fatores preditores nomeadamente, família e amigos, sono e *stress*, introspeção, comportamentos de saúde e sexuais e consumo de álcool.

Considera-se que este estudo fornece informação útil para aumentar a efetividade dos programas de prevenção e controlo dos fatores de risco cardiovasculares. Torna-se importante, a adoção de estratégias que permitam tornar a população mais informada e consciente dos comportamentos e estilos de vida adotados.

Descritores: hipertensão, qualidade de vida, estilo de vida, enfermagem.

ABSTRACT:

The assessment of the life quality has been considered fundamental in the understanding of the impact caused by hypertension. In order to characterize the profile of the hypertensive population attended in a medical consultation of a central hospital in Coimbra and investigate the influence of the lifestyle in the quality of life related to health, we compared the results obtained through the Quality of Life Mini Questionnaire (MINICHAL) and Fantastic Lifestyle. A quantitative, descriptive and analytical study, of cross cutting, developed with a sample of 105 users was also conducted.

We also proceeded with the MINICHAL cultural validation, exhibiting appropriate psychometric properties. The Portuguese version presented 0.799 *cronbach's alpha* for the domain state of mind and 0.752 *cronbach's alpha* for somatic manifestations, in the internal consistency analysis.

We found that the perception of the life quality, in the somatic aspect, is positively influenced by healthy lifestyles related with family and friends, nutrition, sleep and stress and health and sexual behaviours, as well as the use of tobacco. Regarding the quality of life in the mental state, we found predictors, in particular family and friends, sleep and stress, self-observation, sexual and health behaviours and use of alcohol.

We considered that this study provides useful information to increase the effectiveness of the prevention and control programmes of cardiovascular risk factors. It is important to adopt strategies that allow population to become more informed and aware of the behaviours of the lifestyles adopted.

Keywords: hypertension, life quality, lifestyle, nursing.

ÍNDICE:

INTRODUÇÃO	25
PARTE I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	
CAPÍTULO I: HIPERTENSÃO ARTERIAL	25
1.1. HIPERTENSÃO ARTERIAL: UMA PROBLEMÁTICA ATUAL	25
CAPÍTULO II: QUALIDADE DE VIDA	33
2.1. QUALIDADE DE VIDA: CONTRIBUIÇÕES PARA O CUIDAR	33
2.2. QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE	35
CAPÍTULO III: ESTILO DE VIDA	45
3.1. ESTILOS DE VIDA E AS IMPLICAÇÕES NA SAÚDE E BEM-ESTAR	45
PARTE II – METODOLOGIA E INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	
CAPÍTULO IV: METODOLOGIA	53
4.1. PROBLEMÁTICA.....	53
4.2. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO.....	54
4.3. OBJETIVOS.....	54
4.4. TIPO DE ESTUDO.....	55
4.5. POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	55
4.6. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS: PROCEDIMENTOS	57
4.6.1. Características sociodemográficas e clínicas da amostra	57
4.6.2. Mini questionário da qualidade de vida em hipertensão arterial (MINICHAL)	59
4.6.2.1. Etapas de tradução, adaptação e validação transcultural do questionário	60
4.6.3. Estilo de vida fantástico	63
4.7. VARIÁVEIS E HIPÓTESES	66

4.7.1. Dependente	66
4.7.2. Independente.....	66
4.8. PROCEDIMENTOS ÉTICOS E FORMAIS.....	67
4.9. TRATAMENTO DE DADOS	68
CAPÍTULO V: APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	71
5.1. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	71
5.1.1. Descrição das caraterísticas sociodemográficas e clínicas da amostra.....	71
5.1.2. Caraterização da perceção da qualidade e estilos de vida da amostra .	75
5.1.3. Descrição das propriedades psicométricas da MINICHAL	77
5.1.4. Análise Inferencial.....	89
5.2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	95
CONSIDERAÇÕES FINAIS/CONCLUSÕES.....	115
BIBLIOGRAFIA.....	119
ANEXO I – Instrumento de Colheita de Dados	
ANEXO II – Consentimento Informado e Esclarecido	
ANEXO III – Parecer da Comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde (UICISA-E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra	
ANEXO IV – Parecer da Comissão de Ética da Unidade de Investigação do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra	

ÍNDICE DE FIGURAS:

Figura 1 – Prevalência da hipertensão segundo a região.....	26
Figura 2 – Relação entre qualidade de vida e conceitos de saúde.....	36
Figura 3 – Modelo de Dahlgren's	46
Figura 4 – Fluxograma das ações para validação semântica e tradução transcultural do MINICHAL	61
Figura 5 – Fatores preditores da qualidade de vida	94

ÍNDICE DE GRÁFICOS:

Gráfico 1 – Scree Plot..... 81

ÍNDICE DE QUADROS:

Quadro 1 - Definições e classificação dos níveis de pressão arterial	28
Quadro 2 - Estratificação do risco cardiovascular em quatro categorias de risco acrescido	29
Quadro 3 - Estratificação do risco cardiovascular em quatro categorias de risco acrescido e estratégias de atuação	31
Quadro 4 – Classificação nacional das profissões	58
Quadro 5 – Extração das componentes principais	80
Quadro 6 – Correlação anti-imagem	81
Quadro 7 – Comunalidades associadas a cada variável	82
Quadro 8 – Matriz de componentes	83
Quadro 9 – Matriz de componente rotativa	84
Quadro 10 – Matriz de transformação de componente: dimensões da rotação	85
Quadro 11 – Cálculo do coeficiente de bipartição (<i>split half</i>) com correlação de <i>Spearman Brown</i>	89
Quadro 12 – Testes de normalidade do MINICHAL.....	90
Quadro 13 – Testes de normalidade da EVF.....	90
Quadro 14 – Correlações e níveis de significância entre as dimensões do MINICHAL e o <i>score</i> EVF	92
Quadro 15 – Coeficiente de correlação de Spearman e dimensões do MINICHAL e EVF.....	93

ÍNDICE DE TABELAS:

Tabela 1 - Distribuição da amostra segundo as variáveis idade, sexo, estado civil, proveniência, profissão e habilitação literária.....	73
Tabela 2 - Distribuição da amostra segundo as variáveis clínicas, patologia associada e risco cardiovascular	73
Tabela 3 - Distribuição da amostra segundo monitorização da sua hipertensão arterial	74
Tabela 4 - Distribuição da amostra segundo eventos cardíacos e monitorização do estado de saúde	74
Tabela 5 - Distribuição da amostra segundo as dimensões do MINICHAL e <i>score</i> total.....	75
Tabela 6 - Distribuição da amostra segundo <i>score</i> EVF	76
Tabela 7 – Domínios da escala EVF.....	76
Tabela 8 – Medidas de tendência central do MINICHAL.....	78
Tabela 9 – Teste de KMO e Bartlett.....	79
Tabela 10 – Estatísticas de confiabilidade da dimensão estado mental.....	86
Tabela 11 – Medidas de tendência central e de dispersão dos itens que compõe a dimensão estado mental e a correlação de Pearson e alfa de <i>cronbach</i> dos itens com a nota global, sem o item.....	86
Tabela 12 – Estatísticas de confiabilidade da dimensão manifestações somáticas	87
Tabela 13 – Medidas de tendência central e de dispersão dos itens que compõe a dimensão manifestações somáticas e a correlação de <i>Pearson</i> e alfa de <i>cronbach</i> dos itens com a nota global, sem o item	88
Tabela 14 – Estatísticas de confiabilidade do MINICHAL	88
Tabela 15 – Correlações e níveis de significância EVF e QV	91

SIGLAS UTILIZADAS

DCV - Doença Cardiovascular

DGS – Direção Geral de Saúde

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

EAP – Edema Agudo do Pulmão

EV – Estilo de Vida

EVF – Estilo de Vida Fantástico

HTA - Hipertensão

HTA – Hipertensão Arterial

IMC – Índice de Massa Corporal

Kg – Quilograma

LO - Lesão Subclínica de Órgão

MINICHAL – Mini Questionário da Qualidade de Vida em Hipertensão Arterial

OMS – Organização Mundial de Saúde

PA – Pressão Arterial

PAD - Pressão Arterial Diastólica

PAS - Pressão Arterial Sistólica

QV – Qualidade de Vida

QVRS - Qualidade de Vida Relacionada à Saúde

SCORE – *Systematic Coronary Risk Evaluation*

SM - Síndrome Metabólica

INTRODUÇÃO:

A hipertensão arterial (HTA) surge como uma problemática atual, resultante do estilo de vida e condições sociais existentes no mundo moderno. Esta encerra em si um elevado custo social na saúde devido às comorbidades associadas, tais como as doenças cerebrovasculares, patologias cardíacas e complicações renais que conduzem à incapacidade e à morbilidade.

De acordo com o estudo efetuado pela Sociedade Portuguesa de Hipertensão (2014) a HTA é uma doença que acomete 42,2% dos portugueses, sendo que a maior parte são pessoas em idade economicamente ativa, aumentando consideravelmente os custos sociais por invalidez e absentismo laboral (Carrilho e Patrício, 2008). A discussão da problemática entre a hipertensão arterial *versus* qualidade de vida mantém-se e continua estreitamente associada à qualidade dos cuidados de enfermagem, no que respeita ao controlo e gestão desta doença crónica (Erikson [et al.], 2004; Kiran [et al.], 2010, Saboya [et al.], 2010).

A pertinência desta temática é justificada e reforçada pela emergência das transições como focos de atenção em enfermagem. Se se assumir que o ciclo vital compreende a sucessão de transições humanas, trabalhar a qualidade de vida (QV) significa ter um acesso privilegiado à realidade da pessoa, promovendo, dentro do possível, a autonomia e o autocuidado. A solidez e consistência da pesquisa na área da QV terá naturalmente como consequência a conquista de novas estratégias de intervenção (Abreu, 2009 *in* IV Congresso Saúde e Qualidade de Vida).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), os fatores de risco etiologicamente associados à doença crónica advêm do estilo de vida, geradas através das opções individuais ao longo do ciclo vital (Direção Geral de Saúde, 2003). Nesta medida, intervir sobre estes determinantes surge como uma estratégia de saúde fundamental, que permitirá obter ganhos significativos, quer na redução da prevalência de doenças crónicas, quer nos custos económicos sociais e individuais que lhe estão associados.

Entenda-se como estilo de vida, o conjunto de hábitos e comportamentos de resposta às situações do dia-a-dia, aprendidos através do processo de socialização e constantemente reinterpretados e testados ao longo do ciclo de vida e em diferentes situações sociais (*Idem*).

Com o objetivo de investigar a influência do estilo de vida na qualidade de vida relacionada com a saúde da pessoa com hipertensão arterial atendida na consulta do hipertenso de um hospital central da região centro, comparámos os resultados obtidos por meio da utilização de instrumento específico de avaliação de qualidade de vida (Mini Questionário da Qualidade de Vida em Hipertensão - MINICHAL) e estilo de vida (Estilo de Vida Fantástico de *McMaster University*). Foi efetuado um estudo descritivo, analítico de corte transversal e abordagem quantitativa. Para a recolha de dados utilizou-se um instrumento com duas partes sendo uma caracterização dos sujeitos e a outra composta pelas duas escalas referidas.

Os objetivos elencados para este documento são refletir sobre a temática supra referida e servir como instrumento de avaliação do processo de aprendizagem investigativo e suporte da dissertação. A metodologia utilizada na elaboração deste projeto incidirá na análise e operacionalização da informação obtida através das entrevistas com os professores orientadores e revisão bibliográfica, permitindo otimizar o processo formativo.

Estruturalmente, este documento divide-se em duas partes. Na primeira parte é feita o enquadramento concetual da temática - onde é feita uma abordagem breve acerca da HTA e constructos adjacentes, qualidade de vida relacionada com a saúde da pessoa e o estilo de vida como ponto fulcral no bem-estar e salubridade - e na segunda é explicitada a estrutura metodológica da dissertação – problemática, questão de investigação, objetivos, tipo de estudo, população e amostra, instrumento de colheita de dados, variáveis e hipóteses, questões éticas, tratamento de dados, análise e discussão de resultados. No mesmo capítulo, são ainda apresentadas implicações do estudo para futuras estratégias de prevenção e controlo das doenças cardiovasculares, como também as limitações do próprio trabalho de investigação. Por fim, são apresentadas as principais conclusões tendo por base os objetivos definidos e algumas sugestões possíveis para futuros trabalhos de investigação.

Pretende-se que os resultados desta investigação se tornem ferramenta mensurável para o desenvolvimento e aperfeiçoamento da enfermagem médico-cirúrgica e, conseqüentemente, uma otimização da prestação de cuidados.

PARTE I - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

CAPÍTULO I - HIPERTENSÃO ARTERIAL

A HTA constitui uma patologia com prevalência substancial em todo o mundo, sendo perspectivado um agravamento deste panorama no horizonte temporal de 2025. Em Portugal, estima-se que esta se situe em valores superiores a 42% em adultos e 6% em crianças e adolescentes, valores claramente acima da média (Maldonado, 2013).

Apesar dos esforços desenvolvidos nos últimos anos, o controlo global da pressão arterial (PA) nos doentes hipertensos encontra-se aquém dos patamares pretendidos, concorrendo decisivamente para uma grande magnitude de eventos cardiovasculares na população. Contudo, o impacto desta patologia não deve ser apenas circunscrito à esfera clínica, sendo igualmente importante perspetivá-lo numa dimensão económica. Neste sentido, verifica-se uma esmagadora relação entre a mortalidade relacionada com a HTA e o nível económico dos diferentes países, sendo evidente que um menor investimento na prevenção e tratamento desta entidade comporta elevadíssimos custos ulteriores na abordagem das suas complicações.

A importância da abordagem da pessoa hipertensa está intimamente relacionada com a sua repercussão na população, que se expressa pela sua elevada incidência e prevalência, gravidade, dificuldade de controlo sintomatológico e pelos custos económicos elevados, diretos e indiretos. Posto isto, vale a pena repensar as políticas de prevenção de doenças cardiovasculares, nomeadamente associadas à HTA.

1.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL: UMA PROBLEMÁTICA ATUAL

As doenças cardiovasculares constituem uma importante causa de morte nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, onde o seu crescimento significativo alerta para o profundo impacto nas classes sociais menos favorecidas e para a necessidade de intervenções eficazes, de baixo custo e de carácter preventivo (Silqueira [et al.], 2007). Entre os fatores de risco para a mortalidade, a hipertensão arterial explica 40% das mortes por acidente vascular cerebral e 25% por doença coronária (*Idem*).

Segundo dados do relatório de Risco de Morrer em Portugal de 1998 (DGS, 2000), a taxa de mortalidade por doença isquémica do coração foi de 9393/100000 habitantes e

21828/100000 habitantes por doenças cerebrovasculares. Segundo o mesmo relatório mas referente a 2006, as mortes por doença isquémica do coração representaram uma taxa de mortalidade de 7727/100000 habitantes e por doenças cerebrovasculares 14495/100000 habitantes. Ou seja, verificou-se uma tendência decrescente das taxas de mortalidade por DCV em Portugal, o que vai ao encontro da tendência de outros países desenvolvidos (DGS, 2006). A sua redução está relacionada com a disponibilidade e acessibilidade de serviços de saúde capazes de responder às necessidades (Ferrinho, Bugalho e Miguel, 2004). Apesar de serem grandes responsáveis pela morbilidade e mortalidade, as DCV podem ser reduzidas através de intervenções dirigidas aos fatores de risco. Torna-se por isso importante conhecer as propensões destas doenças.

Existem diferentes tendências de prevalência das DCV entre países e regiões. São apontadas diversas razões: por um lado a diferença de prevalências dos fatores de risco cardiovasculares (Muller-Nordhorn [et al.], 2008), por outro lado, devido às políticas adotadas e à gestão do risco individual, centrado na prevenção e tratamento dos indivíduos com risco cardiovascular, o que justifica o decréscimo das taxas de mortalidade, verificada nos últimos 30 anos em cerca de 50% nos países desenvolvidos. Apesar da diminuição global das taxas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, ainda continuam a contribuir para 42% de todas as mortes na União Europeia e para mais de 30% de anos de vida potencialmente perdidos (Ferrinho, Bugalho e Miguel, 2004).

No estudo AMALIA (2009) levado a cabo por Perdigão e colaboradores, verificou-se que a prevalência da HTA foi mais elevada na região autónoma dos Açores (35,6%) e na região de Lisboa e Vale do Tejo (28,4%), sendo que as regiões do algarve e norte apresentaram as prevalências mais baixas (18,3% e 9,3% respetivamente).



Fig.1 – Prevalência da HTA por regiões

Fonte: Revista Factores de Risco, Nº13 (2009)

Contextualizando com dados da região centro, nos quais existem 165 479 hipertensos com compromisso de vigilância em programa (mais 30,55% do que no ano anterior), esta problemática torna-se ainda mais premente no sentido que a HTA é o fator de risco cardiovascular corrigível mais frequente, e o seu tratamento e controlo deveria assumir importância central nas estratégias preventivas (Administração Regional de Saúde da Região Centro, 2010). A incrementar a estes dados, surge o uso de terapêutica associada à HTA com a percentagem mais elevada de consumo de fármacos pela população portuguesa (15,6%) no estudo levado a cabo pelo Instituto Nacional de Estatística (2006).

Assim, a HTA pode ser definida como a elevação da pressão arterial sistólica (PAS) a níveis superiores a 140 mmHg e diastólica (PAD) superior a 90 mmHg (National Institutes of Health, 2003), durante um intervalo de tempo sustentado, de duas ou mais aferições em dois ou mais contactos com o profissional de saúde. Esta ocorre quando o coração requer uma necessidade energética superior para efetivar o bombeamento sanguíneo de acordo com uma maior resistência vascular, o que a médio prazo leva à hipertrofia miocárdica (*North of England Hypertension Guideline Development Group, 2004*).

Pode ser classificada em primária/essencial ou secundária. Os fatores que predispõe à hipertensão primária são de natureza genética (família de hipertenso), ambiental (dieta hipersalina) obesidade, tabagismo. A hipertensão secundária pode ser causada por uso de contraceptivos orais, patologias renais, patologias endócrinas e hipertensão na gravidez (*Idem*).

A classificação da HTA, em pessoas com mais de 18 anos, pode ser operacionalizada da seguinte forma:

- estágio 1: valores entre 140 mmHg a 159 mmHg para a PAS e entre 90 mmHg a 99 mmHg para PAD;
- estágio 2 entre 160 mmHg a 179 mmHg para PAS e entre 100 mmHg a 109 mmHg para PAD;
- estágio 3 com PAS maior ou igual a 180 mmHg e PAD maior ou igual a 110 e a Hipertensão sistólica isolada em que a PAS é maior ou igual a 140 mmHg e a PAD é menor que 90 mmHg.

Quadro 1. Definições e classificação dos níveis de pressão arterial

Categoria	Categoria	Categoria	Categoria
Ótima	< 120	e	< 80
Normal	120-129	e/ou	80-84
Normal alta	130-139	e/ou	85-89
Hipertensão de grau 1	140-159	e/ou	90-99
Hipertensão de grau 2	160-179	e/ou	100-109
Hipertensão de grau 3	≥ 180	e/ou	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	e	< 90

A hipertensão sistólica isolada deve ser classificada (1, 2, 3) de acordo com valores de Pressão Sistólica nos intervalos indicados, desde que os valores diastólicos sejam <90mmHg.

Fonte: Recomendações de bolso da *European Society of Cardiology* (Sociedade Portuguesa de Cardiologia, 2007)

Segundo norma da Direção Geral de Saúde (nº20/2011), a HTA classifica-se em três graus, correspondendo o grau 1 a hipertensão arterial ligeira, o grau 2 a hipertensão arterial moderada e o grau 3 a hipertensão arterial grave. Todos os doentes devem ser classificados não apenas de acordo com os graus de hipertensão, mas também em termos de risco cardiovascular global resultante da coexistência de diferentes fatores de risco, lesões de órgãos e doença. As decisões sobre a estratégia do tratamento (início de terapêutica farmacológica, limiar de PA e objetivo do tratamento, utilização de terapêutica combinada, necessidade de estatinas e outros fármacos que não sejam anti-hipertensores) dependem, em grande parte, do grau de risco inicial (*European Society of Hypertension* em colaboração com a *European Society of Cardiology* apud Sociedade Portuguesa de Cardiologia, 2007).

Habitualmente, o risco global é expresso como sendo o risco absoluto de sofrer um episódio cardiovascular no prazo de 10 anos. Dado depender muito do fator idade, o risco cardiovascular global absoluto em jovens pode ser baixo, mesmo na presença de PA elevada com fatores de risco adicionais. No entanto, se não for devidamente tratada, esta situação pode conduzir, anos depois, a uma situação de risco elevado parcialmente irreversível. As decisões de tratamento em doentes jovens deveriam ser orientadas com base numa quantificação do risco relativo, o aumento do risco relativamente ao risco médio da população.

No Quadro 2, o risco cardiovascular global está estratificado em quatro categorias. Um risco baixo, moderado, alto e muito alto refere-se a um risco a 10 anos de um episódio cardiovascular fatal ou não fatal. O termo "acrescido" indica que em todas as categorias o risco é superior à média. A linha pontilhada indica como a definição de

hipertensão (e, conseqüentemente, a decisão de início de tratamento) pode variar, dependendo do nível do risco global.

Quadro 2. Estratificação do risco cardiovascular em quatro categorias de risco acrescido

Pressão arterial (mmHg)					
Outros factores de risco, LO ou doença	Normal PAS 120-129 ou PAD 80-84	Normal alta PAS 130-139 ou PAD 85-89	HT Grau 1 PAS 140-159 ou PAD 90-99	HT Grau 2 PAS 160-179 ou PAD 100-109	HT Grau 3 PAS >180 ou PAD >110
Ausência de outros factores de risco	Risco moderado	Risco moderado	Risco acrescido baixo	Risco acrescido moderado	Risco acrescido alto
1-2 factores de risco	Risco acrescido baixo	Risco acrescido baixo	Risco acrescido moderado	Risco acrescido moderado	Risco acrescido muito alto
3 ou mais factores de risco, SM, LO ou Diabetes	Risco acrescido moderado	Risco acrescido alto	Risco acrescido alto	Risco acrescido alto	Risco acrescido muito alto
DCV confirmada ou doença renal	Risco acrescido muito alto	Risco acrescido muito alto	Risco acrescido muito alto	Risco acrescido muito alto	Risco acrescido muito alto

Fonte: Recomendações de bolso da *European Society of Cardiology* (Sociedade Portuguesa de Cardiologia, 2007)

Segundo a norma da DGS 05/2013, na avaliação do risco cardiovascular a cada pessoa adulta com idade entre os 40 e 65 anos (valor de 40 e 65 incluídos no intervalo), a equipe de saúde deverá utilizar o SCORE (*Systematic Coronary Risk Evaluation*).

O sistema de estimativa de risco CV europeu, denominado SCORE, baseia-se nos dados de 12 estudos de coorte Europeus com 2,7 milhões de anos de acompanhamento (pessoas-ano). A função de risco do SCORE foi validada utilizando diferentes conjuntos de dados externos. Todavia, este sistema de predição de risco de eventos CV fatais a 10 anos está definido para o escalão da prevenção primária, isto é, pessoas assintomáticas sem o diagnóstico de doença CV. Se confirmada, os factores de risco devem ser avaliados, mas sem necessidade de utilizar a tabela SCORE, se se tratar de pessoas de risco CV alto ou muito alto.

Para facilitar o seu uso na consulta clínica diária e operacionalizar planos de intervenção, a classificação obtida é registada no processo clínico em quatro diferentes níveis de risco CV: risco muito alto, alto, moderado e baixo. A estratificação obtida visa definir prioridades na prevenção CV e ajudar os profissionais de saúde na decisão sobre gestão do risco com base em medidas de estilo de vida e prescrição prioritária de fármacos. Os objetivos, a intensidade do tratamento e a sua avaliação serão programados pela equipa multidisciplinar da unidade de saúde, caso a caso.

A abordagem do risco cardiovascular, com base em tabelas, pode ser importante para explicar ao utente o impacto das intervenções no risco que o indivíduo tem de desenvolver DCV, motivando-o para alterar o seu comportamento e hábitos.

Segundo o VI Relatório Internacional do *Joint National Committee* (1998), o tratamento da HTA tem como objetivo a redução da morbilidade e da mortalidade de forma menos invasiva possível, controlando outros fatores de risco modificáveis da doença cardiovascular. O tratamento para redução dos níveis tensionais pode ser útil, particularmente para a prevenção do AVC, preservação da função renal e prevenção da progressão da insuficiência cardíaca (Pavan [et al.], 2013).

Neste sentido, o enfermeiro é o profissional de saúde com acessibilidade privilegiada à pessoa a vivenciar o processo patológico, sendo que a sua abordagem de promoção de saúde, reabilitação e adaptação de transições, contribui para a reintegração dos indivíduos na sociedade. Neste aspeto, o alvo dos cuidados visa a promoção de condições favoráveis para o esclarecimento de dúvidas e adoção de hábitos e estilo de vida saudável, obtendo resultados positivos em relação ao auto-cuidado e adesão ao tratamento instituído (Oliveira, Pedrosa e Gonçalves, 2008). Mais do que agir consoante o levantamento das necessidades e carências no auto-cuidado, o enfermeiro possui um papel primordial no que concerne a prevenção.

Nesse sentido, um grande obstáculo ao controlo da HTA é a não adesão ao tratamento, o que representa um problema à escala global. O estudo efetuado por Fava (2012) evidenciou que as limitações impostas pela idade, a dificuldade de acesso aos cuidados de saúde e à terapêutica, a influência cultural associada às experiências de exclusão social, são considerados fatores condicionantes (*Idem*).

De acordo com os resultados preliminares do estudo epidemiológico de Mancia e colaboradores (2011), 82% dos hipertensos portugueses têm três ou mais fatores modificáveis de risco CV, incluindo diabetes mellitus (DM), encontrando-se com risco CV global elevado. A dislipidemia, a DM, a pré-obesidade/obesidade, muito frequentemente agregados à HTA, preenchendo ou não critérios de síndrome metabólica, aumentam o risco CV global do doente hipertenso, mesmo com valores de PA de 140/90 mmHg.

Quadro 3. Estratificação do risco cardiovascular em quatro categorias de risco acrescido e estratégias de atuação

Outros fatores de risco, lesão assintomática de órgão ou doença	Pressão Arterial (mmHg)			
	Normal alta P AS 130–139 ou PAD 85–89	HTA Grau 1 PAS 140–159 ou PAD 90–99	HTA Grau 2 PAS 160–179 ou PAD 100–109	HTA Grau 3 PAS ≥180 ou PAD ≥110
Sem outros FR	• Sem intervenção na PA	• Mudanças de estilo de vida durante vários meses • Depois acrescentar fármacos anti-HTA para atingir <140/90	• Mudanças de estilo de vida durante várias semanas • Depois acrescentar fármacos anti-HTA para atingir <140/90	• Mudanças de estilo de vida • Acrescentar imediatamente fármacos anti-HTA para atingir <140/90
1–2 FR	• Mudanças de estilo de vida • Sem intervenção na PA	• Mudanças de estilo de vida durante várias semanas • Depois acrescentar fármacos anti-HTA para atingir <140/90	• Mudanças de estilo de vida durante várias semanas • Depois acrescentar fármacos anti-HTA para atingir <140/90	• Mudanças de estilo de vida • Acrescentar imediatamente fármacos anti-HTA para atingir <140/90
≥3 FR	• Mudanças de estilo de vida • Sem intervenção na PA	• Mudanças de estilo de vida durante várias semanas • Depois acrescentar fármacos anti-HTA para atingir <140/90	• Mudanças de estilo de vida • Fármacos anti-HTA para atingir <140/90	• Mudanças de estilo de vida • Acrescentar imediatamente fármacos anti-HTA para atingir <140/90
LOA, DRC estágio 3 ou diabetes	• Mudanças de estilo de vida • Sem intervenção na PA	• Mudanças de estilo de vida • Fármacos anti-HTA para atingir <140/90	• Mudanças de estilo de vida • Fármacos anti-HTA para atingir <140/90	• Mudanças de estilo de vida • Acrescentar imediatamente fármacos anti-HTA para atingir <140/90
DCV sintomática, DRC estágio ≥ 4 ou diabetes com LOA/FR	• Mudanças de estilo de vida • Sem intervenção na PA	• Mudanças de estilo de vida • Fármacos anti-HTA para atingir <140/90	• Mudanças de estilo de vida • Fármacos anti-HTA para atingir <140/90	• Mudanças de estilo de vida • Acrescentar imediatamente fármacos anti-HTA para atingir <140/90

CV = cardiovascular; DCV = doença cardiovascular; DRC = doença renal crônica; FR = fator de risco; HTA = hipertensão; LOA = lesão de órgão; PA = pressão arterial; PAD = pressão arterial diastólica; PAS = pressão arterial sistólica.

Fonte: Recomendações de bolso da *European Society of Cardiology* (Sociedade Portuguesa de Cardiologia, 2007)

O combate às doenças cardiovasculares passa pela prevenção e controle dos seus fatores de risco, assente na implementação de medidas populacionais que promovam hábitos de vida saudáveis e identifiquem os indivíduos em risco. A promoção de hábitos de vida saudável deve fazer parte das políticas de saúde e estar na agenda dos seus responsáveis, competindo aos profissionais de saúde estar conscientes do papel que lhes cabe na sua implementação junto da comunidade, numa ação persistente e constante de formação e informação. Esta é a grande lição que aprendemos com o *Euroaction Study Group* (2008), um programa de prevenção das doenças cardiovasculares, multidisciplinar e coordenado por enfermeiros, levado a cabo em oito países europeus e envolvendo mais de 3000 doentes com doença coronária e de 2300 doentes de alto risco sem doença coronária manifesta, que verificou a eficácia de um programa de intervenção terapêutica específica levado a cabo por médicos e enfermeiros com formação para este efeito, comparado com a abordagem habitual.

A identificação dos indivíduos em risco deve fazer parte da prática clínica diária, no sentido de profissionais de saúde e população entenderem esta necessidade e

colaborarem em estreita sintonia de esforços. Este é o espírito do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares, apresentado em 2006 pela DGS. Daí que todas as oportunidades devam ser aproveitadas para fazer o despiste dos fatores de risco e identificar os indivíduos em risco: consultas de rotina, observações ocasionais, rastreios populacionais.

Importante para uma abordagem diferenciada e orientação eficaz dos recursos disponíveis é o conhecimento da prevalência, distribuição e caracterização dos diferentes fatores de risco em cada país. Em Portugal, existe informação dispersa e parcial sobre a prevalência dos diversos fatores de risco de doença cardiovascular aterotrombótica, nomeadamente em relação à hipertensão arterial e à sua relação com os outros fatores de risco. Este aspeto é particularmente importante numa perspetiva de abordagem global do risco, já que este depende essencialmente do número e intensidade dos fatores de risco em presença e que as estratégias de prevenção passam pela avaliação e atuação em todos eles (Abreu-Lima, 2007).

As estratégias de adequação individual, refletem o processo ativo da pessoa em resposta à sua nova condição de saúde e esta pode influenciar a forma como percebe a sua qualidade de vida. Assim sendo, cabe ao enfermeiro e equipa multidisciplinar caracterizar a problemática de forma mais detalhada, de modo a gerir eficazmente os esquemas terapêuticos e adesão, otimizando as medidas higieno-dietéticas e intervindo nas comorbilidades.

CAPÍTULO II – QUALIDADE DE VIDA

O impacto da HTA e do seu tratamento na qualidade de vida (QV) da pessoa que a vivencia, tornou-se objeto de estudo de diversos pesquisadores em todo o mundo, transformando-se uma área envolvente e desafiante para o campo da investigação. Cada vez se revela mais importante estudar as condições que interferem no bem-estar da pessoa, bem como os fatores indissociáveis da QV, com vista a desenvolver novas intervenções, ações e políticas, com vista à promoção de saúde.

Neste capítulo pretende-se, então, contextualizar esta problemática, bem como demonstrar o estado da arte atual através da justaposição de vários estudos.

2.1. - QUALIDADE DE VIDA: CONTRIBUIÇÕES PARA O CUIDAR

O conceito de QV tem sido amplamente discutido desde a antiguidade, nas civilizações grega e romana com Platão e Aristóteles, até ao panorama atual. Neste pressuposto, Venâncio (2005, *apud* Gonçalves, 2010) menciona a importância e a subsistência temporal da mesma, conquanto a sua aplicabilidade e avaliação metodológica e científica tenha sofrido mutações.

A sua expressão radica de 1920, como referencial das condições de trabalho e as suas consequências no bem-estar dos trabalhadores, bem como ao ideal democrático da época (Wood-Dauphine e Kuchler, 1992 *apud* Ribeiro, 2005).

Até ao século XX, a QV era considerada como um produto da aptidão humana na utilização das suas potencialidades em absoluto ao nível económico, cultural, social e político, sendo desta forma possível a evolução equilibrada da sociedade (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 1994). Legitimando os estudos anteriores, Fries e Spitz (1990 *apud* Ribeiro, 1998) consideram a QV como integrativa do conceito de saúde, entrando nos ambientes tradicionais de doença.

Liu (1975, *apud* Ribeiro, 1994), considerou o pressuposto que a QV encerra em si duas vertentes: a subjetiva (psicológica) e a objetiva (ambiente, social, económica). No entanto, Campbel, Converse e Rodgers (1976, *apud* Ribeiro, 1994), num estudo da população americana com mais de 18 anos, onde pretendiam documentar a percepção

sobre determinadas experiências que descreviam a QV dos indivíduos, concluíram que, embora estes se enquadrem no ambiente objetivo, este é percebido como subjetivo, uma vez que a sua apreciação vai depender da sua percepção em consonância com os modelos pessoais. É parte integrante desta avaliação os valores pessoais e sociais, o respeito pela norma, pelo que é tido como desejável ou ideal relativamente ao bem-estar subjetivo e objetivo (Silva, 2009).

Na mesma linha de pensamento, a OMS define QV como a percepção do indivíduo da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Considera que esta é multifatorial, explanando-se a partir das seguintes dimensões: saúde física, saúde psicológica, nível de independência (mobilidade, atividades diárias, dependência de medicamentos e cuidados médicos e capacidade laboral), relações sociais e meio ambiente (Souza e Carvalho, 2003). Desta forma, o conceito de QV é subjetivo, multidimensional e inclui elementos de avaliação positivos e negativos (Fleck [et al.], 1999; The WHOQOL Group, 1996).

Apesar na inexistência de consenso, a QV pode ser definida como uma percepção individual da sua posição de vida, em relação aos objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Sendo um conceito complexo, envolve a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais e a relação com os acontecimentos do meio ambiente (The WHOQOL Group, 1996).

Esta é um reflexo da percepção dos indivíduos da satisfação das suas necessidades, na sua autorrealização e felicidade, independentemente do estado de saúde, realidade social ou económica (OMS *apud* Pereira [et al.], 2006).

Leal (2008), concetualiza a QV avaliando-a sob diversas perspetivas:

- biológica – a QV não é apenas estimada como a percepção que o indivíduo possui relativamente à sua condição física mas igualmente à capacidade real que este detém na realização de determinadas tarefas que realizava sem dificuldades antes da mudança do seu estado de saúde;
- cultural – conectada à educação do indivíduo na sua infância por ser uma etapa de formação parental no que toca aos hábitos e valores, que vão ao encontro do meio cultural onde se inserem (tipo de vestuário, padrão de relacionamento social, costumes religiosos). Esta influência na personalidade da criança irá defini-la no futuro, no sentido da adoção do mesmo estilo de vida que os pais tiveram;
- económica – a QV advém da situação financeira e dos bens materiais que

possui, bem como dos sentimentos associados a estes conceitos. Assim, existem indivíduos que consideram ter uma boa QV apesar do fraco suporte financeiro e vice-versa;

- psicológica – a QV deriva da plenitude da personalidade do indivíduo: autoestima e respeito pelo próximo, saber superar as contrariedades da vida conservando o equilíbrio mental, ter ética, ter boas perspectivas de futuro e saber conservar as relações sociais.

Para Bolander (1998, *apud* Martins, 2009), o conceito de QV pode ser enquadrado nas categorias de vida normal (indivíduo não enfermo), felicidade e satisfação (sentimentos e juízo), realização de objetivos pessoais (sucesso e ponderação), utilidade social (multiplicidade de papéis) e capacidade natural (competências efetivas e potenciais a nível físico e mental).

Numa abordagem mais filosófica, Brock (1993, *apud* Pedro, 2010), a QV é inscrita em três teorias genéricas tais como: a teoria hedonista que encara a noção de sucesso como uma experiência de bem-estar, a teoria de satisfação preferencial dos desejos no momento e a teoria idealista que considera as práticas normativas benéficas para a vida.

As doenças crónicas encerram em si disfunções funcionais na esfera da vida. Sentimentos subjetivos de satisfação são decrescentemente sentidos e a cronicidade da patologia leva ao decréscimo de QV, não havendo uma plenitude de satisfação de necessidades (Kedziora-Kornatowska e Muszalik, 2007). Assim, a avaliação da QV acarreta grande interesse social e científico, já que os resultados dos mesmos facultam a elaboração de programas de intervenção que visam o bem-estar e salubridade da pessoa com doença crónica.

Importa igualmente, contextualizar a QV associada à saúde. Faz sentido a transição de uma visão abrangente de QV (que engloba não só a saúde mas também os padrões de vida, o estatuto económico, entre outros), para uma visão focalizada nos aspetos diretamente afetados pela saúde e suscetíveis de alteração (Bosworth [*et al.*], 2000).

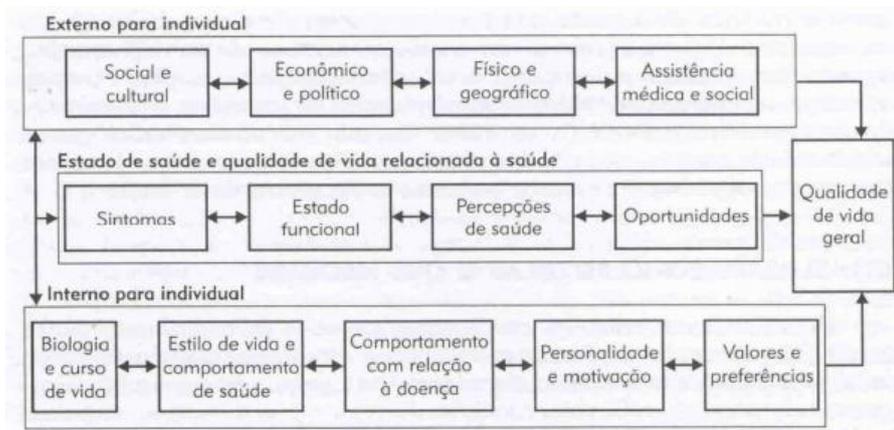
2.2. – QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE

A qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) refere-se à satisfação de um indivíduo nas dimensões física, social e psicológica, na medida em que estas são

afetadas pela mesma (Parmet, 2002; Wilson, 1995 *apud* Shafazand [*et al.*], 2004). É um constructo que considera quatro dimensões: dimensão funcional, que se refere à capacidade de executar atividades; dimensão física, relacionada com a presença e gravidade dos sintomas da doença e/ou associado com o tratamento; emocional, reportando-se às reações emocionais em resposta à hospitalização e aos sintomas da doença; e dimensão social, compreendendo as limitações sociais e adaptação (Rodríguez,1995). A QVRS tornou-se um indicador importante na qualidade da assistência à pessoa hipertensa (Lam e Lauder, 2000; Wolf [*et al.*], 2004).

Ainda que o Grupo WHOQOL reconheça que a qualidade de vida é multidimensional, abrangendo a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e as relações com o ambiente, os instrumentos WHOQOL avaliam a QV enfatizando, prioritariamente, a saúde (Patrick, 2008 *apud* Pedroso e Pilatti, 2010). A QV, propriamente dita, engloba a qualidade de vida relacionada à saúde acrescida de determinantes do ambiente interno (individual) e ambiente externo (social e cultural). Com base nessa prospeção, os elementos que constituem a qualidade de vida são expostos na figura 2.

Figura 2. Relação entre qualidade de vida e conceitos de saúde



Fonte: Avaliação de indicadores da área da saúde: a qualidade de vida e suas variantes (Pedroso e Pilatti, 2010)

As variáveis abrangidas no âmbito do “estado de saúde e qualidade de vida relacionada à saúde” estão dispostas através de uma progressão linear com relação à proximidade ao indivíduo, do mais proximal (sintomas) ao mais distal (oportunidades). Os elementos intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo (figura 2) representam que a avaliação da qualidade de vida é indissociável do contexto pessoal ou sociocultural (Patrick, 2008 *apud* Pedroso e Pilatti, 2010).

De acordo com Lima (2002, *apud* Matos, 2007) emergiram múltiplos modelos subjacentes ao conceito de QV associada ao *status* de saúde, evidenciando-se:

- o Modelo Psicológico, no qual o doente tem a percepção de como a doença provoca incapacidades, as quais influenciam a sua QV, não havendo dissociação entre o estado físico e o psicológico;
- o Modelo Teórico de Beck, no qual a QV se encontra estreitamente relacionada com a intensidade de desconforto psicológico, enfatizando o estado psíquico, o carácter subjetivo e o intuito de cuidar;
- o Modelo de Utilidade, no qual é analisada a circunstância do doente apostar em determinado procedimento, numa perspetiva de uma vivência melhor (qualidade *versus* quantidade de vida);
- o Modelo baseado nas Necessidades do Indivíduo, no qual é defendido que a vida alcança a qualidade quando este contenta as suas necessidades, tendo em conta as suas capacidades e competências.
- O Modelo de QV relacionada com a Saúde, no qual se perspetiva que a doença se torna num problema quando interfere na aptidão do desempenho, sendo a saúde um elemento influenciador da QV.

Percebida a carência de um indicador que apresentasse transcendência aos resultados de análises e avaliações clínicas, foram alavancadas pesquisas nessa direção. Foi constatado, portanto, que a avaliação da QV no âmbito da saúde é importante, segundo Belasco e Sesso (2006 *apud* Pedroso e Pilatti, 2010), por três motivos:

- A QV apresenta uma associação clara e consistente com fenómenos da área da saúde.
- Há comprovação empírica de que existe correlação entre a QV e os indicadores fisiopatológicos utilizados no meio clínico.
- Torna-se possível o desenvolvimento de um marco conceitual da QV, demonstrando o avanço qualitativo dos modelos prévios de avaliação de tal variável.

Há ainda autores que justificam a introdução da QV na área da saúde em decorrência de três fatores: o avanço tecnológico, que proporcionou melhores condições de saúde e aumento da expectativa de vida; a mudança no panorama epidemiológico das doenças, visto que as doenças crónicas passaram a apresentar um perfil dominante e; a tendência de mudança sobre a visão do ser humano, que anteriormente era visto como um organismo biológico que necessitava de reparação, e, na contemporaneidade, é visto como um agente social (*Idem*).

Sendo assim, o desenvolvimento da QV na área da saúde permitirá mudanças conceituais e práticas, através da incorporação de aspetos socioeconómicos, psicológicos e culturais, por vezes negligenciados, e que poderão efetivamente contribuir para as ações multidisciplinares. As propostas de promoção da saúde, apresentadas na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em *Ottawa* (1986), entendem a saúde como elemento importante no conjunto de condições indispensáveis à QV. Percebida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o conceito de saúde supera o caráter estático, exclusivamente sanitário, de ausência de enfermidade. As estratégias de promoção da saúde dirigem-se para os estilos de vida e condições sociais, económicas e ambientais que determinam a saúde e, de forma abrangente, a qualidade de vida (Souza e Carvalho, 2003).

Corroborando o supra referido, Catarino (2010:38) refere que

“na sociedade atual, a qualidade de vida é um tema de extrema importância e é utilizada como uma medida de resultado dos cuidados e intervenções em saúde. Assim, e ao contrário do que se passava a cerca de 60 ou 70 anos atrás, a questão mais importante não reside em saber se o doente sobrevive ou se vai morrer, já que, os avanços da medicina resolveram, em grande parte, esta situação. Torna-se, então, fundamental saber se os indivíduos que vivem com determinada doença (essencialmente a doença crónica) conseguem viver a sua vida diária com a mesma qualidade de vida das pessoas que não sofrem de nenhuma doença”.

Li e colaboradores (2005) encetaram um estudo de forma a relacionar a HTA e a QVRS em 9703 utentes chineses. O resultado da investigação demonstrou que os utentes hipertensos (n=4510) tiveram scores mais baixos de QV, sendo que existia uma alta prevalência sintomatológica. Para além das variáveis sociodemográficas, foram consideradas variáveis tais como IMC, nível de educação, tabagismo, dislipidémia, história familiar de doenças cardiovasculares e diabetes, que foram correlativa e estatisticamente significativas com a QVRS. Os utentes diagnosticados com HTA tiveram valores de QV menores que os utentes com HTA mas sem noção do diagnóstico *per si*. Entre os utentes em tratamento anti-hipertensivo, o valor mais elevado de QV foi atribuído àqueles que têm a sua doença e sintomas controlados.

No estudo de Qian e colaboradores (2009) em que foi avaliado o efeito de uma intervenção comunitária nos fatores de influência da QV em utentes chineses com hipertensão, a análise dos dados demonstrou que o sexo, idade, nível de educação, ingestão de fritos, rendimento familiar, atitude, conhecimento, pressão arterial e sintomas, eventos graves, duração do diagnóstico de hipertensão e o número de tomas de terapêutica anti-hipertensiva foram significativamente correlacionados com a QV. Após a intervenção, a taxa de controlo da HTA aumentou de 32,0% para 39,4%, e

a pressão sistólica média e os valores da pressão arterial diastólica foram significativamente reduzidas. O programa de intervenção resultou numa melhoria no *score* total de QV em todos os domínios, exceto na componente social. Tendo em conta os fatores de influência e os aspetos elencados no estudo, esta intervenção não só melhorou a QV da pessoa hipertensa como também aumentou significativamente a taxa de controlo da HTA.

Alguns estudos têm demonstrado que a QV da pessoa hipertensa é inferior à pessoa normotensa (Battersby, Hartley e Fletcher, 1995; Dimeñas [*et al.*], 1989). É perceptível que a pessoa hipertensa relate geralmente menor QV relacionada à sua saúde, mas não é claro que este decréscimo seja secundário ao diagnóstico de HTA por si só, ao tratamento medicamentoso ou à consciência da doença. Num estudo transversal efetuado por Trevisol e colaboradores (2012), os participantes com HTA com ausência de regime terapêutico tiveram *scores* mais elevados de QV do que aqueles que estão a cumprir terapêutica ou com HTA descontrolada. Concluíram que os indivíduos com HTA têm pior QV, especialmente quando a sua PA é controlada pela terapêutica, sendo que esta perceção pode levar à diminuição da taxa de adesão da mesma.

Badía e colaboradores (2001), desenvolveram uma investigação para determinar a relação entre as variáveis clínicas e terapêuticas e os níveis de QV dos sujeitos. Trabalharam com uma amostra de 269 utentes hipertensos e 106 utentes normotensos, aos quais se aplicaram os questionários de QV CHAL e o EuroQol-5D. Os resultados demonstraram pontos desfavoráveis na QV dos sujeitos hipertensos em comparação com os restantes e foi notório o efeito positivo do tratamento anti-hipertensivo na QV dos mesmos.

Mais recentemente, Banegas e companheiros (2006), levaram a cabo uma investigação com uma amostra de 3368 sujeitos hipertensos com mais de 60 anos, determinando a QV mediante o questionário MOS (SF 36) e avaliando a PA através de medidas *standard*. O que verificaram é que nem o controlo da HTA pela terapêutica nem a sua avaliação pareceram influenciar a QV da população estudada.

Estudos similares foram desenvolvidos no Egito por Youssef, Moubarak e Kamel (2005), que estudaram a QV em 316 utentes hipertensos, concluindo que nem o número de drogas anti-hipertensivas nem a frequência de toma das mesmas afetou a sua QV. A presença de efeitos secundários à terapêutica levou a uma QV mais baixa nos domínios físico e emocional mas não nos aspetos da vida diária, estigma associado ao reconhecimento pelo sujeito chamado *labeling effect*, bem como sintomas decorrentes da insuficiência diastólica.

Sublinhando este aspeto, o efeito adverso dos tratamentos para a HTA sobre a QV da pessoa tem sido amplamente reportados na literatura (Cohen, 2001; Erci [et al.], 2003; Erickson, Williams e Gruppen, 2001; Fogari e Zoppi, 2004; Lam e Lauder, 2000; Lawrence [et al.], 2004; Tsai [et al.], 2004). Embora a conscientização sobre a doença tenha melhorado nas últimas duas décadas, a realidade é que existe uma percentagem considerável de pessoa hipertensas renitentes à adesão terapêutica. O tratamento é geralmente a longo prazo, e o seu sucesso vai depender dos efeitos deste sobre a sua QV.

Prova disso mesmo, são os resultados do trabalho de Pèrez e colaboradores (2012) que pretendiam analisar a associação do conhecimento demonstrado e o controlo da HTA na população adulta das Ilhas Canárias (n=6675), sendo que os piores scores de gestão da doença foram encontrados nos utentes com fatores de risco modificáveis associados, tais como consumo de álcool, obesidade, dislipidémia e disritmias.

Os achados científicos do estudo de Bardage e Isacson (2001) acrescentam ainda que a população hipertensa é vulnerável e requer especial atenção por parte dos profissionais de saúde e políticas associadas às mesmas. É um dado importante, uma vez que valores baixos de QVRS pode ser um fator de risco para eventos cardiovasculares ou complicações, levando a um acréscimo da mortalidade.

O desenvolvimento de estudos sobre a QVRS revela utilidade prática na medida em que podemos assistir a mudanças na prática assistencial do processo de saúde-doença, quebrando o paradigma do modelo biomédico, onde são negligenciadas dimensões importantes tais como a socioeconómica, psicológica e cultural, essenciais na prevenção, promoção, tratamento e reabilitação em saúde, cuja contribuição para a QV é bem vincada (Miranzi, 2008; Seidl e Zannon, 2004).

Diversos autores defendem que até há algumas décadas atrás, os indicadores de saúde estavam muito centralizados na morbidade e mortalidade, ou seja, num estado de insalubridade (Henriques, 2004). Estes indicadores não respondiam à realidade e exigência social de cuidados do tipo preventivo e conduziam a um crescente grau de insatisfação com os tratamentos médicos que visavam o prolongamento da vida em detrimento do bem-estar e autonomia (Coelho, 2002).

Adveio assim, a necessidade de avaliar outros indicadores de saúde, nomeadamente medidas de QV. Ainda que saúde e qualidade de vida já tenham sido consideradas como sinónimos, é pertinente ressaltar que a saúde é um domínio da qualidade de vida. Assim, a saúde está associada à qualidade de vida, havendo diversos pontos de

intersecção entre ambas as variáveis. No entanto, o conceito de qualidade de vida transcende a sinonímia de saúde (Fleck, 2008 *apud* Pedroso e Pilatti, 2010).

A melhor medida de valor dos serviços de saúde é o resultado final, medido pelo grau de melhoria de função e pela QV do doente. O resultado deve ser medido por parâmetros de desempenho do indivíduo durante toda a vida, em vez de pela duração da sobrevivência (Henriques, 2004).

Desta forma, o desenvolvimento socioeconómico verificado nas últimas décadas e as alterações de consciência social marcadas pela valorização de diferentes aspetos da vivência humana (lazer, ambiente, entre outros), condicionaram o aparecimento de medidas de QV como indicadores de saúde (Martins, 2006). Aspetos como o ambiente, a segurança, a moradia, a renda e a liberdade são amplamente valorizados no que diz respeito à existência humana, e, entretanto, não são definidos como estado de saúde. Ainda que tais indicadores possam afetar a saúde, a avaliação do estado de saúde não inclui estes (Patrick, 2008 *apud* Pedroso e Pilatti, 2010).

A qualidade de vida, na condição de indicador humano, pode ser utilizada de três formas:

- Como um descritor: indicando a presença ou a ausência da uma característica da vida;
- Como uma asserção avaliadora: pregando a adição de características de um indivíduo ou população;
- Como uma asserção normativa ou prescritiva: quando são indicadas quais características que devem estar presentes para se viver com qualidade (*Idem*).

A avaliação/mensuração sobre a QV de uma população vem sendo proposta de duas formas. Em primeiro lugar, examinando-se os recursos disponíveis, a capacidade efetiva de um grupo social para satisfazer as suas necessidades. Por exemplo, podemos analisar as condições de saúde pela quantidade de camas hospitalares e profissionais de saúde disponíveis, o grau de instrução pelo número de escolas e níveis de escolaridade atingidos, as condições ambientais pela potabilidade da água e pela emissão aérea de poluentes, entre outros. Uma segunda forma de estimar a QV é avaliar as necessidades, através dos graus de satisfação e dos patamares desejados. Podemos, assim, tentar mensurá-la pela distância entre o que se deseja e o que se alcança, ou seja, pelos estágios de consciência a respeito dos graus de prazer ou felicidade experimentados ou a partir de um julgamento que se propõe substantivo, feito pelo próprio pesquisador, sobre o que tornaria a vida melhor. Em todos eles, devemos levar em conta que a definição do que é QV variará em razão das diferenças

individuais, sociais e culturais e pela acessibilidade às inovações tecnológicas (Herculano, 2000).

No caso das doenças crónicas é impreterível uma avaliação compreensiva de forma a determinar as vantagens do tratamento, uma vez que neste tipo de doentes, o objetivo essencial dos cuidados é minimizar as incapacidades provocadas pela doença. Nesta avaliação de QV torna-se fundamental centrar diferentes domínios tais como o estado funcional, sintomas físicos, funcionamento psicológico, funcionamento social e avaliação global (Henriques, 2004).

A análise das condições de saúde pode ser um instrumento importante na avaliação do impacto de processos e estruturas na determinação de eventos de saúde. A categoria espaço tem valor intrínseco na análise das relações entre saúde, sociedade e ambiente. Conhecer a estrutura e a dinâmica espacial da população é o primeiro passo para a caracterização de situações de saúde. Além disso, permite o planeamento de ações de controlo e alocação de recursos. A análise espacial propicia o restabelecimento do contexto no qual um evento de saúde ocorre, contribuindo para o entendimento dos processos sócio ambientais envolvidos (Barcellos, 2002).

A HTA possui uma relação íntima com os hábitos de vida e, conseqüentemente, esta coloca-se a dois níveis: na prevenção da hipertensão arterial e na terapêutica subjacente ao seu controlo (American Heart Association e European Society of Hypertension, 2006 *apud* Perdigão, 2007).

O *Strong Heart Study* (2006, *apud* Perdigão, 2007) avaliou os fatores de risco para o desenvolvimento de HTA, verificando que a pressão arterial mais elevada no início do estudo, o aumento da obesidade abdominal e as alterações do perfil lipídico (nomeadamente a redução do colesterol HDL) eram fatores preditivos de HTA. Já o *Physician's Health Study* (2006, *apud* Perdigão, 2007) verificara uma relação entre os valores elevados do colesterol total e do colesterol não HDL, bem como da razão colesterol total e colesterol das HDL, e o maior risco de aparecimento de HTA. Por outro lado, os valores mais elevados do colesterol das HDL prediziam um menor risco de aparecimento de HTA. A HTA surge assim associada a alterações do metabolismo, embora nem sempre enquadradas na definição atualmente aceite de síndrome metabólica.

No estudo de Julius e colaboradores (2006 *apud* Perdigão, 2007), que avaliou comparativamente os efeitos das alterações de vida sem intervenção farmacológica e as alterações do estilo de vida associada a uma intervenção farmacológica com um fármaco hipotensor em indivíduos considerados hipertensos leves, verificou-se que ao

fim de dois anos o grupo de intervenção farmacológica apresentava uma redução de 66,3% de risco de desenvolver HTA. No entanto, no seguimento nos dois anos subsequentes dos dois grupos, agora já só com aconselhamento sobre alterações do EV, verificou-se que no final que a prevalência de HTA era igual nos dois grupos.

Iremos então abordar, no próximo capítulo, os estilos de vida, como base para a mudança da QV nomeadamente aquela relacionada com a saúde.

CAPÍTULO III – ESTILOS DE VIDA

Os efeitos benéficos, diretos e indiretos, da modificação do estilo de vida (EV) sob a QV têm sido amplamente divulgados, estando relacionados com uma diminuição dos níveis da PA (Appel [et al.], 2003). Nesta medida, importa perceber o impacto dos EV na gestão patológica da HTA e na QV subsequente da pessoa hipertensa.

3.1. – ESTILOS DE VIDA: IMPLICAÇÕES NA SAÚDE E BEM-ESTAR

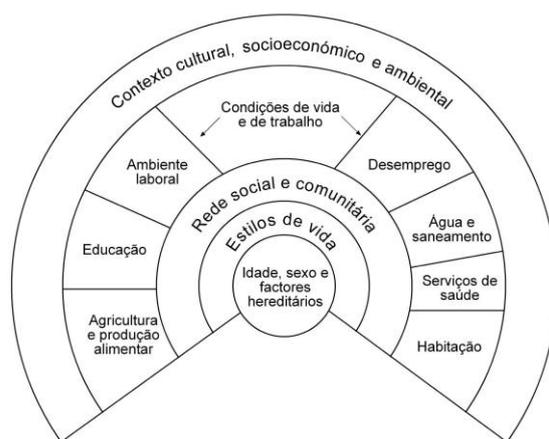
Vivemos numa sociedade em constante metamorfose e readaptação aos fenómenos que se refletem diretamente sobre o modo de vida das pessoas, sendo que nas últimas décadas e particularmente nos países ocidentais, tem-se testemunhado um aumento da saúde global da população relacionado com a melhoria das condições sanitárias, alimentares, otimização do acesso aos serviços de saúde, avanços técnicos e científicos na deteção e tratamento patológico e adequação da vigilância de saúde da população. Todos estes fatores convergiram para a diminuição da mortalidade e, conseqüente, aumento da esperança média de vida. Conquanto, verifica-se que com este aspeto emergiu o aumento de população com doenças crónicas (Fontes, 2007). Segundo Helman (2001), esta questão está intimamente relacionada com a resposta da medicina e pela adoção de estilos de vida que põem em risco a saúde.

De acordo com os resultados de um estudo apresentado pelo *European Health Report* (WHO, 2005), a principal causa de morbilidade e mortalidade na União Europeia decorre das doenças crónicas não transmissíveis, correspondendo a 86% das mortes ocorridas em 2002. Nestas, estão incluídas as doenças cardiovasculares, cancro, patologia respiratória crónica, diabetes *mellitus*, doenças cerebrovasculares, doenças osteoarticulares, perturbações da saúde mental, como a depressão, acrescentando ainda os acidentes rodoviários (*Idem*). Estes problemas constituem o reflexo da ação de um conjunto de fatores de origem comum, fundamentalmente associados ao estilo de vida individuais e coletivos. Assim sendo, os estilos de vida podem influenciar e afetar a saúde individual assim como a saúde coletiva (*Ibidem*).

São múltiplos os determinantes da saúde, e estes podem ser agrupados em cinco categorias. A primeira categoria constitui o ambiente social e económico (salário, emprego, *status* social, educação e fatores sociais no local de trabalho), a segunda é o ambiente físico natural ou construído pelo homem (clima e condições de habitabilidade), a terceira considera as atitudes pessoais (comportamentos de risco ou salubres), a quarta categoria representa as capacidades individuais (genética, fisiologia, competência pessoal, auto controlo e habilidades) e, por último, estão os serviços de promoção, manutenção e restabelecimento da saúde (*Canadian Society for Exercise Physiology, 2003*).

Diversos modelos têm sido desenvolvidos para identificar as determinantes da saúde e sua influência no indivíduo. O modelo de Dahlgren's (Figura 3) é um dos mais utilizados na atualidade (Morgan, 2004).

Figura 3. Modelo de Dahlgren's (1995)



Fonte: Adaptado de Dahlgren's (1995, *apud* Morgan, 2004)

Este modelo identifica os fatores capazes de influenciar o potencial de saúde individual da pessoa. Especificamente, identifica três fatores sólidos como a idade, sexo e a hereditariedade e uma série de fatores passíveis de modificação (como os estilos de vida, a rede social e comunitária, e o contexto socioeconómico, cultural e ambiental). Serve, deste modo, como guia orientador na definição de políticas de intervenção, uma vez que implica conhecer a população alvo e o contexto em que ela se insere, permitindo programas mais objetivos e direcionados para os problemas específicos daquela comunidade, tornando-se potencialmente mais eficazes (*Idem*).

Isto implica uma mudança no paradigma de intervenção em saúde, que se reflete numa abordagem continuada no tempo, baseada no conhecimento e compreensão das determinantes de saúde sobre os percursos de vida das pessoas e articulação de parcerias ativas com todos os setores capazes de atuar sobre essas mesmas

determinantes, numa atitude de cooperação e complementaridade. Torna-se, deste modo, indispensável que os profissionais de saúde valorizem o conceito de saúde da pessoa integral ao longo do seu ciclo vital, tendo em conta não só os seus estilos de vida e fatores biológicos em particular mas também o contexto familiar, socioeconómico, cultural e ambiente físico em que este está inserido (Rodrigues, Pereira e Barroso, 2005).

Para compreender o estilo de vida, é importante entendê-lo num contexto social da saúde, deslocando-se do modelo centrado na doença. O novo paradigma da saúde, que contempla a complexidade, a determinação social e a perspetiva holística do ser, vem sendo cada vez mais preconizado nas conferências nacionais e internacionais de saúde. O conceito de campo na saúde abarca a biologia humana (herança genética e processos vitais), o meio ambiente (território geográfico, como algo vivo e dinâmico, envolvendo a ecologia e as relações existentes), o estilo de vida, do qual resultam decisões pessoais, lazer, cuidados com o corpo, trabalho, filosofia de vida, comportamentos aditivos e a organização da assistência à saúde, que compreende a assistência e os serviços de saúde, nos diferentes níveis (Scilar, 1987).

A HTA surge como resultado das circunstâncias de vida da atualidade e dos estilos de vida adotados, isto é, dos hábitos, vivências e as suas expressões na sociedade de acordo o grupo social e cultural em que a mesma se encontra inserida. A decisão do indivíduo em uma forma particular de vida envolve aspetos externos e processos mentais. Num determinado sentido, os fatores de riscos como tabagismo, etilismo, alimentação inadequada, sedentarismo e *stress*, são formas adaptativas do sujeito perante as tensões diárias (Martins, 1997 *apud* Teixeira [*et al.*], 2006).

Entende-se que o EV envolve a subjetividade do sujeito no seu contexto social, de modo que a objetivação da saúde e ou da doença tem uma dimensão psicossomática, que não pode ser ignorada nas intervenções de saúde. Desse modo, as doenças, além dos aspetos sociais e fisiopatológicos, possuem associação com a emoção, sendo que as condições corporais afetam a mente e vice-versa, num processo complexo e relacionado com o meio. A manifestação da doença não pode ser explicada apenas por uma relação de causa e efeito, mas pelo contexto social e pelo estilo de vida que o indivíduo, como ser biológico e psicológico (Mello, 1992 *apud* Teixeira [*et al.*], 2006).

O objetivo do cuidado da pessoa com HTA é o controlo sintomatológico da doença e a prevenção das comorbilidades, permitindo uma melhoria da QV. Portanto, é

imprescindível que o sujeito compreenda o processo da doença e participe da mudança do EV através das atividades de educação para a saúde.

Arévalo e colaboradores (2006), que estudaram o efeito benéfico da modificação do estilo de vida no controlo da HTA e da sua QV, consideram que os programas de modificação do estilo de vida têm efeito direto no controlo sintomatológico e adesão terapêutica. Do mesmo modo, apreciam que estes projetos deverão abarcar intervenções relacionadas com as comorbilidades da HTA, condicionando aspetos passíveis de detioração da QV, igualmente sublinhado por Omer e colaboradores (2005).

A adesão terapêutica, nos últimos anos, tornou-se um grande problema e tem tendência a relacionar-se a *itens* como estilo de vida (dieta, sedentarismo, tabagismo, etilismo, entre outros fatores). A PA é descontrolada pela falta de adesão ao tratamento (Barbosa e Lima, 2006; Gusmão e Mion, 2006; Santos [*et al.*], 2005).

No estudo de Teixeira e colaboradores (2006) é perceptível a existência da relação entre o cuidado na saúde e o EV. Todavia, os autores consideram fundamental compreender o estilo de vida tendo em consideração o contexto social e os aspetos subjetivos, de modo a favorecer uma atitude crítica e sensível nas práticas de saúde. Foi reconhecido que os aspetos emocionais motivam à mudança pois envolvem o desejo e satisfação pela vida.

Para Castro, Rolim e Maurício (2005), ficou bem patente a influência do EV na prevenção da HTA e na consciencialização para a mudança de comportamentos insalubres. É reforçado o papel do enfermeiro como elemento integrador do contexto social e cultural do indivíduo, permitindo a reflexão e uma atitude crítica perante a sua situação de saúde.

Tendo em conta os conceitos descritos anteriormente, a rede familiar surge com destaque no auxílio e apoio à pessoa hipertensa, não somente durante o período do diagnóstico, mas também, no decorrer do tratamento e acompanhamento da HTA. No estudo de Faquinello e colaboradores (2011), são sublinhadas as atividades de apoio pela rede familiar tais como o acompanhamento nas consultas médicas, colaboração na dieta, prática de atividades físicas e supervisão terapêutica. O apoio da família pode ser diferenciado e constante, quando existe dependência do indivíduo (Lopes e Marcon, 2009). Faquinello, Marcon e Waidmann (2011) também ressaltam a importância da rede social do hipertenso como uma estratégia para melhorar a QV destes indivíduos.

Em situações de doenças crônicas, quando a família não dá o suporte necessário através da mudança no estilo de vida e alterações da rotina familiar, o tratamento fica prejudicado, acarretando a sua não adesão. No caso da pessoa hipertensa, os estudos relatam que o *deficit* de autocuidado refere-se principalmente ao desconhecimento e não adesão às formas corretas de tratamento, sendo que a participação familiar é importante para auxiliar a solucionar esta dificuldade (Lopes [*et al.*], 2008). Todavia, no estudo supra referido é perceptível que esta situação tende a ser superada pela ajuda dos familiares, existindo um fator facilitador quando o companheiro(a) também é hipertenso ou toma terapêutica contínua.

Conquanto este suporte fornecido pela rede proporcione uma atuação benéfica e positiva, deve ser tido em consideração que, muitas vezes, esta rede não fornece apoio adequado por falta de conhecimento ou de informação sobre os comportamentos que poderiam adotar (Rodrigues e Seidl, 2008). Nestes casos, mesmo que o conhecimento dos familiares sobre a patologia seja superficial, é uma mais-valia para a otimização do acompanhamento terapêutico, sendo da responsabilidade dos profissionais de saúde integrar a família na problemática da hipertensão, capacitando-os para o investimento na adesão e auxílio ao tratamento (Saraiva [*et al.*], 2007).

A melhoria do estilo de vida é, portanto, um fator de extrema importância na obtenção de um melhor nível de saúde. Um estilo de vida pouco saudável pode criar comportamentos de risco, que resultam numa diminuição da QV e em patologias evitáveis. Wilson e Ciliska (1986, *apud* Decina, McGregor e Hagino, 1990) referem que o estilo de vida da pessoa é decisivo nas opções que afetam a saúde. Os efeitos benéficos, direta ou indiretamente, da modificação do estilo de vida no controlo e gestão da HTA provaram essa relação intimamente estreita entre estes conceitos (Appel [*et al.*], 2003; Gutierrez, 2001, Tsai [*et al.*], 2004).

O enfermeiro tem pois, uma importante participação nesse processo de promoção e prevenção em saúde, que envolve estilo de vida e autocuidado, no sentido de facilitar a mudança de comportamento da pessoa hipertensa, identificando comportamentos de risco e implementando práticas de cuidados adequadas, uma vez que é o profissional de saúde privilegiado na relação terapêutica (Silva e Moura, 2011; Brito [*et al.*], 2008; Potter e Perry, 2004).

Posto isto, pretendeu-se, através deste estudo perceber a influência do estilo de vida na gestão do processo patológico associado à HTA e a sua perceção de qualidade de vida na população que estudámos. No próximo capítulo, pretendemos explicar a

forma como este foi operacionalizado.

PARTE II – METODOLOGIA E INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

CAPÍTULO IV – METODOLOGIA

A investigação científica consiste num processo sistemático, efetuado com objetivo de validar conhecimentos previamente estabelecidos e de produzir novos, que irão de forma direta ou indireta influenciar a prática (Fortin, 2009).

A metodologia é fulcral num estudo de investigação conquanto fornece aos pesquisadores a estratégia que descreve toda a operacionalização do estudo, no sentido de encontrar resposta para a problemática. É pois, “o conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica” (Fortin, 2009:372).

Para Polit e colaboradores (2004), a metodologia é uma estratégia que permite estudar e avaliar as diversas opções de uma pesquisa, identificando limites e implicações na sua utilização. Desta forma, entende-se a metodologia como um instrumento de trabalho, do qual depende em grande parte o sucesso da investigação, pois é ela que vai orientar a pesquisa de acordo com o método escolhido, os processos e as técnicas de análise.

Pretende-se clarificar, através do exposto, a estratégia desenvolvida na investigação em causa, nomeadamente a problemática do estudo, os objetivos, o tipo de estudo, a população e amostra, o instrumento de colheita de dados, os procedimentos éticos e formais e o tratamento estatístico de dados.

4.1. PROBLEMÁTICA

Ser uma pessoa hipertensa significa uma mudança no quotidiano, através da alteração de hábitos alimentares, gestão terapêutica, passando por um período de ajustamento mental e físico à doença, no sentido de reorganização da vida e onde os aspetos psicológicos individuais e o sistema social de apoio (incluindo a família e os serviços de saúde), serão determinantes no modo como reage e lida com a mesma, refletindo-se na sua qualidade e estilo de vida.

Deste modo, a avaliação da qualidade de vida (tendo em conta as dimensões propostas pela OMS: domínio físico, domínio psicológico, nível de independência,

relações sociais, ambiente, sentido espiritual e crenças) pode ser relevante para os enfermeiros, permitindo uma intervenção profissional mais esclarecida e intencionalmente dirigida para as dimensões mais problemáticas (Loureiro [et al.], 2012).

4.2. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Uma questão de investigação é um enunciado operacional interrogativo e preciso, que permite inferir o tipo de resultado pretendido com a investigação, relacionando as variáveis numa determinada população (Loureiro, 2013). Tendo presente a bibliografia consultada, surge a questão de investigação seguinte:

- A perceção da qualidade de vida dos utentes hipertensos inscritos na Consulta do Hipertenso da Consulta Externa do serviço de Cardiologia correlaciona-se com o seu estilo de vida?

A exploração das relações e eventuais associações existentes entre as variáveis poderá dar contributos importantes para uma melhor compreensão do fenómeno em estudo (Fortin, 2009).

4.3. OBJETIVOS

De acordo com Fortin (2009), o objetivo de um estudo, é um enunciado declarativo que evidencia as variáveis-chave, a população alvo e o assunto da investigação. No contexto do problema previamente enunciado, pretendeu-se desenvolver uma investigação cujos objetivos foram:

- caracterizar o perfil da população hipertensa inscrita na Consulta do Hipertenso da Consulta Externa do Serviço de Cardiologia de um centro hospitalar central segundo as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, proveniência, habilitações literárias, profissão), clínicas (PA, colesterol total, perímetro abdominal, IMC, risco CV), estilo de vida e perceção da qualidade de vida.
- Compreender a relação entre o estilo de vida e a perceção da qualidade de vida;
- Descrever as dimensões da qualidade de vida e estilo de vida mais afetadas e correlacioná-las entre si.

- Validar culturalmente o instrumento de medida Mini Questionário da Qualidade de Vida na Hipertensão Arterial (MINICHAL), para a população portuguesa.

4.4. TIPO DE ESTUDO

Optámos por um estudo de abordagem quantitativa (pelo uso da quantificação na colheita e tratamento de dados, utilizando-se técnicas estatísticas e objetivando-se resultados que evitem possíveis distorções de análise e interpretação - Diehl, 2004), descritivo (descreve o fenómeno e regista-o da maneira como ocorre – Hymann, 1967), analítico (as hipóteses são declaradas no desenho da investigação e testadas através de testes estatísticos, envolvendo diferenças num determinado evento entre pessoas com determinadas características - Loureiro, 2013), correlacional (análise das relações entre variáveis com base em coeficientes de correlação - *Idem*), de corte transversal (colheita de dados numa ocasião apenas, *Ibidem*)

A utilização do método descritivo e correlacional deveu-se ao facto de ser o mais adequado para atingir alguns dos objetivos que nos propusemos. Este tipo de estudos se por um lado permitem recolher informação de maneira independente ou conjunta sobre conceitos ou variáveis que se analisam especificando as suas propriedades e características e oferecem ainda a possibilidade de fazer predições, por outro têm como propósito avaliar a relação que existe entre dois ou mais conceitos, categorias ou variáveis (Sampieri [*et al.*], 2003) ou como refere Fortin (2009) assenta no estudo das relações entre pelo menos duas variáveis, sem que o investigador intervenha ativamente para influenciar essas variáveis.

4.5. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Segundo Fortin (2009), a população compreende todos os elementos (pessoas, grupos, objetos) que partilham características comuns definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo. A população alvo é constituída pelos indivíduos que satisfazem os critérios de seleção antecipadamente definidos e para os quais o investigador deseja fazer generalizações. A população acessível é constituída pela fração da população alvo, que é acessível ao investigador. Assim, pode-se esclarecer que a população alvo diz respeito à população que o investigador pretende estudar e

fazer generalizações, e a população acessível à fração da população alvo que está ao alcance do investigador e de onde este pode extrair a amostra (*Idem*).

A população acessível definida para a presente investigação, é constituída pelos utentes hipertensos inscritos na Consulta do Hipertenso na Consulta Externa (CE) de um centro hospitalar central. A amostra foi do tipo não-probabilística acidental pois os sujeitos foram incluídos à medida que se iam apresentando na CE, sendo requeridos como alvo de estudo até serem considerados suficientes para atingir o tamanho da amostra desejado (Loureiro, 2013), durante o período de 2 de dezembro de 2013 a 18 de agosto de 2014. Os critérios de inclusão foram:

- Aceitação de participação voluntária do estudo;
- Ter mais de 18 anos;
- Saber ler, escrever e interpretar o texto;
- Ter condições clínicas e psicológicas para participação no estudo;
- Ter o diagnóstico clínico de HTA.

Foram considerados critérios de exclusão todos os utentes que não correspondessem aos *itens* supra referidos.

Segundo Ribeiro (2008), o número ideal de participantes, depende das características da investigação e do contexto onde a amostra é recolhida, pelo que quanto maior for o número de participantes na amostra, menor será o erro de amostragem. Sendo o objetivo deste estudo validar um dos instrumentos de medida, Pestana e Gageiro (2005:487), salientam que “*é fundamental que a amostra seja suficientemente grande, de forma a garantir que numa segunda análise se mantenham os mesmos fatores*”. O mínimo de respostas válidas (N) por variável (K) é: $N=50$ se $K \leq 5$, $N= 10 \times K$ se $5 < K \leq 15$ e $N=5 \times K$ se $K > 15$.

Assim sendo, para a contabilização do tamanho mínimo da amostra em questão, e tendo presente que o instrumento de colheita de dados a validar possui 17 *itens*, seriam necessários pelo menos: $N=5 \times K$, temos $5 \times 17=85$. Tendo por base estas considerações e a dificuldade de acesso às pessoas que cumprissem os critérios para a sua inclusão na amostra, esta ficou constituída por 105 utentes hipertensos.

4.6. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS: PROCEDIMENTOS

Após aprovação do projeto pelas comissões de ética, os dados foram recolhidos na instituição onde decorreram as consultas da pessoa hipertensa, através de prévio agendamento com as secretárias clínicas locais e com base nas listagens das consultas diárias. Foram operacionalizados os questionários procedentes, bem como a caracterização sociodemográfica e clínica da amostra.

4.6.1. Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra

Na presente investigação, descrevemos os seguintes dados sociodemográficos e clínicos da amostra:

- Idade: refere-se ao número de anos da pessoa (variável operacionalizada através de uma pergunta de resposta aberta);
- Sexo – é definido pelo sexo masculino ou feminino (operacionalizada através de questão dicotómica de escolha única);
- Proveniência – se provém de meio rural (aldeia/freguesia) ou de meio urbano (cidade) – operacionalizada através de questão dicotómica de escolha única;
- Estado civil - operacionalizada através de questão fechada;
- Habilitações literárias – formação académica: menos que o 4ºano de escolaridade, 4ºano de escolaridade/1º ciclo ensino básico, 6ºano de escolaridade/2ºciclo ensino básico, 9ºano/3ºciclo ensino básico, 11ºano, 12ºano/ensino secundário, curso tecnológico/profissional, bacharelato, licenciatura, pós-graduação, mestrado, doutoramento, curso de especialização tecnológica, habilitação ignorada (Direção Geral da Administração e do Emprego Público, 2013);
- Profissão – atividade profissional exercida no momento da colheita de dados.

Para avaliar a profissão foi adotada e adaptada a Classificação Nacional de Profissões mencionado pelo Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP) em 1999, que contempla nove grupos profissionais (grupo 1 ao 9), tendo sido adicionada uma outra categoria referente aos não ativos (grupo 10, onde se incluem os estudantes, desempregados, domésticas, reformados) para facilitar a análise e interpretação de dados.

Quadro 4 – Classificação Nacional das Profissões (IEFP, 1999)

Grupo 0	Membros das forças armadas
Grupo 1	Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa
Grupo 2	Especialistas das profissões intelectuais e científicas
Grupo 3	Técnicos e profissionais de nível intermédio
Grupo 4	Pessoal administrativo e similares
Grupo 5	Pessoal dos serviços e vendedores
Grupo 6	Agricultores e trabalhadores qualificados de agricultura e pescas
Grupo 7	Operários, artífices e trabalhadores similares
Grupo 8	Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem
Grupo 9	Trabalhadores não qualificados
Grupo 10	Indivíduos inativos (desempregados, reformados, domésticas ou estudantes)

- Altura - variável operacionalizada através de uma pergunta de resposta aberta (numérica, em centímetros). Permite igualmente determinar o IMC;
- Peso - variável operacionalizada através de uma pergunta de resposta aberta (numérica, em quilogramas). Permite igualmente determinar o IMC;
- Colesterol total - variável operacionalizada através de uma pergunta de resposta aberta (numérica, em miligramas por decilitro);
- Última avaliação de PA (sistólica e diastólica) - variável operacionalizada através de uma pergunta de resposta aberta (numérica, em milímetros de mercúrio);
- Perímetro abdominal - variável operacionalizada através de uma pergunta de resposta aberta (numérica, em centímetros);
- Risco cardiovascular - variável operacionalizada através da instrumentalização do SCORE (Norma 05/2013 da DGS) e dividida em risco muito alto, alto, moderado e baixo;
- Frequência da avaliação da PA - variável operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada, que envolve seis categorias: diariamente, semanalmente, mensalmente, mais do que um mês, avalia em SOS, não avalia;
- Avaliação da PA (sujeito avaliador) - variável operacionalizada através de uma

pergunta de resposta fechada, que envolve sete categorias: enfermeiro, médico, familiar, vizinho, o próprio, instituições de saúde, outros;

- Toma de medicação anti-hipertensora - variável operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada, que envolve três categorias: sim, não e “por vezes esqueço-me”.
- Ajuda à toma da medicação - variável operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada, que envolve cinco categorias: sozinho, marido/esposa/companheiro, filhos, outro familiar (pede-se especificação), ajudante remunerado;
- Ocorrência de eventos cardíacos - variável operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada, que envolve resposta dicotômica sim/não, pedindo-se especificação, em caso afirmativo, de qual o evento e quando;
- Existência de doença que condicione cuidados médicos regulares - variável operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada, que envolve resposta dicotômica sim/não, pedindo-se especificação da co-morbilidade (resposta aberta). As co-morbilidades foram posteriormente agrupadas por grupo de doenças;
- Não adesão terapêutica -- variável operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada, que envolve resposta dicotômica sim/não, pedindo-se especificação da causa de não adesão (os problemas desapareceram, teve medo dos efeitos secundários, teve experiências negativas com medicamentos ou tratamentos anteriores, teve dificuldades financeiras, não teve tempo, outras razões (especificar).

4.6.2. Mini questionário da qualidade de vida em hipertensão arterial (MINICHAL)

Os instrumentos para avaliação da QV são uma forma profícua de transformação de conceitos subjetivos em dados objetivos que possam ser quantificados e analisados, para além de serem passíveis da verificação do impacto das intervenções em saúde (Schulz [*et al.*], 2008).

O mini questionário da qualidade de vida em hipertensão arterial (MINICHAL) foi o instrumento de medida escolhido pela especificidade e pragmatismo.

O questionário MINICHAL foi desenvolvido em Espanha por Badía e colaboradores (2001) e foi validado e adaptado para a língua portuguesa em 2008, num estudo

levado a cabo no Brasil por Schultz e respetiva equipa (2008) com 191 utentes hipertensos.

O MINICHAL contém dezasseis (16) questões de escolha múltipla, organizada em duas dimensões: estado mental (dez questões: da primeira à décima questão), manifestações somáticas (seis questões: da décima primeira à décima sexta questão), e uma (1) questão de verificação de como a pessoa avalia que a sua HTA e respetivo tratamento têm influenciado a sua QV. Deve ser respondido com base nos sete dias precedentes.

De forma a entender melhor estes contrutos, as manifestações fisiológicas e/ou somáticas resultantes do *stress* adaptativo podem ser consideradas tipos de resposta emocional resultante da avaliação que fazemos da realidade e dos mecanismos pessoais de adaptação à situação (Ballone, 2007). A escolha somática para eclosão das emoções parece depender de uma série de fatores ou mecanismos, desde os mais somáticos aos mais psíquicos (estado mental). O processo que vai do *stress* até ao resultado somático final, será sempre fisiológico e biológico, dominado pelas características intrínsecas do indivíduo (*Idem*).

Posto isto, as respostas aos domínios estão distribuídas numa escala de *Likert* e possuem 4 opções de resposta: de zero (não, absolutamente) a três (sim, muito). A pontuação máxima para o estado mental é de 30 pontos e para as manifestações somáticas de 18 pontos. A questão 17, que avalia a perceção geral de saúde, é pontuada na escala de *Likert*, apesar de não ser incluída em nenhum dos domínios supra referidos. Quanto mais próximo estiver o resultado do zero, maior a sua perceção de uma boa QV.

4.6.2.1 Etapas de tradução, adaptação e validação transcultural do questionário

Para que um questionário seja considerado válido, este tem que ser confiável, reproduzível, sensível às alterações ou discriminações e ter validade demonstrada. A constatação da falta de questionários validados para a QV especificamente na população hipertensa motivou o processo de tradução e validação da MINICHAL.

O processo de validação de um instrumento, tradução e adaptação, como o questionário supra referido, agrupou um conjunto de procedimentos que garantam que a versão utilizada na cultura para que está a ser validado, meça de forma apropriada, o que se pretende medir, tendo em conta a equivalência linguística, conceptual e

psicométrica. Assim sendo, pretende-se que haja uma adaptação intercultural do instrumento através da avaliação das equivalências conceituais e linguísticas e das propriedades psicométricas (Ribeiro, 2008).

A equivalência conceitual diz respeito à relevância e significado de um conceito ou dimensão, noutra cultura e esta implica pesquisa, investigação e consulta de especialistas (*Idem*). A equivalência linguística corresponde à verificação da significação da construção das perguntas (*Ibidem*).

A tradução e validação de um questionário têm que seguir etapas bem estabelecidas. Deve ter a maior capacidade de generalização, para poder ser aplicado em diversas populações, sem perder as suas características básicas. O procedimento de tradução da MINICHAL foi desenvolvido obedecendo aos passos evidenciados na figura 4.

Figura 4 – Fluxograma das ações para a validação semântica e tradução transcultural



O questionário foi traduzido, baseando-se em orientações de normas estabelecidas previamente (WHO, 2002; Beaton [*et al.*], 2000) que recomendam tradução, revisão por painel de especialistas e adaptação cultural, considerando as seguintes diretrizes:

- Os tradutores estão familiarizados com a terminologia da área coberta pelo instrumento e com habilidades de entrevista e conhecedores dos objetivos básicos do questionário;

- Os tradutores tomaram consciência dos objetivos do instrumento, as intenções subjacentes à conceção de cada item e da escala num todo.

Com o intuito de manter a integridade do instrumento de medida, a tradução do MINICHAL preservou o mesmo significado para cada item entre as duas línguas, com ênfase conceitual, ao invés de traduções literais, bem como a necessidade de usar uma linguagem natural e aceitável para um público amplo.

Assim, a tradução inicial, foi realizada por dois tradutores independentes e experientes neste tipo de atividade. A primeira tradutora é professora de português e a segunda tradutora é uma brasileira, atualmente residente em Portugal a realizar o doutoramento na área da enfermagem e com evidência produzida na área da pessoa hipertensa no Brasil. A autora referida anteriormente também já efetuou estudos com o MINICHAL na realidade brasileira.

As versões produzidas foram comparadas pela pesquisadora e o índice percentual de concordância entre tradutoras foi de 80%. Os itens traduzidos de forma diferente foram discutidos e obteve-se um consenso, obtendo-se a versão final.

Na segunda questão foi suprimido o pronome “suas”, na quarta questão foi alterado o tempo verbal de gerúndio para o indicativo, na oitava questão foi alterado “suas” para “das”, na décima questão foi alterado o tempo verbal do pretérito imperfeito para o pretérito imperfeito do indicativo, na décima terceira questão foi alterado o “mais” para “maior”, na décima sexta pergunta foram alterados os substantivos “adormecimento” e “formigamento” para “dormência” e “formigueiro”, na décima sétima questão foi adicionada a separação silábica “a”.

Para a revisão da escala pelo comité de especialistas foram selecionados três peritos na área da enfermagem médico-cirúrgica e assistentes da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Foram aceites como equivalentes os *itens* que obtiveram 90% de concordância entre os especialistas. Os itens de menor concordância foram modificados de acordo com as sugestões.

Após ajustes da escala original e retrotradução, foi efetuado o pré-teste, tendo presente os seguintes factos:

- Foram incluídos indivíduos representativos da população selecionada para o estudo e que não foram eleitos para o estudo principal;
- A cada item do questionário foi perguntado a cada participante, o que entendeu da questão, quais as dúvidas e sugestões.

O pré-teste teve como objetivo determinar se o formulário estava redigido com clareza, sem tendenciosidade, se solicitava o tipo de informação pretendida e se a apresentação permitia um correto preenchimento. Similarmente, pretendeu-se identificar as hipotéticas falhas que o questionário pudesse conter e saber os tempos médios de preenchimento do mesmo, tendo em conta essencialmente que os utentes a aguardar consulta possuem disponibilidade temporal condicionada e poderem surgir constrangimentos na colaboração do estudo.

O MINICHAL foi aplicado a 10 utentes hipertensos, os quais não tiveram dificuldades na compreensão dos itens do instrumento de medida. Durante a reflexão falada e pré teste, foi solicitado que sugerissem as alterações que considerassem necessárias.

Após a aplicação do pré-teste, os resultados obtidos permitiram manter o instrumento de avaliação conforme estava elaborado, não tendo sido necessário proceder a alterações, pelo que considerou definitivo.

Para concluir o processo de validação foi necessária a análise das propriedades psicométrica do questionário, explanados no capítulo precedente.

4.6.3. Estilo de vida fantástico

Para a análise do estilo de vida foi operacionalizado o questionário Estilo de Vida Fantástico (EVF), como base na adaptação do questionário *Do you have a Fantastic lifestyle* de *McMaster University*, Canadá (Silva, Brito, Amado, 2010).

O questionário EVF é um instrumento genérico que foi desenvolvido no Departamento de Medicina Familiar da Universidade McMaster, no Canadá, por Wilson e Ciliska em 1984, com a finalidade de auxiliar os médicos que trabalhavam na prevenção, para que pudessem conhecer e medir o estilo de vida dos seus utentes.

A origem da palavra “fantástico” surge do acrónimo FANTASTICO que representa as letras dos nomes dos nove domínios em que estão distribuídas as questões ou *itens*: F= *Family and friends* (família e amigos); A = *Activity* (atividade física e associativismo); N = *Nutrition* (nutrição); T = *Tobacco* (cigarro); A = *Alcohol* (álcool e outras drogas); S = *Sleep, stress* (sono, stress); T = *Type of behavior* (tipo de personalidade, trabalho); I = *Insight* (introspeção); C = *Care* (comportamento de saúde e sexual); O = outros comportamentos (segurança).

Para entender os diferentes domínios expostos no questionário supra referido, iremos explicar de forma sucinta e breve cada um deles:

- A família e os amigos, para além de proporcionarem proteção e sentimento de pertença por laços de amor e afeto, também podem ser definidos por um sistema de saúde pelos seus intervenientes, assumindo uma parceria importante nos cuidados com a saúde individuais. Ao abordar a temática da pessoa hipertensa, importa considerar os aspetos que envolvem a vivência desta condição na e com a família/amigos, de forma a subsidiar a elaboração de estratégias capazes de contribuir para a melhoria da vigilância (Lopes e Marcon, 2009).
- A prática de atividade física e recreação possuem uma relação inversa com os fatores de risco para as DCV e HTA, com efeitos positivos na QV em variáveis físicas e psicológicas (Bernardo [et al.], 2013; Silva [et al.], 2010). Devido à relação dose-resposta entre atividade física e saúde, as pessoas que desejam melhorar o seu *status* de salubridade podem beneficiar da sua prática (Haskell [et al.], 2007).
- Diversos estudos confirmam o papel de certos padrões alimentares e de vários nutrientes e fatores dietéticos na modelação favorável da HTA. As alterações nutricionais podem diminuir a prevalência da HTA, com implicações potenciais na morbidade e mortalidade cardiovascular (Mendes e Silva, 2014).
- O tabagismo foi associado ao desenvolvimento da HTA, sendo igualmente responsável por uma maior vulnerabilidade às DCV. A OPAS (2013) evidenciou igualmente o efeito hipertensivo transitório ocasionado pelo tabaco.
- O alcoolismo é responsável por 3,2% das mortes a nível mundial e a sua ingestão por um período prolongado pode elevar os valores de PA, razão pela qual é sugerida a sua evicção (OPAS, 2013)
- A supressão de sono e repouso pode aumentar a PA, segundo estudo efetuado pela *Harvard School of Medicine* (Gottlieb [et al.], 2010). De acordo com o estudo, durante o sono o organismo segrega hormonas controladoras do apetite, metabolismo energético e processamento da glicose e aumenta a produção de cortisol, referida como a hormona do *stress*.
- Os mecanismos centrais envolvidos na fisiopatologia da HTA são divididos naqueles em que o hipotálamo está envolvido, ativando o sistema simpatoadrenal e aqueles que ligam o hipotálamo a partes superiores do

sistema nervoso, envolvendo as atividades e percepções mentais. Por outro lado, a dissonância entre o meio social e as expectativas, durante o desenvolvimento do indivíduo e da sua personalidade, pode ser um fator importante. O bloqueio de aspirações e insegurança e a dificuldade ou impedimento de atingir determinados objetivos de vida parece ser uma importante causa de estímulo psicossocial crônico. Isso pode levar o indivíduo, por meio de mecanismos psicológicos conhecidos (*insight*), a uma reação de alarme defensiva ao desenvolvimento da HTA essencial e a condicionar os seus comportamentos de saúde (Lima e Neto, 2010).

Assim sendo, o questionário considera o comportamento dos indivíduos no último mês e cujos resultados permitem determinar a associação entre o estilo de vida e a saúde. O instrumento possui 30 questões fechadas divididas em nove domínios que são: família e amigos, atividade física, nutrição, tabaco e drogas, álcool, sono/*stress*, tipo de comportamento/trabalho, introspecção, comportamentos de saúde/sexuais e de segurança (Wilson, Nielsen, Ciliska, 1984).

As questões estão determinadas numa escala de *Likert*, sendo que estas possuem alternativas de resposta que diferem entre o quase sempre, sempre, às vezes, quase nunca, nunca, todos os dias, raramente, ocasionalmente, frequentemente, quase diariamente. As alternativas estão dispostas em linhas para facilitar a sua codificação e a alternativa de baixo é sempre a de menor valor ou de menor relação com um estilo de vida saudável. A codificação das questões é realizada por pontos, da seguinte maneira: dois para a primeira linha, um para a segunda linha e zero para a terceira linha (Añez, Reis, Petroski, 2008).

A soma de todos os pontos permite chegar a um *score* total que classifica os indivíduos em cinco categorias: excelente (85 a 100 pontos), muito bom (70 a 84 pontos), bom (55 a 69 pontos), regular (35 a 54 pontos) e necessita melhorar (0 a 34 pontos). Quanto menor for o *score*, maior será a necessidade de mudança (*Idem*).

De uma maneira geral, os resultados podem ser interpretados da seguinte maneira: “excelente” indica que o estilo de vida proporciona uma ótima influência para a saúde, “muito bom” indica que o estilo de vida proporciona adequada influência para a saúde, “bom” aponta que o estilo de vida proporciona muitos benefícios para a saúde, “regular” significa que o estilo de vida proporciona algum benefício para a saúde porém com riscos, “necessita melhorar” indica que estilo de vida apresenta vários fatores de risco (*Ibidem*).

4.7. VARIÁVEIS E HIPÓTESES

Para se testar as hipóteses formuladas, torna-se necessário exprimir cada uma das variáveis em estudo por uma medida precisa, a fim de ser examinada a sua relação (Quivy e Campenhoudt, 2003).

A operacionalização de uma variável pretende defini-la de forma que possa ser observada e medida, atribuindo-lhe uma conotação teórico-conceitual, especificando os indicadores empíricos (observáveis) e as operações necessárias para lhe atribuir uma categorização (Loureiro, 2013).

4.7.1. Dependente

Nome da variável: QV

Definição concetual: segundo a Organização Mundial da Saúde, QV corresponde à percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da sua cultura e sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (Melchior, 2010).

Componentes deduzidas: duas dimensões, as quais estado mental e manifestações somáticas.

Operacionalização das dimensões: a QV é medida pelo score total de cada uma das duas dimensões na escala MINICHAL.

Exemplo de um indicador empírico da QV: importância atribuída ao tempo que passa com a família.

4.7.2. Independente

Nome da variável: EV

Definição concetual: o conjunto de hábitos e comportamentos de resposta às situações do dia-a-dia, apreendidos através do processo de socialização e constantemente reinterpretados e testados ao longo do ciclo de vida em diferentes situações sociais (Ministério da Saúde, 2004).

Componentes deduzidas: possui nove domínios que são família e amigos, atividade física, nutrição, tabaco e drogas, álcool, sono/segurança/stress e sexo seguro, tipo de comportamento, introspeção, trabalho.

Operacionalização das dimensões: o EV é medido pelo *score* total resultante da soma dos domínios na escala Estilo de Vida Fantástico.

Exemplo de um indicador empírico da QV: prática de exercício físico.

Então, consideram-se as hipóteses de investigação:

- H_1 - Há relação estatisticamente significativa entre a qualidade de vida e o estilo de vida
ou
- H_0 - Não há relação estatisticamente significativa entre a qualidade de vida e o estilo de vida.

4.8. PROCEDIMENTOS ÉTICOS E FORMAIS

Por vezes torna-se difícil para o investigador ser objetivo na relação risco/benefício ou no desenvolvimento de procedimentos para proteger os direitos dos participantes. A parcialidade pode surgir em consequência do compromisso do pesquisador com a área de conhecimento e o desejo de culminar num estudo válido. Devido ao risco de avaliação parcial, as dimensões éticas de um estudo são geralmente submetidas a revisão externa (POLIT [*et al.*], 2004).

Na maioria dos hospitais, universidades e outras instituições onde a pesquisa tem lugar, são estabelecidas comissões formais e protocolos para a revisão dos projetos: comissões de ética em pesquisa. Os investigadores têm a responsabilidade de garantir que os seus planos de pesquisa sejam eticamente aceitáveis (*Ibidem*).

Desta forma, foi obtido o parecer positivo pela comissão de ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde (UICISA-E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ANEXO III), bem como dos CHUC/HUC (ANEXO IV).

O MINICHAL foi sujeito a validação semântica para identificar e solucionar potenciais dificuldades de entendimento e, sobretudo para que fossem alcançados os mesmos objetivos em cada questão. Este foi analisado por um grupo de peritos na área da investigação, de forma a otimizar a configuração do mesmo, bem como foi efetuado um pré-teste. Uma vez que a escala está publicada, foi assumido que esta estaria disponível para eventual tradução e validação para português de Portugal.

A escala Estilo de Vida Fantástico, adaptada por Silva, Brito e Amado (2010) e utilizada pelo Projeto de Educação pelo Pares (PEER) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, tem sido amplamente difundida na comunidade científica. Foi solicitada a sua autorização por parte dos tradutores que anuíram o pedido.

Foi igualmente cedido e operacionalizado o modelo de consentimento informado com menção ao estudo pretendido, tal como exposto no ANEXO II. Os participantes foram informados que os resultados obtidos iriam ser divulgados em eventos científicos e publicados. Foram assegurados o anonimato, a confidencialidade das respostas e a participação voluntária no estudo.

Durante todo o processo foram garantidos os princípios éticos de acordo com a declaração de Helsínquia.

O direito ao anonimato assim como à confidencialidade foi assegurado através da codificação dos questionários. A aplicação dos mesmos decorreu num ambiente calmo, indicado pela equipa da consulta externa. Além do direito à confidencialidade e ao anonimato, seguimos as orientações de Fortin (2009), quanto aos princípios éticos mais relevantes a considerar nestas investigações, em especial durante as fases de recolha e tratamento dos dados, de forma a salvaguardar o princípio da autodeterminação, da intimidade, da proteção contra o desconforto e o prejuízo, assegurando sempre um tratamento justo e equitativo.

Para dar cumprimento, ao princípio da autodeterminação, assegurámos que a participação de cada utente foi voluntária, ou seja, de livre e espontânea vontade. A pessoa inquirida foi informada que poderia desistir de participar a qualquer momento, sem dano associado. O respeito pela intimidade foi evidenciado pelo evitamento da invasão à esfera privada do participante. A proteção contra o desconforto e prejuízo - princípio da beneficência - foi otimizada através de um local de colheita de dados confortável e livre de interrupções.

4.9. TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

De acordo com Polit [*et al.*] (2004:312), os procedimentos estatísticos permitem que o pesquisador “*resuma, organize, interprete e comunique a informação numérica*”. Os dados obtidos, foram apresentados recorrendo ao uso de tabelas, que constituem um suporte importante para a análise dos dados estatísticos obtidos.

Para sistematizar e realçar a informação fornecida pelos dados, utilizámos técnicas da estatística descritiva e inferencial. A escolha das técnicas utilizadas, nomeadamente dos testes estatísticos, foi feita após análise criteriosa da natureza e características das variáveis envolvidas.

O tratamento estatístico foi realizado informaticamente recorrendo ao programa de SPSS (*Statistical Package for the Social Science*) versão 22 e as medidas e técnicas estatísticas aplicadas foram:

- Frequências: absoluta e relativa (percentagens);
- Medidas de tendência central: média aritmética, mediana e moda;
- Medidas de dispersão e variabilidade: mínimo, máximo e desvio padrão;
- Coeficientes: *alfa de cronbach*;
- Testes de hipóteses (0,05 como nível máximo de significância).

Para avaliar as propriedades psicométricas da MINICHAL, foram calculadas as medidas descritivas de resumo, as correlações de *Pearson* para cada item com o total e o *alfa de cronbach* utilizado como medida de fidelidade interna.

Foram ainda utilizados os procedimentos da validade utilizados pelos autores originais nomeadamente a análise fatorial, validade concorrente e discriminante.

CAPÍTULO V – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

No presente capítulo, são apresentados, analisados e discutidos os resultados obtidos, com o intuito de poder contribuir para um melhor conhecimento e compreensão da qualidade e estilo de vida da pessoa hipertensa.

5.1. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Para uma melhor compreensão dos dados iremos descrevê-los em separado, iniciando pelas características sociodemográficas e clínicas da amostra, descrição da qualidade e estilo de vida, propriedades psicométricas do MINICHAL e, para terminar, a análise inferencial.

5.1.1. Descrição das características sociodemográficas e clínicas da amostra

A amostra é constituída por 105 utentes hipertensos, dos quais 50,5% são do género masculino e os restantes 49,5% do género feminino (tabela 1).

Da análise dos resultados apresentados na tabela supra referida, constatamos que as estatísticas acerca da idade dos utentes inquiridos revelam que na amostra apresentaram uma idade mínima de 32 anos, uma máxima de 96 sendo a média de idades de 62,7 anos, a mediana de 61 e o desvio padrão de 12,4 anos., sendo que não há grande dispersão dos dados em torno da média (tabela 1).

Dos 105 elementos, a esmagadora maioria é casada (67,6%), seguido da viuvez (21,9%), solteiro (6,7%) e divorciado (3,8%) - tabela 1.

Tendo presente a proveniência dos elementos, 61% são provenientes do meio rural, a contrapor com 39% do meio urbano (tabela 1).

Se analisarmos a amostra com base na sua ocupação profissional reparamos que 49,5% dos indivíduos são inativos (desempregados, reformados, domésticas ou estudantes), 20% são trabalhadores não qualificados, 7,6% operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem, 6,7 % especialistas de profissões intelectuais e científicas, 4,8% operários/artífices e trabalhadores similares, 3,8% exequo pessoal administrativo e técnicos de nível intermédio, 2,9% pessoal dos serviços/vendedores e 1% de agricultores/pescas (tabela 1).

Dos elementos da amostra, 42,9% possuem o quarto ano de escolaridade, 14,3% licenciatura, 10,5% o 12ºano de escolaridade, 8,6% sem habilitação (apesar de saber ler e escrever), 7,6% o 6º e 9º ano, 4,8% pós graduação/mestrado/doutoramento, 2,9% bacharelato e 1% curso técnico/profissional (tabela 1).

As variáveis clínicas avaliadas a cada elemento da amostra foram altura, peso, IMC, colesterol total, pressão arterial e perímetro abdominal. Com base nestes valores e outros complementares (tabagismo, co morbilidades), foi inferido o *score* de risco cardiovascular a dez anos.

Assim sendo, quanto à altura obtivemos um mínimo de 141 cm e máximo de 188cm, com uma média de 165cm e desvio padrão de 10, 08. Quanto ao peso, obtivemos um mínimo de 47kg, máximo de 130kg, com média de 76,9kg e com um desvio padrão de 14,09kg, ou seja, maior dispersão de resultados. O IMC calculado com base nos valores antropométricos referidos anteriormente, obteve uma média de 28,2 e moda de 29, mínimo de 17 e máximo 45, sem grande dispersão de valores (desvio padrão de 4,98) - tabela 2.

Quanto ao colesterol total, obtivemos um valor máximo de 300mg/dl e mínimo de 111mg/dl, média de 187,7mg/dl e desvio padrão de 26,7 (tabela 2).

A pressão arterial sistólica teve um máximo de 200mmHg, mínimo de 90mmHg e média de 140mmHg. A pressão arterial diastólica teve um máximo de 120mmHg, mínimo de 56mmHg e média de 80mmHg (tabela 2)..

Quanto ao perímetro abdominal, obtivemos máximo de 151cm, mínimo de 60cm e média de 92cm (tabela 2).

TABELA 1 – Distribuição da amostra segundo as variáveis idade, sexo, estado civil, proveniência, profissão e habilitações literárias

Variáveis	n	Porcentagem (%)	Mediana	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Idade			61	62,71	12,43	32	96
Sexo							
Feminino	52	49,5					
Masculino	53	50,5					
Estado Civil							
Solteiro	7	6,7					
Casado	71	67,6					
Divorciado	4	3,8					
Viúvo	23	21,9					
Proveniência							
Rural	64	61					
Cidade	41	39					
Profissão							
prof.intelectuais	7	6,7					
prof.nível intermédio	4	3,8					
pessoal administrativo	4	3,8					
pessoal serviços	3	2,9					
agricultura/pescas	1	1					
operários/artífices	5	4,8					
op.instalações/máquinas	8	7,6					
não qualificados	21	20					
inativos	52	49,5					
Habilitação Literária							
4ºano	45	42,9					
6ºano	8	7,6					
9ºano	8	7,6					
12ºano	11	10,5					
técnico profissional	1	1					
bacharelato	3	2,9					
licenciatura	15	14,3					
pósgrad/mês/dout	5	4,8					
sem habilitação	9	8,6					

Dos 105 inquiridos, 58 referiram ter patologia associada, das quais 11,4% diabetes mellitus, 7,6% problemas ósseos, 6,7% dislipidemia, 4,8% antecedentes de AVC, 3,8% neoplasias, 2,9% patologia endócrina, 2,9% SAOS, 1,9% miocardiopatia dilatada, 1,9% IRC, 1% arritmias, 1% aterosclerose, 1% ICC (tabela 2).

TABELA 2 – Distribuição da amostra segundo as variáveis clínicas, patologia associada e risco cardiovascular

Variáveis	n	Porcentagem (%)	Mediana	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Altura (cm)			165	165,02	10,08	141	188
Peso (Kg)			78	76,92	14,09	47	130
IMC			28	28,25	4,98	17	45
Colesterol total			185	187,68	26,66	111	300
Perímetro abdom. (cm)			92	94,83	17,74	60	151
Pressão Arterial							
Sistólica			140	139,72	17,19	90	200
Diastólica			80	79,26	12,30	56	120
Patologia associada							
AVC	5	4,8					
DiabetesMellitus	12	11,4					
Dislipidemia	7	6,7					
Arritmia	1	1					
Miocardiop.Dilatada	2	1,9					
Aterosclerose	1	1					
ICC	1	1					
IRC	2	1,9					
Neoplasias	4	3,8					
Problemas ósseos	8	7,6					
SAOS	3	2,9					
Pat. endócrina	3	2,9					
Insuf.venosa	4	3,8					
Pat. ginecológica	3	2,9					
Pat. Psiquiátrica	2	1,9					
SCORE Risco Cardiovascular							
Muito alto							
Alto	43	41					
Moderado	15	14,3					
Baixo	30	28,6					
	17	16,2					

O score de risco cardiovascular muito alto apresentou a maior percentagem nos elementos da amostra, com o significativo 41%. De seguida, o score de risco moderado com 28,6%, 16,2% baixo e 14,3% alto (tabela 2).

A periodicidade de avaliação da PA segundo a amostra foi de 34,3% semanalmente, 21% mensalmente, 13,3% diariamente, 12,4% em SOS, 11,4% mais do que um mês entre avaliações e 7,6% não avalia (tabela 3).

Para 30,5% dos elementos da amostra a avaliação da PA foi efetuada por si próprio, 23,8% pelo enfermeiro, 20% por familiar, 7,6% pelo médico bem como por ajudantes remunerados, 6,7% por outros sujeitos não identificáveis e 3,8% por vizinhos. A esmagadora maioria dos utentes da amostra (88,6%) refere que cumpre terapêutica anti-hipertensora, contrapondo-se os 6,7% que não tomam. 4,8% são atribuídos aos utentes que se esquecem do seu cumprimento (tabela 3).

TABELA 3 – Distribuição da amostra segundo monitorização da sua hipertensão arterial

Variáveis	n	Percentagem (%)
Periodicidade PA		
Diariamente	14	13,3
Semanalmente	36	34,3
Mensalmente	22	21
Mais do que 1xmês	12	11,4
SOS	13	12,4
Não avalia	8	7,6
Avaliador		
Enfermeiro	25	23,8
Médico	8	7,6
Familiar	21	20
Vizinho	4	3,8
Próprio	32	30,5
Inst./ajudante remunerado	8	7,6
outros	7	6,7
Terapêutica anti-HTA		
Não	7	6,7
Sim	93	88,6
Por vezes esqueço	5	4,8

Dos inquiridos, 26,7% referiram ter tido um evento cardíaco (tabela 4), dos quais 16 com arritmias, 6 com enfarte agudo do miocárdio, 3 com insuficiência valvular e 1 caso de edema agudo do pulmão.

TABELA 4 – Distribuição da amostra segundo eventos cardíacos e monitorização do estado de saúde

Variáveis	n	Percentagem (%)
Existência evento cardíaco		
Não	77	73,3
Sim	28	26,7
Eventos Cardíacos		
Arritmia	16	15,2
EAM	6	5,7
Insuf. valvular	3	2,9
EAP	1	1
Não aplicável	79	75,2
Cuidados médicos regulares		
Não	47	44,8
Sim	58	55,2
Adesão terapêutica		
Não	98	93,3
Sim	7	6,7
Causas de não adesão terapêutica		
Problemas desapareceram	1	1
Medo	1	1
Experiências negativas	2	1,9
Financiamento	3	2,9
Não aplicável	98	93,3

Dos elementos da amostra, 55,2% refere ter necessidade de cuidados médicos regulares (tratamentos, medicação, análises) e 6,7% refere ter deixado de comprar medicamentos ou fazer tratamentos mesmo tendo receita médica (tabela 4). As justificações acerca da não adesão terapêutica têm que ver com o financiamento (2,9%), experiências negativas (1,9%), medo (1%) ou desaparecimento dos problemas (1%).

5.1.2. Caracterização da percepção da qualidade e estilo de vida da amostra

A tabela 5 apresenta os resultados relativos à qualidade de vida da pessoa hipertensa de acordo com a instrumentalização do MINICHAL.

Tendo em conta as dimensões da qualidade de vida, podemos verificar que nas manifestações somáticas a média foi o score 4, com mínimos de zero e máximo de 15 e desvio padrão 3,5. No estado mental, a média foi de 5,88, mínimo de zero e máximo de 24, com desvio padrão de 4, 68. A pergunta 17, que não se encaixa nas dimensões somática ou estado mental, obteve uma média de 0,36, mínimo de zero e máximo de 3, com desvio padrão de 0, 64. O score total da QV foi em média 10,26, com mínimos de 0 e máximo de 42 (desvio padrão de 7,6).

Uma vez que para valores aproximados do zero (0) correspondem uma melhor percepção de QV e sendo que o valor máximo do MINICHAL se situa no score 51, podemos evidenciar uma boa percepção de QV para a nossa amostra.

TABELA 5 – Distribuição da amostra segundo as dimensões do MINICHAL e score total

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Mediana
MINICHAL - Manifestações Somáticas	105	,00	15,00	4,0192	3,53067	3,000
MINICHAL - Estado Mental	105	,00	24,00	5,8857	4,68491	5,000
17. A HTA hipertensão e respetivo tratamento afetam a QV?	105	,0	3,0	,362	,6374	,000
Score MINICHAL	105	,0	42,0	10,267	7,6312	10,000

Relativamente à análise do estilo de vida através da escala Estilo de Vida Fantástico (EVF), podemos observar que a média foi de 83,2 com mínimos de 62 e máximo de 100 (desvio padrão 9,42) – tabela 6.

De uma maneira geral, verificamos que os elementos da amostra de situam entre um bom estilo de vida proporcionando muitos benefícios para a saúde e um excelente estilo de vida, proporcionando uma ótima influência para a saúde.

TABELA 6 – Score Estilo de Vida Fantástico (EVF)

N		Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Válido	Ausente						
105	0	83,200	84,000	86,0	9,4283	62,0	100,0

Podemos verificar que os domínios personalidade e introspeção obtiveram máximos abaixo da pontuação limite a atribuir. Já os mínimos dos domínios álcool e drogas, trabalho/tipo de personalidade e comportamentos de saúde e sexual obtiveram valores superiores ao limite mínimo. As médias mais elevadas de respostas (maior pontuação) foram atribuídos aos domínios família e amigos, tabaco, álcool e drogas e outros comportamentos, contrapondo-se com os domínios de atividade física/associativismo, nutrição, trabalho/tipo de personalidade. A maior variabilidade de respostas foi elencada no domínio atividade física/associativismo (tabela 7).

TABELA 7 – Domínios da Escala Estilo de Vida Fantástico

	N		Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
	Válido	Ausente						
Família e Amigos	105	0	3,2381	4,0000	4,00	1,00502	,00	4,00
Atividade Física/Associativismo	105	0	2,5714	3,0000	3,00	1,76971	,00	6,00
Nutrição	105	0	3,3905	3,0000	3,00	1,15605	,00	6,00
Tabaco	105	0	3,4762	4,0000	4,00	1,17747	,00	4,00
Álcool e Outras Drogas	105	0	10,6952	11,0000	12,00	1,74931	3,00	12,00
Sono e Stress	105	0	3,7238	4,0000	4,00	1,37628	,00	6,00
Trabalho/Tipo de Personalidade	105	0	3,3048	3,0000	3,00	,86740	1,00	5,00
Introspeção	105	0	3,5238	4,0000	4,00	,84461	,00	5,00
Comportamentos de Saúde e Sexual	105	0	3,8667	4,0000	4,00	1,57545	1,00	6,00
Outros Comportamentos	105	0	3,5905	4,0000	4,00	,75569	,00	4,00

De seguida iremos avaliar as propriedades psicométricas do MINICHAL e, posteriormente, explanar as relações entre variáveis, através da análise da estatística inferencial.

5.1.3. Descrição das propriedades psicométricas do MINICHAL

De acordo com Ribeiro (2008), um processo de adaptação adequado consiste num procedimento similar ao da construção. Neste sentido, Bradley (1994) *apud* Ribeiro (2008:106), refere que “*uma nova tradução necessita ser submetida aos mesmos procedimentos psicométricos que é suposto a versão original ter sofrido*”. Para Fortin (2009), a equivalência psicométrica corresponde à validação propriamente dita do instrumento, referindo-se ao grau ou extensão em que as propriedades psicométricas das versões do mesmo instrumento são semelhantes.

Assim sendo, o MINICHAL é constituída por duas dimensões: estado mental e manifestações somáticas. O estudo das características psicométricas da escala supracitada foi realizado, tendo por base o exposto a seguir:

- A sensibilidade de um questionário depende da sua capacidade para discriminar os sujeitos face aos diferentes *itens* e dimensões a avaliar. Logo, procedeu-se ao cálculo de medidas de tendência central, de dispersão e de distribuição para os diferentes componentes do questionário.
- Para comprovar a validade do constructo e a dimensão do questionário, recorreu-se à análise fatorial, atribuindo uma medida (*score*) a fatores que não são diretamente observáveis (Maroco, 2003). O método utilizado para extrair fatores é a análise de componentes principais e os fatores extraídos serão aqueles com valores acima de 1. Deste modo, calculou-se a análise fatorial exploratória pelo método de condensação em componentes principais, segundo a regra de Kaiser (raízes latentes iguais ou superiores a um) e seguida de rotação ortogonal do tipo *varimax*.
- A fidelidade refere-se à precisão e constância das medidas obtidas e reporta-se à capacidade do instrumento medir de forma constante um mesmo objeto – noção de reprodutibilidade (Fortin, 2009). Foi verificada através da análise da consistência interna pelo coeficiente alfa de *Cronbach*. O resultado do coeficiente alfa varia entre 0,00 e 1,00 (*Idem*), considerando-se maior fidelidade quanto mais próximo de um (1). Ribeiro (2008:93) refere que “*uma boa consistência interna deve exceder um α de 0,80*”. A inspeção da correlação do *item* com a dimensão a que pertence e com as dimensões a que não pertence (validade convergente-discriminante). Segundo Ribeiro (2008), se a correlação do item com a dimensão a que pertence for substancialmente

mais elevada do que a correlação do item com as dimensões a que não pertence, a validade convergente-discriminante do item é boa.

- A homogeneidade reporta-se à capacidade de medição do conceito por todos os *itens* do instrumento e as correlações entre cada *item* (Fayers e Machin, 2007). É calculada aferindo a correlação de cada item com a nota global, o que permite dar uma ideia de como cada questão se combina com o todo; para tal foi utilizado o coeficiente de correlação de *Pearson* (*r*) – quanto mais o coeficiente se aproxima de $\pm 1,00$, mais forte é a relação entre as duas variáveis (Fortin, 2009). Streiner e Norman (2008), referem que se deve aceitar como boas as correlações superiores a 0,20, que revelam que os *itens* medem o mesmo constructo.
- A reprodutibilidade mensura a consistência e a precisão do método na avaliação de um mesmo indivíduo em diferentes períodos, sendo capaz de apresentar resultados semelhantes, nas mesmas circunstâncias (Slater e Lima, 2005). Para a sua avaliação foi efetuado o coeficiente *split-half*.

Assim sendo, seguidamente iremos explicar os conceitos supra citados.

Sensibilidade

Uma distribuição diz-se simétrica ou não enviesada quando as medidas de localização (média, mediana, moda) têm o mesmo valor (Pestana e Gageiro, 2008). Assim, podemos inferir que as medidas de tendência central variam entre 0,2 e 1,019, isto é, entre 0="não absolutamente", 1="sim, pouco", não variando deste valores e sendo relativamente simétricas – tabela 8.

Tabela 8 – Medidas de tendência central do MINICHAL

	Média	Desvio Padrão	Análise N
1. Tem dormido mal?	1,010	,9657	105
2. Tem tido dificuldade em manter relações sociais habituais?	,381	,6561	105
3. Tem tido dificuldades em relacionar-se com as pessoas?	,200	,4682	105
4. Sente que não exerce um papel útil na vida?	,314	,5247	105
5. Sente-se incapaz de tomar decisões e iniciar coisas novas?	,371	,6394	105
6. Tem-se sentido constantemente agoniado e tenso?	,571	,7703	105
7. Tem a sensação de que a vida é uma luta contínua?	1,019	1,1092	105
8. Sente-se incapaz de desfrutar das atividades habituais diárias?	,495	,6811	105
9. Tem-se sentido esgotado e sem forças?	,876	,8955	105
10. Teve a sensação que esteve doente?	,648	,8985	105
11. Tem notado dificuldade em respirar ou sensação de falta de ar sem causa aparente?	,600	,9157	105
12. Teve inchaço nos tornozelos?	,762	,9149	105
13. Percebeu que tem urinado com maior frequência?	,771	,9533	105
14. Tem sentido a boca seca?	,924	,9677	105
15. Tem sentido dor no peito sem fazer esforço físico?	,324	,7002	105
16. Tem notado dormência ou formigueliro em alguma parte do corpo?	,638	,7737	105
17. Você diria que a sua hipertensão e respetivo tratamento têm afetado a sua qualidade de vida?	,362	,6374	105

Validade

Deve existir uma correlação elevada entre as variáveis para que o MINICHAL tenha utilidade na estimação de fatores comuns, sendo a medida de adequação da amostragem de *Kaiser-Meyer-Olkin* (teste KMO) e o teste de esfericidade de Bartlett, aqueles que são mais utilizados, pois permitem aferir a qualidade das correlações de forma a prosseguir ou não com a análise fatorial (Maroco, 2010; Pestana e Gageiro, 2008).

Utilizou-se um teste estatístico, nomeadamente o KMO para aferir a qualidade das correlações entre as variáveis de forma a prosseguir com a análise fatorial. O KMO é uma estatística que varia entre 0 e 1 e compara as correlações de ordem zero com as correlações parciais observadas entre variáveis. Segundo Pestana e Gageiro (2008), *Kaiser* adjectiva os valores do KMO como boa acima dos 0,8 e inaceitável abaixo dos 0,5.

O teste de esfericidade de *Bartlett* é baseado na distribuição estatística de Qui quadrado e testa a hipótese nula (H_0) de que a matriz de correlação é uma matriz de identidade (cuja diagonal é 1,0 e todas as outras iguais a zero), ou seja, não há correlação entre as variáveis (Pereira, 2011). Valores de significância maiores que 0,100 indicam que os dados não são adequados para o tratamento com o método em questão, que a hipótese nula não pode ser rejeitada. Para valores menores que o indicado poder-se-á rejeitar a hipótese nula.

Neste caso, o valor de significância do teste de *Bartlett* mostrou-se menor que 0,0001, o que possibilita confirmar a possibilidade e adequação do método de análise fatorial para o tratamento dos dados e permite rejeitar a hipótese de que os resultados das correlações na população, são devidos ao acaso, concluindo que as variáveis estão significativamente correlacionadas (Pestana e Gageiro, 2005) – tabela 9.

Os valores de KMO (0,786), demonstram que há uma boa correlação entre as variáveis e o teste de *Bartlett* é estatisticamente significativo ($p < 0,000$) – tabela 9. Em ambos os casos, os testes sugerem que os dados são adequados à análise fatorial.

Tabela 9 - Teste de KMO e Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,786
Teste de esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-quadrado	664,305
	df	136
	Sig.	,000

A estrutura fatorial da adaptação do questionário foi examinada, utilizando o método de extração das componentes principais (*principal components*), seguido da rotação dos fatores para que se possa obter uma solução fatorial mais objetiva maximizando as cargas fatoriais dos *itens* (Brown, 2006).

Seguidamente, determinámos o número de fatores que serão extraídos, a partir do quadro 5.

Quadro 5 – Extração das componentes principais

Compon	Valores próprios iniciais			Somadas de extração de carregamentos ao quadrado			Somadas rotativas de carregamentos ao quadrado		
	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	5,553	32,666	32,666	5,553	32,666	32,666	3,185	18,734	18,734
2	1,910	11,235	43,901	1,910	11,235	43,901	2,810	16,529	35,263
3	1,425	8,385	52,285	1,425	8,385	52,285	2,049	12,053	47,316
4	1,105	6,500	58,785	1,105	6,500	58,785	1,950	11,469	58,785
5	,941	5,535	64,320						
6	,939	5,521	69,841						
7	,814	4,785	74,627						
8	,711	4,183	78,809						
9	,648	3,812	82,621						
10	,572	3,363	85,984						
11	,533	3,138	89,122						
12	,469	2,761	91,883						
13	,368	2,164	94,048						
14	,314	1,846	95,893						
15	,283	1,663	97,556						
16	,232	1,368	98,924						
17	,183	1,076	100,000						

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

O critério de *Kaiser* ($eigenvalue > 1$ ou autovalor) sugere que se devem extrair quatro fatores: o primeiro apresenta um *eigenvalue* de 5,553 e carrega cerca de 33% da variância, o segundo apresenta um *eigenvalue* de 1,910 e carrega cerca de 11% da variância, o terceiro apresenta um *eigenvalue* de 1,425 e carrega cerca de 8% da variância e o quarto apresenta um *eigenvalue* de 1,105 e carrega cerca de 5,5% da variância. Em conjunto, estes quatro fatores explicam 58,8% da variância das variáveis originais. Enquanto a variância total explicada pelos quatro fatores não varia com a rotação, o mesmo não acontece com a variância explicada por cada fator, que varia com a rotação (antes 32,666% e depois 18,734%).

O quadro seguinte (6) é referente à correlação anti-imagem. Podemos verificar que todos os valores de medida de adequação de amostragem (MSA) são superiores a 0,5, o que indica que a análise pode seguir sem remoção de *itens*.

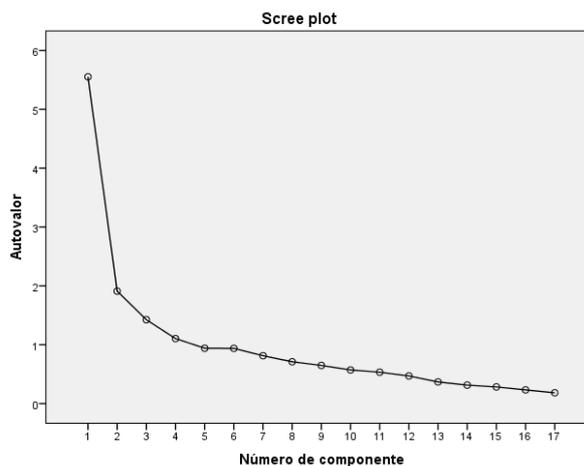
Quadro 6 – Correlação anti-imagem

Questões	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1	,833 ^a																
2		,727 ^a															
3			,590 ^a														
4				,808 ^a													
5					,767 ^a												
6						,838 ^a											
7							,769 ^a										
8								,791 ^a									
9									,843 ^a								
10										,797 ^a							
11											,819 ^a						
12												,703 ^a					
13													,676 ^a				
14														,868 ^a			
15															,833 ^{a0}		
16																,783 ^a	
17																	,822 ^a

^a Medidas de Adequação de Amostragem (MSA)

O gráfico 1 ilustra a dispersão dos componentes no *scree test*.

Gráfico 1 – Scree Plot



O *scree plot* corrobora a retenção dos quatro fatores, os valores próprios representados em relação ao número de fatores a reter são os que correspondem à maior inclinação da reta, ou seja, a um maior afastamento dos valores próprios, evidenciando valores mais elevados à esquerda. Note-se que os valores superiores a 1 são os primeiros quatro.

O Quadro 7 apresenta as comunalidade associadas a cada variável. As comunalidades são índices atribuídos às variáveis originais que expressam, em termos percentuais, o quanto a variabilidade de cada variável é explicada pelo modelo de análise fatorial estimado (Brown, 2006).

Quadro 7 – Comunalidades associadas a cada variável

	Inicial	Extração
1. Tem dormido mal?	1,000	,436
2. Tem tido dificuldade em manter relações sociais habituais?	1,000	,768
3. Tem tido dificuldades em relacionar-se com as pessoas?	1,000	,774
4. Sente que não exerce um papel útil na vida?	1,000	,598
5. Sente-se incapaz de tomar decisões e iniciar coisas novas?	1,000	,664
6. Tem-se sentido constantemente agoniado e tenso?	1,000	,667
7. Tem a sensação de que a vida é uma luta contínua?	1,000	,627
8. Sente-se incapaz de desfrutar das atividades habituais diárias?	1,000	,598
9. Tem-se sentido esgotado e sem forças?	1,000	,574
10. Teve a sensação que esteve doente?	1,000	,483
11. Tem notado dificuldade em respirar ou sensação de falta de ar sem causa aparente?	1,000	,526
12. Teve inchaço nos tornozelos?	1,000	,382
13. Percebeu que tem urinado com maior frequência?	1,000	,556
14. Tem sentido a boca seca?	1,000	,599
15. Tem sentido dor no peito sem fazer esforço físico?	1,000	,578
16. Tem notado dormência ou formigamento em alguma parte do corpo?	1,000	,548
17. Você diria que a sua hipertensão e respetivo tratamento têm afetado a sua qualidade de vida?	1,000	,616

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

O quadro 7 apresenta as comunalidade da solução. De acordo com Schawb (2007), as comunalidades representam a proporção da variância para cada variável incluída na análise que é explicada pelos componentes extraídos.

Usualmente o valor mínimo aceitável é de 0,50 (Hair [et al.], 2006; Filho e Júnior, 2010). Assim, as variáveis “tem dormido mal”, “teve a sensação que esteve doente”, “teve inchaço nos tornozelos” apresentam comunalidade ligeiramente abaixo do valor crítico. Numa perspetiva conservadora, seria aconselhável excluí-la da análise e realizar novamente a análise fatorial mas para os nossos propósitos, iremos conservá-

la. Reforçando este aspeto e tendo em conta os valores de MSA, não é justificada a sua exclusão da escala.

Na matriz não rotacionada o pesquisador deve observar as cargas fatoriais de cada variável e identificar as variáveis que apresentam elevadas cargas fatoriais em ambos os componentes, valores acima de 0,40 (Filho e Júnior, 2010) – quadro 8.

Hair e colaboradores (2006) e Schawb (2007) sugerem que um dos pressupostos da análise fatorial é a estrutura simples dos componentes., defendendo que a mesma variável não pode contribuir para a construção de fatores distintos. Considera-se que as cargas fatoriais maiores que 0,30 atingem o nível mínimo, 0,40 são considerados importantes e 0,50 têm significância prática. Quando existem variáveis com baixos *loadings* que afetam igualmente os *scores*, controla-se a sua influência eliminando-os, usando apenas aquelas com elevados *loadings* (Pestana e Gageiro, 2008).

Conquanto, como um dos objetivos desta dissertação é validar o MINICHAL, os pesquisadores vão manter as variáveis em questão, uma vez que os autores supra citados referem que “*cabe ao investigador excluí-las ou não da análise, de acordo com o fundamento subjacente*” (Pestana e Gageiro, 2008:504).

Note-se que o item que melhor é explicado pelos fatores é o 3 “tem tido dificuldades em relacionar-se com as pessoas?” com 77,4% e o pior é o 12 “teve inchaço nos tornozelos?” com 38,2%. Quanto mais próximo de 1 estiverem as comunalidades, melhor o ajuste da análise fatorial. Os dados indicam um ajuste regular, o que era espectável, uma vez que apenas 58,8% da variabilidade total é explicada por esta solução.

Quadro 8 - Matriz de componente^a

	Componente			
	1	2	3	4
8. Sente-se incapaz de desfrutar das atividades habituais diárias?	,714	,043	-,283	-,080
6. Tem-se sentido constantemente agoniado e tenso?	,711	,246	-,287	-,137
15. Tem sentido dor no peito sem fazer esforço físico?	,669	-,224	-,265	-,103
14. Tem sentido a boca seca?	,658	-,382	,093	,108
11. Tem notado dificuldade em respirar ou sensação de falta de ar sem causa aparente?	,635	-,224	,052	,263
9. Tem-se sentido esgotado e sem forças?	,610	-,413	,173	,040
10. Teve a sensação que esteve doente?	,598	-,138	-,323	-,043
16. Tem notado dormência ou formigueiro em alguma parte do corpo?	,566	-,449	,121	-,109
4. Sente que não exerce um papel útil na vida?	,546	,357	,166	-,381
1. Tem dormido mal?	,544	,038	,371	-,005
5. Sente-se incapaz de tomar decisões e iniciar coisas novas?	,528	,360	,333	-,381

12. Teve inchaço nos tornozelos?	,477	-,204	,165	,293
3. Tem tido dificuldades em relacionar-se com as pessoas?	,387	,696	,144	,347
2. Tem tido dificuldade em manter relações sociais habituais?	,594	,615	,084	,173
13. Percebeu que tem urinado com maior frequência?	,371	-,200	,603	-,117
7. Tem a sensação de que a vida é uma luta contínua?	,500	,038	-,539	-,292
17. Você diria que a sua hipertensão e respetivo tratamento têm afetado a sua qualidade de vida?	,463	,084	-,216	,590

Método de Extração: Análise de Componente Principal. a. 4 componentes extraídos.

O passo seguinte foi rotacionar as variáveis em relação aos componentes extraídos. É utilizado o método de rotação oblíqua, uma vez que se trata de modelos multifatoriais (Brown, 2006). O quadro 9 apresenta os valores de cada componente após rotação.

Quadro 9 - Matriz de componente rotativa^a

	Componente			
	1	2	3	4
9. Tem-se sentido esgotado e sem forças?	,715	,218	,119	-,024
14. Tem sentido a boca seca?	,714	,285	,069	,061
16. Tem notado dormência ou formiguento em alguma parte do corpo?	,651	,276	,146	-,165
11. Tem notado dificuldade em respirar ou sensação de falta de ar sem causa aparente?	,626	,255	,019	,261
12. Teve inchaço nos tornozelos?	,566	,068	,009	,238
13. Percebeu que tem urinado com maior frequência?	,555	-,200	,447	-,091
1. Tem dormido mal?	,454	,041	,433	,200
7. Tem a sensação de que a vida é uma luta contínua?	,002	,786	,096	,002
6. Tem-se sentido constantemente agoniado e tenso?	,140	,671	,318	,309
8. Sente-se incapaz de desfrutar das atividades habituais diárias?	,287	,655	,195	,222
15. Tem sentido dor no peito sem fazer esforço físico?	,427	,624	,078	,023
10. Teve a sensação que esteve doente?	,323	,607	,023	,096
5. Sente-se incapaz de tomar decisões e iniciar coisas novas?	,125	,170	,776	,135
4. Sente que não exerce um papel útil na vida?	,075	,306	,691	,142
3. Tem tido dificuldades em relacionar-se com as pessoas?	-,050	,008	,343	,809
2. Tem tido dificuldade em manter relações sociais habituais?	,060	,227	,458	,709
17. Você diria que a sua hipertensão e respetivo tratamento têm afetado a sua qualidade de vida?	,311	,255	-,244	,628

Método de Extração: Análise de Componente Principal. Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.^a

a. Rotação convergida em 10 iterações.

Sublinhe-se que a percentagem de variância total explicada pelas quatro componentes depois da rotação é a mesma, mas cada uma delas explica diferentes percentagens das que eram explicadas pelas componentes antes da rotação.

Tendo como referência Brown (2006), Hair ([et al.], 2006) e Júnior e Filho (2010), os critérios de determinação dos fatores utilizados foram:

- Critérios de Kaiser: fatores com valor próprio, igual ou superior a 1 ($eigenvalue \geq 1,0$);
- Peso fatorial dos *itens* igual ou superior a 0,4 ($fator loadings \geq 0,40$);
- Inexistência de itens com pesos fatoriais com alguma relevância ($fator loadings > 0,30$) em mais do que um fator. Caso aconteça, e se a diferença entre eles não for significativa ($cross loadings \leq 0,15$), o item deve ser eliminado;
- A percentagem de variância explicada pelos fatores retidos deve ser no mínimo de pelo menos 40%;
- A consistência interna do fator deve ser igual ou superior a 70 ($alfa cronbach \geq 0,70$).

No que concerne as dimensões da rotação de componente e segundo o quadro 10, esta apresenta um nível de rotação elevado na sua maioria ($>0,5$).

Quadro 10 - Matriz de transformação de componente:
dimensões da rotação

Componente	1	2	3	4
1	,621	,585	,392	,344
2	-,630	-,008	,458	,627
3	,381	-,752	,537	-,019
4	,270	-,302	-,590	,698

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.

Verificamos efetivamente que são definidas quatro dimensões do MINICHAL:

- Dimensão 1 – *itens* 9, 14,16, 11, 12, 13 e 1;
- Dimensão 2 – *itens* 7, 6, 8, 15, 10;
- Dimensão 3 – *itens* 5, 4;
- Dimensão 4 – *itens* 3, 2, 17.

Conquanto, tendo em conta que pretendemos comparar os resultados obtidos neste estudo piloto na população portuguesa e compará-los com as validações efetuadas em Espanha e no Brasil, optámos por manter as dimensões originais, até porque estas se assemelham grandemente entre as já existentes e a sua variabilidade não é significativa. Será eventualmente uma questão a ponderar em investigações futuras,

que permitam obter mais dados acerca da sua utilização em Portugal. Posto isto, iremos avaliar a fidelidade do MINICHAL.

Fidelidade

A fidelidade funda-se na consistência ou exatidão dos resultados do indivíduo. Permite estimar a proporção de variabilidade total dos resultados do teste, que se deve à variabilidade do erro. O grau de consistência foi avaliado através do coeficiente alfa de *cronbach* total e para cada *item* de cada dimensão.

Na tabela 11, apresentam-se as medidas de tendência central e de dispersão dos *itens* que compõem a dimensão “estado mental”, assim como a correlação de *Pearson* e alfa de *Cronbach*. O MINICHAL revelou boa consistência interna, revelando um bom alfa de *Cronbach* (α) para o total dos 10 itens da referida dimensão ($\alpha=0,799$), valor considerado bom por vários autores, nomeadamente, Pestana e Gageiro (2005); Ribeiro (2008) e Steiner e Norman (2008) – tabela 10.

Não se constata valores de α de *Cronbach* sem o item, superiores ao α global, em nenhum dos itens (tabela 11).

Tabela 10 - Estatísticas de confiabilidade da dimensão estado mental

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
,799	,818	10

Na tabela 11, podemos verificar que os valores da correlação de *Pearson* do total da dimensão sem o item com cada um dos itens que compõem a dimensão, varia entre 0,350 e 0,664, valores muito acima dos valores (0,20), considerados significativos para o tamanho da amostra.

Tabela 11 - Medidas de tendência central e de dispersão dos itens que compõe a dimensão estado mental e a Correlação de *Pearson* e Alfa de *Cronbach* dos itens com a nota global, sem o item

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
1. Tem dormido mal?	4,876	17,533	,431	,332	,789
2. Tem tido dificuldade em manter relações sociais habituais?	5,505	18,329	,568	,624	,773

3. Tem tido dificuldades em relacionar-se com as pessoas?	5,686	20,256	,350	,504	,795
4. Sente que não exerce um papel útil na vida?	5,571	19,420	,487	,387	,784
5. Sente-se incapaz de tomar decisões e iniciar coisas novas?	5,514	18,887	,477	,414	,782
6. Tem-se sentido constantemente agoniado e tenso?	5,314	17,121	,664	,499	,759
7. Tem a sensação de que a vida é uma luta contínua?	4,867	16,847	,425	,353	,796
8. Sente-se incapaz de desfrutar das atividades habituais diárias?	5,390	17,798	,641	,512	,765
9. Tem-se sentido esgotado e sem forças?	5,010	18,048	,407	,310	,791
10. Teve a sensação que esteve doente?	5,238	17,510	,483	,377	,781

Na tabela 12, são expostos os valores de consistência interna com base num bom alfa de *Cronbach* (α) para o total dos 6 *itens* da dimensão “manifestações somáticas” ($\alpha=0,752$). No entanto, constataram-se valores de α de *Cronbach* sem o item, superiores ao α global, num *item* “percebeu que tem urinado com maior frequência?”, no entanto não foi excluído porque é um indicador importante para o constructo e porque a variabilidade não é significativa e todos os *itens* contribuem para a consistência interna da escala (tabela 13).

Tabela 12 - Estatísticas de confiabilidade na dimensão manifestações somáticas

Alfa de <i>Cronbach</i>	Alfa de <i>Cronbach</i> com base em <i>itens</i> padronizados	N de <i>itens</i>
,752	,758	6

Na tabela 13, podemos verificar que os valores da correlação de *Pearson* do total da dimensão “manifestações somáticas” sem o *item* com cada um dos *itens* que compõem a dimensão, varia entre 0,309 e 0,633, valores muito acima dos valores (0,20), considerados significativos para o tamanho da amostra.

Tabela 13 - Medidas de tendência central e de dispersão dos itens que compõe a dimensão manifestações somáticas e a Correlação de *Pearson* e Alfa de *Cronbach* dos itens com a nota global, sem o *item*

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de <i>Cronbach</i> se o item for excluído
11. Tem notado dificuldade em respirar ou sensação de falta de ar sem causa aparente?	3,419	8,534	,556	,441	,698
12. Teve inchaço nos tornozelos?	3,257	9,039	,449	,210	,728
13. Percebeu que tem urinado com maior frequência?	3,248	9,611	,309	,152	,769
14. Tem sentido a boca seca?	3,095	7,952	,633	,458	,673
15. Tem sentido dor no peito sem fazer esforço físico?	3,695	9,637	,510	,355	,716
16. Tem notado dormência ou formiguelo em alguma parte do corpo?	3,381	9,219	,538	,362	,706

Na tabela 14, são expostos os valores de consistência interna com base num bom alfa de *Cronbach* (α) para o total das dimensões do MINICHAL ($\alpha=0,859$).

Contextualizando com os valores de validações da escala anteriores, a análise da consistência interna do MINICHAL Brasil revelou um alfa de 0,88 para o estado mental, e de 0,86 para manifestações somáticas, resultado bastante próximo ao do instrumento original MINICHAL Espanha que obteve para o estado mental alfa de 0,87, e para manifestações somáticas alfa de 0,75 (Shulz [et al.], 2008).

Tabela 14 - Estatísticas de confiabilidade do MINICHAL

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
	,859	

Posteriormente, averiguámos a reprodutibilidade com base no coeficiente de bipartição (*split-half*), o qual divide os itens de uma escala em dois grupos, examina a correlação dentro de cada grupo e entre os dois grupos (Fortin, 2009). De certa forma, este indicador tenta substituir o teste-reteste que não permite controlar os acontecimentos que ocorrem entre dois momentos de aplicação do instrumento ao mesmo grupo de pessoas, tornando-se difícil a comparação de resultados. Tendo em conta que avaliação da percepção de QV, na qual é difícil garantir a estabilidade das respostas do

mesmo indivíduo em dois momentos distintos, este indicador permite-nos transpor este condicionante.

Quadro 11 – Cálculo do coeficiente de bipartição (*split half*) com correlação de *Spearman Brown*

Cronbach's Alpha	Part 1	Value	.781
		N of Items	9 ^a
	Part 2	Value	.770
		N of Items	8 ^b
	Total N of Items		17
Correlation Between Forms			.653
Spearman-Brown Coefficient	Equal Length		.790
	Unequal Length		.790
Guttman Split-Half Coefficient			.790

a. Itens de 1 a 10; b. Itens de 11 a 16

O *alfa de cronbach* para os componentes constituintes da dimensão estado mental (questão 1 a 10) é de 0,781, que segundo Pestana e Gageiro (2008) é boa. A segunda parte, composta pelos *itens* de 11 a 16, apresenta um *alfa de cronbach* de 0,770, com uma consistência razoável. A correlação entre ambas as partes é de 0,653 e o coeficiente *Spearman Brown* revela boa consistência (0,790), assim como o coeficiente Guttman Split-Half com 0,790 – tabela 15. Nesta linha de orientação, o MINICHAL apresenta boa homogeneidade.

Face ao exposto, segue a análise inferencial do estudo.

5.1.4. Análise inferencial

Optou-se por utilizar os testes não paramétricos pelo facto de ambos os domínios (manifestações somáticas e estado mental) da escala MINICHAL não apresentarem distribuição normal segundo o teste de normalidade realizado – *Kolmogorov-Smirnov* (quadro 12).

Os testes não paramétricos não necessitam de requisitos fortes como a normalidade, para serem usados. São utilizados quando a amostra tem uma distribuição que não é normal ou quando, apesar da amostra ter uma dimensão superior a 30, se opta por conclusões mais conservadoras (Cação, 2010).

Para testar a normalidade da amostra e averiguar se pode ser considerada como proveniente de uma população com uma determinada distribuição, foi utilizado o teste de ajustamento de *Kolmogorov-Smirnov* com correção de *Lilliefors*. As hipóteses do teste foram:

- Hipótese nula (H_0): A variável segue distribuição normal.
- Hipótese alternativa (H_1): A variável não segue distribuição normal.

Ao analisarmos os dados obtidos, rejeita-se H_0 (hipótese nula) de que as variáveis manifestações somáticas e estado mental seguem distribuição normal, uma vez que o valor de p é menor que 0,2 e conclui-se em favor da hipótese alternativa de que a distribuição do MINICHAL nas dimensões somática e mental não possui distribuição normal (*Idem*).

Quadro 12 - Testes de Normalidade do MINICHAL

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estatística	df	Sig.	Estatística	df	Sig.
MINICHAL - Manifestações Somáticas	,156	105	,000	,888	105	,000
MINICHAL - Estado Mental	,134	105	,000	,926	105	,000

a. Correlação de Significância de Lilliefors

Para a análise da normalidade das dimensões do questionário MINICHAL (quadro 12) verificou-se um nível de significância igual a zero. Tendo em conta as premissas anteriores descritas, rejeita-se a hipótese de normalidade. Para Hill e Hill (2005), deve ter-se em conta as evidências disponíveis sobre a normalidade da distribuição, porque a maior parte dos testes paramétricos não são influenciados por pequenos desvios da normalidade.

Quadro 13 - Teste de Normalidade EVF

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Família e Amigos	,347	105	,000	,734	105	,000
Atividade Física/Associativismo	,137	105	,000	,936	105	,000
Nutrição	,187	105	,000	,932	105	,000
Tabaco	,481	105	,000	,492	105	,000
Álcool e Outras Drogas	,258	105	,000	,760	105	,000
Sono e Stress	,151	105	,000	,942	105	,000
Trabalho/Tipo de Personalidade	,247	105	,000	,884	105	,000
Instrospção	,342	105	,000	,720	105	,000

Comportamentos de Saúde e Sexual	,162	105	,000	,911	105	,000
Outros Comportamentos	,430	105	,000	,594	105	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Na análise dos diferentes itens do questionário EVF (quadro 13), verificou-se que o nível de significância era zero em todas as questões, o que quer dizer que são significativos, mas no caso destes testes, uma distribuição só pode ser considerada normal quando o nível de significância não é significativo. Logo, segundo estes resultados, rejeita-se a hipótese de normalidade para todos os *itens* (*Ibidem*).

Para comparação das variáveis numéricas, utilizou-se o coeficiente de correlação de *Pearson*. Pela análise da correlação de *Pearson* (-0,429) – estamos perante uma correlação relativa moderada, indicando que com o aumento do score da EVF corresponde uma diminuição do score da MINICHAL. Tendo em conta que para valores elevados da MINICHAL corresponde uma percepção de QV baixa, podemos verificar que com a presença de estilos de vida saudáveis corresponde uma boa percepção de QV. Pela análise do nível de significância, podemos verificar a existência de relações significativas entre as variáveis que nos permitem afirmar que um estilo de vida saudável se correlaciona com uma boa percepção de QV (tabela 15).

TABELA 15 – Correlações e níveis de significância EVF e QV

		Score QV	Score EVF
Correlação de Pearson	Score QV	1,000	-,429
	Score EVF	-,429	1,000
Sig. (1 extremidade)	Score QV	.	,000
	Score EVF	,000	.
N	Score QV	105	105
	Score EVF	105	105

Correlacionando a dimensões do MINICHAL com o score da EVF, verificamos um coeficiente de correlação significativo entre a dimensão estado mental (MINICHAL) e o score total da EVF, num grau de linearidade negativo. Exponenciando ao quadrado o coeficiente de correlação (r) de -0,472, temos um coeficiente de determinação (r^2) de 0,222. Isso indica que 22,2% da variância da variável é explicada pela variância da outra (quadro 14).

Já as manifestações somáticas obtiveram um valor de correlacionamento menor com a EVF ($r=-0,270$), ainda que mantenham igualmente a sua linearidade negativa.

Quadro 14 – Correlações e níveis de significância entre as dimensões do MINICHAL e o score EVF

		MINICHAL - Estado Mental	MINICHAL - Manifestações Somáticas	Score QV	Score EVF
MINICHAL - Estado Mental	Correlação de Pearson	1	,611**	,926**	-,472**
	Sig. (2 extremidades)		,000	,000	,000
MINICHAL - Manifestações Somáticas	Correlação de Pearson	,611**	1	,859**	-,270**
	Sig. (2 extremidades)	,000		,000	,006
Score QV	Correlação de Pearson	,926**	,859**	1	-,429**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000		,000
Score EVF	Correlação de Pearson	-,472**	-,270**	-,429**	1
	Sig. (2 extremidades)	,000	,006	,000	

** A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

O coeficiente de correlação linear de *Pearson*, o procedimento mais conhecido para a obtenção de correlações lineares num indivíduo concomitantemente, especialmente quando uma ou ambas as variáveis são medidas em escala ordinal. Nessas situações, o coeficiente de correlação de *Spearman* é mais adequado por levar em consideração a ordem dos dados e não o seu valor intrínseco. Ainda, quando os dados obtidos das variáveis não cumprem uma distribuição normal devido, o coeficiente de correlação de *Spearman* é um bom substituto para a verificação do inter-relacionamento das variáveis consideradas (Pontes, 2000).

O coeficiente de correlação é adimensional e situa-se no intervalo $-1 \leq r \leq 1$. A validade estatística do coeficiente de correlação linear pressupõe que as duas variáveis são aleatórias e provêm de uma população normal bivariada. Quanto mais o valor se aproxima destes extremos, mais forte é a associação linear entre variáveis (Ferreira, 2004).

Em ciências exatas, sugere-se que r menor de 0,2 indica uma associação linear muito baixa, entre 0,2 e 0,39 baixa, entre 04 e 0,69 moderada, entre 07 e 0,89 alta e entre 0,9 e 1 uma associação muito alta (Pestana e Gageiro, 2008).

Conforme verificamos pela análise do quadro 15, as correlações da dimensão manifestações somáticas do MINICHAL são significativas ($p=0,000$) e inversamente

relacionáveis nas dimensões “sono e stress” ($r=-0,391$), “família e amigos” ($r=-0,281$), “nutrição” ($r=-0,226$), “comportamentos de saúde e sexuais” ($r=-0,211$). Aferimos uma correlação direta entra a dimensão manifestações somáticas e “tabaco” ($r=0,263$).

Averiguámos que as correlações da dimensão estado mental do MINICHAL são significativas ($p=0,000$) e inversamente relacionáveis nas dimensões “sono e stress” ($r=-0,443$), “família e amigos” ($r=-0,432$), “introspeção” ($r=-0,358$), “comportamentos de saúde e sexuais” ($r=-0,264$). Conferimos uma correlação direta entra a dimensão manifestações somáticas e “álcool e outras drogas” ($r=0,219$).

Quadro 15 – Coeficiente de correlação de Spearman e dimensões do MINICHAL e EVF

		MINICHAL – Manifestações. Somáticas	MINICHAL - Estado Mental
Spearman's rho	MINICHAL	Correlation Coefficient	1,000
	Manifestações Somáticas	Sig. (2-tailed)	,547**
		N	,000
			104
	MINICHAL Estado Mental	Correlation Coefficient	,547**
		Sig. (2-tailed)	1,000
		N	,000
			104
	Família e Amigos	Correlation Coefficient	-,281**
		Sig. (2-tailed)	-,432**
		N	,004
			104
	Atividade Física/Associativismo	Correlation Coefficient	-,158
		Sig. (2-tailed)	-,166
		N	,109
		104	
Nutrição	Correlation Coefficient	-,226*	
	Sig. (2-tailed)	-,084	
	N	,021	
		104	
Tabaco	Correlation Coefficient	,263**	
	Sig. (2-tailed)	,074	
	N	,007	
		104	
Álcool e Outras Drogas	Correlation Coefficient	,176	
	Sig. (2-tailed)	,219*	
	N	,074	
		104	
Sono e Stress	Correlation Coefficient	-,391**	
	Sig. (2-tailed)	-,443**	
	N	,000	
		104	

Trabalho/ Tipo de Personalidade	Correlation Coefficient	-,174	-,186
	Sig. (2-tailed)	,077	,058
	N	104	105
Introspeção	Correlation Coefficient	-,165	-,358**
	Sig. (2-tailed)	,095	,000
	N	104	105
Comportamentos de Saúde e Sexual	Correlation Coefficient	-,211*	-,264**
	Sig. (2-tailed)	,031	,007
	N	104	105
Outros Comportamentos	Correlation Coefficient	,034	-,081
	Sig. (2-tailed)	,733	,410
	N	104	105

Seguidamente, expomos o esquema das dimensões dos estilos de vida preditivos de uma boa perceção de QV.

Figura 5 – Fatores preditores da qualidade de vida



Posto isto, iremos seguidamente discutir os achados deste estudo.

5.2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A amostra foi constituída por 105 utentes, dos quais 50,5% (n=53) são do sexo masculino e 49,5% (n=52) do sexo feminino. Segundo Dias e colaboradores (2009), no estudo descritivo-transversal efetuado em cuidados de saúde primários portugueses entre 2006 e 2007, verificou-se que a prevalência estimada de hipertensão foi maior nos homens. Contudo, na nossa amostra verificou-se uma igualdade entre géneros. Este aspeto pode ser justificado por uma maior participação das mulheres em aspetos relacionados com a sua saúde, achados semelhantes nos estudos brasileiros de Arbex (2009) e Brito [*et al.*] (2008).

Na análise da prevalência da HTA por idade, verificamos que a média dos inquiridos foi de 62,7, com mínimo de 32 e máximo de 96. Coincidentes com o estudo PAP de Macedo e colaboradores (2007), com uma idade média de 46 anos e uma mediana de 45 anos de idade e metade dos inquiridos com idades compreendidas entre os 35 e os 64 anos, aproximadamente. Já o estudo AMALIA (Perdigão, [*et al.*], 2009) verificou que é máxima na década de 70–79 anos (34,1%) e superior ou igual a 80 anos (34,6%), sendo mínima na década de 40–49 anos (11,7%) e apresentado valores intermédios nas décadas de 60–69 anos (28,5%) e dos 50–59% (22,6%) ($p < 0,001$).

Do total da amostra 67,6% eram casados ou viviam em união de facto, facto igualmente evidenciado por Macedo ([*et al.*], 2007) e Silva ([*et al.*], 2013). Quando se tratam de pessoas casadas ou que vivem com o companheiro, Tavares ([*et al.*], 2011) afirmaram que os profissionais de saúde devem estimular a participação do cônjuge/companheiro no apoio ao cuidado no tratamento da HTA, otimizando a adesão ao tratamento e conseqüentemente controlo da patologia. Conquanto, no estudo de Cesarino ([*et al.*], 2008) afirmou-se ser possível que, entre pessoas casadas, o grau de responsabilidade familiar poderia representar um fator de risco para a HTA. Entretanto, Gusmão e Pierin (2009) identificaram níveis tensionais mais baixos entre pessoas casadas e naquelas que possuem um companheiro, possivelmente por estas contarem com o apoio familiar.

Verificámos que 61% dos elementos da amostra são provenientes do meio rural. No estudo de Martins e colaboradores (2008), cujos objetivos eram verificar a influência dos fatores socioeconómicos em zonas pobres de São Paulo, verificou-se que pertencer ao meio rural quase duplica o risco de HTA.

No estudo levado a cabo por Costa e Klein (1985), a prevalência de HTA foi significativamente mais elevada na parte metropolitana e significativamente mais baixa

no interior rural, portanto, a urbanização está associada positivamente com as DCV. Acrescentam o facto de que o meio urbano é um meio descontínuo socialmente, e que essa descontinuidade, se incorporada aos estudos biológicos, dá maior poder explicativo às variações constitucionais dos indivíduos. O meio urbano concentra poder, autoridade e riqueza nas mãos de poucos e concentra miséria e doença nas vidas de muitos. Além disso, as áreas industriais centralizam poluentes tanto no nível de meio interno, como as fábricas e as casas, como no meio externo, ainda de difícil avaliação em relação à saúde.

Tendo em conta a nossa amostra, e uma vez que os valores entre “rural” e “urbano” não possuem diferença substancial, não há dados suficientes que suportem uma noção em detrimento da outra.

Nesta amostra 49,5% dos inquiridos apresentava-se profissionalmente inativo e 20% era constituída por trabalhadores não qualificados. Vários estudos apontam o *status* socioeconómico como fator determinante para as DCV, destacando que pode apresentar um efeito sobre os eventos de risco psicossocial associado à doença arterial coronária, ou seja, pessoas com dificuldades socioeconómicas e com baixo nível de escolaridade podem ter o prognóstico afetado negativamente a longo prazo, bem como a sua QV (Skodova [et al.], 2008). No estudo de Silva (et al., 2014) verificou-se que 7,8% dos hipertensos viviam com menos de um salário mínimo, o que reforça a importância da atenção às condições socioeconómicas desfavoráveis pois há maior propensão ao *stress* decorrente das dificuldades económicas.

Embora seja incipiente a evidência produzida entre a ocupação profissional e a HTA, existem estudos que revelam dados semelhantes ao nosso. Dentro desses estudos, Melchioris (2008) verificou que 33% das pessoas ficavam em casa e 33% reformados. No estudo de Silqueira (2005) verificou-se que 50% ficavam em casa e 30% eram reformados. Segundo Lolio (1990), num estudo de revisão com o objetivo de verificar os conhecimentos sobre HTA, com ênfase nos critérios de diagnóstico e na prevalência da patologia a nível mundial, a HTA encontra-se frequentemente associada a estratos sociais mais baixos, à baixa escolaridade e a menores indicadores sociais e económicos.

A Grã-Bretanha é um dos poucos países do mundo capitalista em que o acesso aos serviços de saúde é não apenas universal, mas também de qualidade bastante homogénea, tanto em relação à dicotomia urbano-rural, como entre os grupos sociais. Uma cuidadosa revisão da mortalidade por classe social feita por Rose e Marmot (1981), mostra que as DCV são, de facto, mais frequentes nas classes trabalhadoras.

Um outro estudo dos mesmos autores, em funcionários públicos, mostra que a morbidade por doença coronária e HTA é menor nos administradores e profissionais de nível superior do que nos funcionários não-especializados e menos graduados.

Diversos estudos têm apontado a associação entre um nível socioeconómico desfavorável e um maior risco de mortalidade e de morbilidade cardiovascular, bem como o aumento de comportamentos e fatores de risco como tabagismo, obesidade, sedentarismo, dislipidémia, uso excessivo de álcool (Cappuccio [*et al.*], 2002; Ferrie [*et al.*], 2003; Skodova [*et al.*], 2008).

Numa investigação desenvolvida na Turquia com o objetivo de avaliar a QVRS por meio do instrumento SF-36 entre pessoas com HTA, obesidade e diabetes mellitus, verificou-se que os dados sociodemográficos investigados (maior idade menor nível de escolaridade, baixo nível socioeconómico), diminuem a componente física (Ucan e Ovayolu, 2010). Estes resultados são sublinhados igualmente por Fleishman e Lawrence, 2003; Fone ([*et al.*], 2007) e Jayasinghe ([*et al.*], 2009). Estes autores reforçam a importância do papel do enfermeiro não só no controlo da sua doença e na prevenção de complicações advindas das co morbilidades, mas também para a melhoria da QVRS (Ucan e Ovayolu, 2010).

No que concerne o grau de escolaridade, 42,9% dos inquiridos possuíam o quarto ano de escolaridade e 14,3% licenciatura, o que reflete um grande número de elementos com baixa escolaridade. Estes dados corroboram outros estudos, nos quais os utentes com HTA possuem menos de quatro anos de estudo (Tavares [*et al.*], 2011; Silva [*et al.*], 2013). Nesse contexto, a equipa pluridisciplinar deve identificar as possíveis dificuldades relacionadas ao tratamento da HTA, pois a baixa escolaridade pode condicionar a compreensão e aprendizagem sob as orientações recebidas.

Noutras pesquisas internacionais sobre a QV entre pessoas com HTA, o grau de escolaridade foi maior quando comparado aos resultados deste estudo. Assim, destacamos os estudos de Theodorou e colaboradores (2011) no Chipre, os quais obtiveram 71% dos participantes com nível superior e não houve relato de escolaridade menor que o ensino médio. Na Alemanha, Maatouk ([*et al.*], 2012) que investigaram a associação longitudinal entre fatores de risco cardiovascular, conhecimento sobre HTA, número e tipo de drogas anti-hipertensivas e a QVRS, em que 84,9% apresentaram nove a dez anos de escolaridade. Igualmente no estudo de Zygmuntowicz ([*et al.*], 2013), no qual foi utilizado o instrumento SF-12 para avaliar a QVRS numa amostra de 11498 pessoas com HTA, 38,9% apresentaram ensino médio e 26,2% o ensino superior.

Por outro lado, no estudo brasileiro efetuado por Carvalho e colaboradores (2012), a média foi de 5,4 anos formais de estudo e 80% estudaram no máximo oito anos. Na pesquisa de Melchior ([et al.], 2010), a escolaridade foi em média de 3 anos formais de estudo. No estudo de Magnabosco (2007), encontraram-se 90% de pessoas com HTA com o máximo de 8 anos de estudo. Na investigação de Souza (2008), 59% das pessoas com HTA possuíam o primeiro grau incompleto. Finalmente, no estudo de Silqueira (2005), 62,5% possuíam o primeiro grau incompleto e 18,8% eram analfabetos. Os resultados da validação do MINICHAL em Espanha evidenciaram uma associação entre um menor nível de escolaridade e o domínio das manifestações somáticas (Badia [et al.], 2002).

A investigação das alterações clínicas e dos fatores de risco cardiovascular é fundamental para a tomada de decisão terapêutica. Assim, uma vez que a HTA está associada a co morbilidades ou fatores de risco para as doenças cardiovasculares, consequentemente irá diminuir a QVRS do indivíduo (Carvalho, 2010).

No presente estudo detetou-se uma média de IMC de 28,24 e o perímetro abdominal com uma média de 94,84. No estudo realizado por Cortez-Dias ([et al.], 2013) na população portuguesa que buscou avaliar a influência do síndrome metabólico e a eficácia do tratamento anti-hipertensivo, encontrou dados semelhantes em relação à presença de obesidade. Em Portugal, a prevalência da obesidade é estimada como sendo de 19,9% em adultos com idades compreendidas entre os 18 e 64 anos (Sardinha [et al.], 2012), havendo uma clara relação entre o IMC e a PA, sendo a obesidade prevalente em populações de hipertensos em todo o mundo (Nguyen e Lau, 2012; Vyssoulis [et al.], 2012).

No estudo de Zygmuntowicz ([et al.], 2012) com 12425 pessoas com HTA, observaram-se valores mais baixos de QVRS associados à obesidade. Já Silva (2014) destacou no seu estudo que houve uma associação significativa para o domínio manifestações somáticas do MINICHAL e as variáveis IMC e perímetro abdominal, ou seja, uma pior QVRS nessa dimensão.

O estudo de Magnobosco (2007) identificou que a obesidade e a diabetes *mellitus* parecem influenciar a QVRS dos participantes. Aqueles que não possuíam nenhuma destas co morbilidades apresentaram médias maiores dos scores em todos os domínios do SF-36 em relação à obesidade, exceto aspetos físicos, estado geral de saúde e aspetos emocionais. No estudo de Melchior (2008), as pessoas com obesidade obtiveram um comprometimento na QVRS em ambos os domínios do MINICHAL e no domínio físico (WHOQOL-bref).

Em relação ao valor da PA no momento da colheita de dados, obtiveram-se médias de 139,72 mmHg para PA sistólica e 79,26mmHg para a diastólica, que se classificam como normal alta (Sociedade Portuguesa de Cardiologia, 2007). Desta forma, destaca-se que o controlo dos valores da PA pode ter ocorrido por se tratar duma população em acompanhamento na Consulta do Hipertenso. Provavelmente, esta população pode estar mais informada quanto aos fatores de risco, tratamento e controlo da patologia, conseguindo controlar eficazmente a sua HTA. Os resultados aqui apresentados divergem do estudo de Cortez-Dias ([*et al.*], 2013), no qual apenas 35,8% das pessoas tratadas tinha a sua PA controlada.

Por outro lado, Carvalho ([*et al.*], 2012) encontraram 46% de pessoas com HTA controlada, com PA sistólicas médias de 143,4 mmHg e PA diastólicas de 83,6, o que evidencia bons índices de controlo da PA. Para Gus e equipa (2004), a prevalência da PA controlada manteve uma taxa entre 20 e 33% de pessoas em tratamento medicamentoso.

Os resultados obtidos num estudo realizado no Egito, no qual foram avaliadas 316 pessoas hipertensas e os fatores que afetavam a sua QVRS, verificaram que o controlo da PA foi um preditor para uma melhor QV (Youssef, Moubarak, Kamel, 2005). Ainda no estudo de Kjellgren ([*et al.*], 1998) desenvolvido na Suécia, com o objetivo de comparar sintomas percebidos entre as pessoas submetidas a terapêutica anti-hipertensiva e as pessoas com HTA sem tratamento medicamentoso (n=1013), verificou-se que os indivíduos que apresentavam PA diastólica elevada relatavam cefaleias e tonturas com maior frequência do que aqueles que possuíam a PA controlada, o que poderia interferir na percepção da QV.

Conquanto, há evidência que os valores tensionais das populações estudadas não influenciam a sua QVRS (Magnabosco e Nogueira, 2009; Melchiors [*et al.*], 2010; Carvalho [*et al.*], 2012; Silva, 2014).

Para a variável colesterol total, verificou-se uma média de 187,67 mg/dl. Ainda que não hajam achados científicos que analisassem a sua influência na QV, vários estudos indicam a dislipidémia como uma co morbidade com alta prevalência na população hipertensa (Carvalho, 2010; Melchiors, 2008).

Melchiors (2008), num estudo efetuado em Curitiba com objetivo de avaliar a influência de variáveis sociodemográficas, clínicas, conhecimento sobre as doenças, complexidade da farmacoterapia anti-hipertensiva e adesão ao tratamento na QVRS, verificou que a dislipidémia tinha uma prevalência de 25% na amostra, dados coincidentes com as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (Sociedade Brasileira de

Cardiologia, 2007), que acrescentam que níveis elevados de colesterol juntamente com a HTA representam mais de 50% do risco atribuível à DCV.

A HTA, por ser uma doença crónica, está frequentemente associada a várias comorbilidades (Carvalho, 2010). No presente estudo verificámos que 11,4% dos elementos eram diabéticos e 4,8% terão tido um acidente vascular cerebral. No estudo de Carvalho (2010), a diabetes *mellitus* esteve presente em 23% da amostra, no estudo de Melchioris (2008) 25% e Cavalcante ([*et al.*], 2007) 26% (89% com outras comorbilidades). De acordo com Zygmuntowicz ([*et al.*], 2012), Wang ([*et al.*], 2009) e Li ([*et al.*], 2005), a prevenção e o diagnóstico precoce da HTA e o tratamento oportuno das comorbilidades podem ser importantes para preservar a QVRS.

No que tange às DCV, 5,7% referem ter tido EAM e 15,2% arritmias, valores similares aos estudos de Carvalho (2010) e Melchioris (2008). De acordo com Silva (2014), as pessoas com HTA e angina (estável ou instável), obtiveram scores superiores no domínio estado mental no MINICHAL dos que não referiram esse problema. Já de acordo com Aydemir, Ozdemir e Koroglu (2005), a angina do peito prejudicou a função física na escala SF-36, em ambos os sexos. Soutello ([*et al.*], 2011), Soni ([*et al.*], 2010), Wang ([*et al.*], 2009) e Lalonde ([*et al.*], 2004), mencionam que a presença de doenças associadas à HTA influenciam a percepção de QV.

Em relação à distribuição dos indivíduos hipertensos segundo o grau de risco cardiovascular (através do SCORE), determinou-se que 41% apresenta risco muito alto, valores superiores aos obtidos no estudo de Soares e Mendes (2008) - 38,9%. Na análise deste valor é importante ter em consideração uma limitação importante de todas as escalas para determinação do risco CV que é o facto de estas se referirem apenas a um valor da PA, não refletindo o histórico tensional, que é um importante preditor do risco cardiovascular (Kaplan, 2010). A elevada taxa de indivíduos com risco cardiovascular aumentado atesta a pertinência deste estudo, uma vez que realça a importância da investigação atenta destes indivíduos e da delimitação de estratégias terapêuticas mais agressivas de forma a diminuir o risco CV dependente de fatores de risco modificáveis.

Dos elementos da amostra, 55,2% referem necessidade de cuidados médicos regulares (tratamentos, medicação, análises), os quais 6,7% refere não ter cumprido. As principais justificações prendem-se com o financiamento e com experiências negativas.

Com referência às principais causas da baixa adesão, podemos dividi-las em causas relacionadas ao indivíduo e com a equipa pluridisciplinar, havendo mútua interação

entre si. Nas causas relacionadas com o indivíduo destacam-se a inércia, a resistência à adoção de hábitos alimentares e estilos de vida mais salutareos (falta de informação, aspetos psicológicos e psiquiátricos) e mitos relacionados com o tratamento nomeadamente custo da terapêutica e efeitos secundários, gestão da polimedicação, deficit de conhecimentos acerca do risco CV e incredulidade face à evidência científica (Nobre, Mion e Júnior, 2013). As relacionadas com a equipa multidisciplinar alicerçam-se na falta de ensinios e de orientação sobre técnicas e estratégias de tratamento e desresponsabilização do utente (*Idem*).

As estratégias para melhorarem as taxas de adesão são sensíveis ao impacto das DCV e devem ser orientadas pelo conhecimento aprofundado da causa e das particularidades da população. A otimização dos resultados requer esforços da equipa multidisciplinar, por meio de campanhas de educação para a saúde dos utentes mas igualmente de formação dos profissionais (*Ibidem*).

Relativamente à periodicidade de avaliação da PA e sujeito avaliativo, observámos que 34,3% dos elementos monitoriza os valores tensionais semanalmente através da ajuda do enfermeiro (23,8%) ou por si próprio (30,5%). É de realçar que a auto avaliação poderá ser perniciosa, uma vez que não existe um acompanhamento efetivo por parte de um profissional de saúde. Contudo, uma vez que esta população se insere numa consulta direcionada para a HTA, o seu seguimento não é comprometido em teoria.

Dos elementos da amostra, 88,6% referem cumprir terapêutica anti-hipertensora. A utilização de anti-hipertensores apresentou entre 1999 e 2003 um aumento de 28% em doses diárias definidas por 1000 habitantes dia (DHD), passando de 183 DHD em 1999 para 234 DHD em 2003, correspondente a 40% no aumento dos encargos do Serviço Nacional de Saúde. O aumento da utilização revela uma evolução potencialmente favorável na perspetiva dos ganhos em saúde face ao número de hipertensos com tratamento farmacológico (Furtado e Pinto, 2005).

Atualmente, acredita-se que o objetivo principal do tratamento medicamentoso para as pessoas com HTA seja reduzir o risco de morbilidade e mortalidade por doença CV (Mancia [*et al.*], 2007). A escolha de um tratamento adequado diminui o risco de morte por complicações relacionadas à HTA (Lithel [*et al.*], 2003; Beckett [*et al.*], 2008). No estudo de Daniel e Veiga (2003), identificou-se que mais de metade da amostra entrevistada apresentou insuficiente grau de adesão à terapêutica anti-hipertensiva. Tal resultado demonstrou a necessidade de desenvolvimentos de estudos voltados

para a identificação dos fatores condicionantes, assim como a contribuição para a promoção da autonomia, de conhecimento e de adaptação à sua condição de saúde.

Por outro lado, alguns estudos mencionaram que o tratamento medicamentoso para a HTA tem possivelmente contribuído para um decréscimo de QVRS, devido aos efeitos secundários. A sensação de bem-estar do indivíduo é em grande parte responsável pela adesão ou não a esse tipo de tratamento (Krousel-Wood [et al.], 2004; Handler, 2005; Korhonen [et al.], 2011; Trevisol [et al.], 2012).

Existe evidência que os eventos adversos da terapia anti-hipertensiva são mais frequentes quando esta é polimedicamentosa (Gonçalves [et al.], 2007). Contudo, nas investigações levadas a cabo por Silva (2014), Maatouk ([et al.], 2012), Carvalho (2010), os resultados permitem afirmar que o número de medicamentos utilizados não interferem na QVRS, o que pode favorecer a adesão ao tratamento medicamentoso.

De acordo com Car ([et al.], 1991 *apud* Péres, Magna e Viana, 2003), apenas um terço dos doentes cumpre a medicação conforme a prescrição. Tais dados podem ser atribuídos ao cansaço da pessoa em viver na condição de “doente”, situação salientada pelo uso da medicação, ou seja, cumprir a terapêutica relembra a condição crónica de saúde, podendo gerar ansiedade, medo e tristeza, levando o indivíduo a evitar esta situação.

Ao comparar os resultados deste estudo com outras pesquisas internacionais que utilizaram o MINICHAL para avaliar a QV, a média obtida no estado mental e manifestações somáticas foram similares (Badia [et al.], 2002; Schultz [et al.], 2008).

O domínio estado mental avalia as relações sociais da pessoa hipertensa, em síntese, como avalia o seu estado psicológico (Bezerra e Veiga, 2013). A média obtida no estado mental do MINICHAL foi de 5,88, a qual, quando comparada ao resultado encontrado no estudo de Schultz ([et al.], 2008), 5,3, demonstra uma pior QV. Já o estudo realizado por Badia ([et al.], 2002), com média de 6,8, demonstra uma melhor QV no presente estudo.

O domínio manifestações somáticas avalia os aspetos físicos do indivíduo. A média obtida no MINICHAL neste domínio foi de 4,01, a qual, quando comparada ao resultado encontrado no estudo de Schultz ([et al.], 2008), 1,9 e por Badia ([et al.], 2002), com média de 1,9, demonstra uma pior QV.

Apesar de discretas diferenciações de *score* do MINICHAL, globalmente a sua avaliação é muito similar aos estudos efetuados em Espanha e no Brasil. Não será de estranhar a sua similaridade, uma vez que culturalmente existem diversos

denominadores comuns, diferindo eventualmente o acesso aos cuidados de saúde (nomeadamente no Brasil). Conquanto, não temos dados suficientes para suportar a leitura destas variações.

Posto isto, cruzámos os dados do MINICHAL com os estilos de vida evidenciados pelos elementos da nossa amostra, com base na operacionalização da escala EVF.

Observámos que existe relação estatisticamente significativa entre a dimensão família e amigos da escala EVF e os domínios estado mental e manifestações somáticas do MINICHAL, isto é, quanto menor o apoio das redes sociais, menor a perceção de QV. É inevitável reconhecer a importância que a rede social tem para o individuo no processo de saúde/doença, principalmente em momentos de transição (agudização, diagnóstico de doença crónica, entre outros).

No âmbito das doenças crónicas, a rede social promove uma melhoria da salubridade da pessoa e o suporte social tem-se mostrado relevante para a promoção da adesão ao tratamento (Rodrigues e Seidl, 2008). Assim sendo, o apoio recebido da rede é benéfico, não somente para a pessoa doente, como também para o cuidador informal, sendo um fator importante na QV do binómio, tanto a nível físico como psicológico (Bocchi e Angelo, 2008).

Faquinello ([*et al.*], 2011), observaram que a pessoa hipertensa conta com o apoio de redes informais referentes a família, amigos, colegas de trabalho e de crença religiosa, além da rede formal representada pelos profissionais de saúde. Das redes citadas, a familiar é a que se destaca não somente durante o período do diagnóstico mas também no decorrer dos anos de tratamento e acompanhamento da HTA (consultas, mudanças de estilos de vida).

É no sistema familiar que são exercidas as funções de apoio afetivo, socializadora e cuidadora. A confiança e a proximidade construída entre os familiares facilitam a abordagem sobre os problemas pessoais e a possibilidade de encontrar soluções para os mesmos e esta troca de informações faz com que a rede familiar do hipertenso seja ativada nos momentos de dúvidas, nomeadamente sobre a saúde. Faquinello ([*et al.*], 2011), verificaram que, para esta relação de apoio, os familiares eleitos para a troca de informações são os afetivamente mais próximos, sendo representados principalmente pelos que moram com o sujeito.

É interessante observar que o apoio recebido da rede familiar do hipertenso advém da alteração dos hábitos de toda a família. A rede atua como uma forma de ajuda e monitorização da saúde do hipertenso no que se refere à dieta, prática de exercício físico, adesão terapêutica e cuidados gerais com a saúde (Sluzki, 1997).

Ressaltamos a importância da rede social como modo de proteção e auxílio físico, material e psicossocial da pessoa em momentos de transição. Devido a este facto, como profissionais de saúde, devemos conhecer as redes utilizadas pelos hipertensos para sermos capazes de acioná-las e capacitá-las adequadamente. Faz-se necessário reconhecer a família como sujeito ativo, de modo a estabelecer uma parceria de cuidados, o que abre espaço de escuta/partilha e a possibilidade de construção de redes de apoio social necessárias para o acompanhamento da condição de saúde.

Diante disso, destacamos que, mesmo possuindo uma boa rede social, muitos vínculos familiares e sociais podem estar fragilizados pela doença. Consideramos que os enfermeiros podem atuar no fortalecimento desses vínculos e da rede social, influenciando e sendo influenciados pela família do hipertenso, buscando conhecer a natureza das relações das pessoas envolvidas.

No estudo que efetuámos, não se verificou uma relação entre os domínios do MINICHAL e a dimensão atividade física e associativismo da EVF. Contudo, a adoção de um estilo de vida fisicamente ativo ao longo do ciclo de vida, tem sido valorizado e recomendado como forma de promoção de saúde, prevenção da obesidade, manutenção de uma boa saúde cardiovascular e de QVRS (World Health Organization, 2003).

A prática de atividade física regular, de intensidade moderada, tem um papel fundamental na saúde e no bem-estar (Haskell [*et al.*], 2007), desempenhando uma função importante na prevenção e reabilitação da doença coronária e redução de sintomas cardiovasculares (Agarwal, 2012). Contudo, a proporção de população adulta que atendam às recomendações de prática regular de atividade física tem diminuído ao longo do tempo (Roger [*et al.*], 2012).

No estudo de Magnabosco (2007), que avaliou a QVRS e a atividade física entre pessoas hipertensas, encontrou 82% de indivíduos sedentários. Já no estudo de Gasparotto [*et al.*], 2009), encontraram 15,9% de mulheres hipertensas sedentárias.

Silva (2014) identificou que as pessoas hipertensas classificadas como sedentárias, apresentaram pior QVRS no domínio manifestações somáticas, quando comparadas àquelas que praticavam atividade física. Por outro lado, Spinato, Monteiro e Santos (2010); Mian e Gasparino (2012); Bündchen ([*et al.*], 2010), evidenciaram associações estatisticamente significativas entre o domínio estado mental e atividade física, ou seja, pessoas ativas possuíam uma melhor percepção de QV pois sentiam que tinham adquirido hábitos de vida saudáveis e, como consequência, procuravam o controlo da sua patologia.

Na mesma linha de pensamento, Bardage e Isacson (2001) e Wang ([*et al.*], 2008) verificaram condicionantes à vida diária devido a problemas físicos e emocionais particularmente óbvios, indicando que a HTA possa estar associada com questões físicas e psíquicas, levando a limitações da vida diária e condicionando a capacidade laboral.

A comprovar estes factos, House, Robbins e Metzner (1982 *apud* Serra, 2002) verificaram uma relação inversa entre as interações, as atividades sociais e a taxa de mortalidade por DCV. Quanto menor o número de interações e de atividades sociais, maior se tornava a taxa de mortalidade.

De acordo com os achados do presente estudo, verificou-se uma associação significativa entre o domínio manifestações somáticas do MINICHAL e a dimensão nutrição da EVF: quanto melhor o estilo de vida associado à nutrição, melhor a percepção de QV.

A literatura aponta que um estilo alimentar saudável faz parte do tratamento não medicamentoso. O padrão alimentar DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) ou a dieta mediterrânea, rica em frutas, hortaliças, fibras, minerais e laticínios com baixo teor de gordura, tem um importante papel na redução da PA (Sacks [*et al.*], 2001). No estudo de Forman, Stampfer e Curhan (2009), foi evidenciado que a adesão a uma dieta saudável levou a uma redução de 14% do desenvolvimento de HTA.

Numa recente metanálise, na qual foi avaliada a magnitude da relação entre a adoção de uma dieta estilo DASH e as DCV, concluiu que este possui um efeito protetor quanto às DCV, à ICC e AVC (Salehi-Abargouei [*et al.*], 2013).

A industrialização e a urbanização podem colaborar igualmente com o aumento na prevalência da HTA, pois apesar de melhorarem a QV, o ritmo competitivo e acelerado do quotidiano provoca mudanças estruturais na dieta (aumento de calorias, sal, gordura), evicção de exercício físico, obesidade e aumento do tabagismo (Carvalho, 2010).

É porém, através das alterações alimentares não salubres, que se torna evidente a sua somatização patológica pois provoca efeito ao nível pressórico e cardiovascular, através do espessamento dos vasos sanguíneos e hipertrofia ventricular esquerda (Castro, Rolim e Maurício, 2005; Molina [*et al.*], 2003).

Torna-se necessário um acompanhamento nutricional adequado e monitorizado pela equipa multidisciplinar, visando o controlo ponderal, prevenção e/ou tratamento das

complicações cardiovasculares e, conseqüentemente, garantir uma melhor qualidade de vida, por meio da adoção de hábitos de vida saudáveis, incluindo os hábitos alimentares.

O tabagismo é considerado pela OMS a principal causa de morte evitável em todo o mundo. Apesar da redução do consumo de tabaco em países desenvolvidos, o tabagismo mundial aumentou, principalmente devido à prevalência do tabagismo em países em desenvolvimento (World Health Organization, 2008).

Nesta investigação, não podemos aferir os fumadores e não fumadores por não haver uma questão concreta nesse sentido. Contudo, na questão “fumo cigarros” da escala EVF, a resposta “não, no último ano” indicia os ex fumadores e “não, nos últimos 5 anos” poderá englobar os não fumadores e ex fumadores de longa data. Verificamos uma relação direta entre o estilo de vida menos salutar (tabagismo) e uma melhor percepção de QV, com influência ao nível somático.

Numa pesquisa realizada no Japão que avaliou por meio da escala SF-36 a QVRS entre fumadores e não fumadores, verificou-se que não houve relação estatisticamente significativa. Isto sugere que tal resultado se deva ao facto da alta prevalência do tabagismo no país, o que conduz o fumador a ser menos sensível à deterioração sub clínica do seu estado de saúde (Funahashi, 2011). Estudos brasileiros que avaliaram a associação entre fatores de risco CV e uma menor QVRS com a instrumentalização do MINICHAL, não encontraram diferença estatística significativa entre fumadores e não fumadores (Melchioris [et al.], 2010; Carvalho [et al.], 2012; Silva, 2014).

Os comportamentos aditivos são também chamados de compulsivos, entendidos como hábitos ou atitudes repetitivas, que se apresentam de forma frequente e excessiva. Tais hábitos propiciam gratificação emocional, de modo que o indivíduo busca alívio da angústia através de substitutos que proporcionam satisfação. Como exemplos de comportamentos aditivos, podemos citar o uso abusivo do álcool e do fumo, que acarretam conseqüências negativas à saúde, como o agravamento no controlo da PA (Rente, 2005). Apesar de estudos epidemiológicos não apontarem associação direta entre o fumo e PA, esta mostra correlação estreita com a arteriosclerose que seria um fator agravante da doença hipertensiva. Para além do tabagismo comprometer a integridade dos vasos sanguíneos, a nicotina produz a liberação de catecolaminas, que aumentam a frequência cardíaca, a resistência periférica e, conseqüentemente, a PA. Portanto, os fumadores têm maior

probabilidade de apresentar formas malignas da doença hipertensiva, que acarretam incidências elevadas de morte súbita (*Idem*).

Ao contrário do tabagismo, o etilismo tem demonstrado íntima ligação com a HTA. O aumento das taxas de álcool no sangue eleva a PA de modo lento e progressivo, na proporção de 2 mmHg para cada 30 mL de álcool etílico ingeridos diariamente (*Ibidem*).

Nos estudos de Silva (2014); Silva, Petroski e Peres (2012), não houveram diferenças estatisticamente significativas em relação ao consumo de álcool e os domínios do MINICHAL. Ucan e Ovayolu (2010), avaliaram a QV com apoio do SF-36, com resultados semelhantes aos supra referidos.

Contudo, os dados neste estudo foram significativos, demonstrando que tanto o tabagismo como o etilismo fizeram ou fazem parte dos hábitos dos indivíduos da nossa amostra. Isto não é de se estranhar, pois o uso dessas substâncias é lícito. É, pois, fator preditivo de uma melhor QV ao nível do estado mental.

De acordo com Rose ([*et al.*], 2008), quando as pessoas com HTA consumidoras de álcool recebem aconselhamento sobre essa temática, a sua PA reduz de forma significativa. É importante compreender os aspetos culturais e psíquicos envolvidos nesse processo e não realizarmos juízos negativos de valores, que podem gerar efeitos negativos no cuidado da pessoa.

De acordo com os achados do presente estudo, verificou-se uma associação significativa entre os domínios manifestações somáticas e estado mental do MINICHAL e a dimensão sono e *stress* da EVF: quanto melhor o estilo de vida associado ao padrão de repouso e evicção de *stress*, melhor a percepção de QV.

Existe evidência de uma associação entre a duração do sono e uma série de problemas de saúde, incluindo a HTA. No estudo de Pereira (2009), foi evidenciado que dormir menos de 7 horas diárias associou-se a DCV e $\frac{3}{4}$ da amostra referiu padrão circadiano de PA *não dipper* (redução inferior a 10 % da PA noturna em relação ao valor diurno).

Num estudo prospetivo com jovens saudáveis, foi avaliada a relação entre o sono e a incidência de HTA. O sono de duração inferior ou igual a 5 horas por noite foi associado a um aumento significativo do risco de desenvolver HTA, em indivíduos com idades compreendidas entre 32 e 59 anos (Gangwisch, 2006) A privação de sono tem sido associada a um aumento da pressão arterial (PA) e à ativação do sistema nervoso simpático, assim como à exposição de *stress*, físico e psicológico, durante a

vigília. Foi ainda referida a promoção do apetite por sal e a supressão da excreção renal (Folkow, 2001).

Eguchi e colaboradores (2008) verificaram que o sono de curta duração (inferior a 7,5 horas) está associado a um risco aumentado de sofrer um evento CV, estando a combinação de sono de curta duração com padrão de PA noturna elevada associada a um valor preditivo superior para evento cardiovascular futuro. A associação da qualidade do sono com a PA foi estudada num grupo de adolescentes, no qual se verificou estar a pré-hipertensão (superior ou igual ao percentil 90 para idade, sexo e altura) associada a má qualidade do sono (Nobre [et al.], 2008).

Ford e Cooper-Patrick (2001), apresentam uma perspetiva epidemiológica entre perturbações do sono e alterações do humor e referem que os indivíduos com insónia ou má qualidade do sono podem estar em maior risco de depressão durante a vida.

Num trabalho de Verdecchia ([et al.], 1990), estudou-se o efeito das alterações da PA circadiana nos parâmetros ecocardiográficos de hipertrofia ventricular esquerda (HVE). Foram investigados 235 indivíduos hipertensos e não hipertensos, que realizaram MAPA e ecocardiograma, e verificou-se que o declínio da PA noturna se associava a uma massa ventricular esquerda menor. Este trabalho aponta também a redução da PA noturna sistólica e diastólica por mais de 10% como um fator que pode atrasar ou mesmo prevenir o desenvolvimento de HVE.

Embora o mecanismo para a diminuição da PA durante o sono não esteja completamente compreendido, sabe-se que existe uma ligação entre ambos, uma vez que, a privação de sono durante a noite faz com que não se verifiquem as variações normais da PA (com diminuição noturna tensional) e o início do sono está também associado com uma diminuição gradual da PA, que assim permanece até que o indivíduo acorda (Pickering, 1990).

Os processos fisiológicos são influenciados pelo *stress*, tornando-se credível que alguns fatores psicossociais constituem um risco para a saúde. Assim, deve-se considerar o *stress* como um mediador entre o psicossocial e o biológica mas também como uma manifestação “camaleão”, que se expressa através de correlatos cognitivos, emocionais, comportamentais, sociais e psicofisiológicos, ou seja, uma resposta inespecífica de tipo mental e/ou somática perante qualquer pressão percebida pelo organismo (Selve, 1993 *apud* Trigo, Silva, Rocha, 2005).

Há evidência científica da associação entre o *stress* psicológico e a mortalidade cardiovascular. Entre as circunstâncias significativas podem assinalar-se o isolamento

social, a depressão, um baixo estatuto socioeconómico, a presença de uma personalidade hostil e a falta de condições de trabalho (Knox, 2001).

Numa revisão de estudos efetuada por Bohus e Koolhaas (1993 *apud* Serra, 2002) os autores concluíram que as situações de *stress* crónico induzem uma vasoconstrição periférica que é mantida prolongadamente, levando ao espessamento do músculo liso periarterial e à perda da elasticidade. O *stress* intenso e prolongado determina um aumento da PA, aumento da agregação plaquetária que propicia fenómenos de bloqueio arteriolar, formação de aterosclerose e condições que facilitam o aparecimento de uma isquémia do miocárdio, aumento de glicocorticóides e de lípideos séricos, sobreatividade simpática que pode dar origem a fenómenos de necrose e fibrose do miocárdio, maior consumo de vitaminas C e do Complexo B, aumento da glicémia, dos ácidos gordos livres, das lipoproteínas, dos triglicerídeos e do colesterol (Serra, 2002).

De acordo com Bohus e Koolhaas (1993 *apud* Serra, 2002) o impacto de emoções fortes, que ocorrem durante o *stress*, sobre o sistema nervoso vegetativo, revela que se podem constituir como precursores importantes de disritmias cardíacas e morte súbita, de tipo coronário ou não coronário. Numa revisão de trabalhos efetuada por Niaura e Goldstein (1995 *apud* Serra, 2002) os autores verificaram que há atualmente uma evidência substancial que comprova a existência de relação entre morte súbita, arritmias cardíacas e situações agudas de *stress*.

Segundo Epstein e Oster (1984 *apud* Serra, 2002) 2 em cerca de 85 % dos casos de HTA não se deteta nenhuma causa orgânica, correspondendo ao que habitualmente é designado por hipertensão essencial. Neste tipo de hipertensão o *stress* tem uma relevância acentuada. Segundo Turner (1994 *apud* Serra, 2002), quanto maior é a reatividade cardiovascular que um indivíduo manifesta numa ocorrência indutora de *stress*, maior a probabilidade de vir a desenvolver posteriormente HTA.

Recentemente urge a necessidade de determinar o papel desempenhado pelos fatores psicossociais e biológicos na eclosão das doenças físicas crónicas e agudas, identificando características preditoras úteis na prevenção e tratamento. Surge então a psicocardiologia, que articula os saberes das ciências biomédicas e psicossociais, tendo como objetivo estudar as relações entre as características psicológicas, a personalidade, os padrões e estilos comportamentais, o meio social e as DCV (Trigo, Silva, Rocha, 2005).

De acordo com os achados do presente estudo, não se verificou uma associação significativa entre os domínios do MINICHAL e a dimensão trabalho e tipo de personalidade da EVF.

Sob este ponto de vista são de salientar os estudos de Friedman e Rosenman (1959 *apud* Serra, 2002) que alertaram para o facto de que haverem indivíduos que, pela sua maneira de ser, têm 7 a 10 vezes maior probabilidade de desenvolverem DCV. Apelidaram-nos como tendo uma personalidade de tipo A, caracterizando-se por serem altamente competitivos, andarem constantemente motivados para atingirem objetivos seleccionados por si e revelarem um desejo forte de serem reconhecidos e de obterem prestígio.

Suls e Swain (1998 *apud* Serra, 2002) mencionam, contudo, que os trabalhos de meta-análise que se têm vindo a realizar sobre a relação do comportamento de tipo A e a DCV revelam existir uma correlação fraca entre causa e efeito. Em contraposição, tem sido comprovado que a faceta de hostilidade que transparece neste tipo de pessoas tem grande importância como factor preditor. Lovallo (1997 *apud* Serra, 2002) menciona que as pessoas hostis tendem a avaliar muitas das situações sociais de uma forma negativa, produzem nos outros sentimentos de hostilidade e tendem a desenvolver respostas fisiológicas exageradas quando se encontram em *stress*. Mittleman ([et al.], 1995 *apud* Serra, 2002) mencionam que, após uma explosão de cólera, um indivíduo tem um risco duas vezes superior ao normal de ter um EAM e esse mantém-se por mais duas horas depois do incidente se ter verificado.

Stephoe (1993 *apud* Serra, 2002) refere que as pessoas pouco auto-afirmativas, que tendem a suprimir as suas emoções negativas nas alturas em que devem expressá-las, estão mais predispostas do que as outras a desenvolverem HTA.

Russeck e Zohman (1958 *apud* Serra, 2002), compararam doentes com patologia coronária com indivíduos saudáveis, dos 25 aos 40 anos. Verificaram que 91% dos elementos estiveram expostos a *stress* prolongado relacionado com condicionalismos profissionais, dos quais 60% com aumento da carga horária laboral e 20% com referência a frustração, descontentamento e insegurança em relação ao trabalho.

Karasek e colaboradores (1982 *apud* Serra, 2002), mencionaram que os indivíduos com risco mais elevado de apresentarem DCV desempenhavam profissões que se caracterizavam por um elevado nível de exigência e parca latitude de decisão. Este facto é igualmente sublinhado por LaCroix e Haynes (1986 *apud* Serra, 2002) e Theorell ([et al.], 1991 *apud* Serra, 2002) acrescenta que estes factores têm influência na PA.

Conquanto, há um factor que se reconhece ter importância relativamente a este aspeto: o apoio social. Johnson e Hall (1988 *apud* Serra, 2002) verificaram que nas ocupações profissionais geradoras de grande tensão emocional, a diferenciação de risco baseia-se no apoio dos colaboradores, dos pares. Em condições idênticas de tensão psicológica as pessoas que trabalham isoladamente tornam-se particularmente vulneráveis.

Marmot e Theorell (1988 *apud* Serra, 2002) sugerem que a interrelação entre o apoio social e as condições psicossociais de trabalho são em parte responsáveis pelas variações na DCV observadas em diferentes estratos sociais. De relevância, a constatação que a perceção da QV parece ser fortemente determinada por fatores de ordem socioeconómica, uma vez que a doença crónica interrompe ou dificulta a inserção no processo produtivo, diminuindo as possibilidades de acesso aos bens de consumo.

Nesta investigação, verificámos uma relação direta entre a dimensão introspeção e o domínio estado mental do MINICHAL, isto é, quanto mais o indivíduo avaliar positivamente a sua visão perante a vida, melhor a sua perceção de QV.

Estudos sobre os aspetos psicológicos da HTA evidenciam que a dificuldade de expressar os sentimentos hostis contribui para gerar o quadro clínico da doença. Assim, o *stress* e a ansiedade são aspetos emocionais que podem induzir estilos de vida com a qualidade de saúde comprometida, como no caso da HTA e comorbilidades (Sparrenberger, 2004).

Péres, Magna e Viana (2003) verificaram que os hipertensos enfatizam a questão emocional como fator que dificulta o controlo da PA.. Porém, quando interrogados sobre o que poderiam fazer para controlar os valores, apenas 30% das respostas se referiram ao domínio dos estados emocionais. Desta forma, estes indivíduos parecem ausentar-se da responsabilidade de buscar o controlo da sua patologia, já que atribuem aos outros a responsabilidade pelo seu estado emocionais, mantendo a crença de que não podem fazer nada para mudar a sua condição clínica.

No estudo de Teixeira ([*et al.*], 2006), no qual se indagou a influência do estado emocional na PA, 81% dos sujeitos responderam que existia influência, 10% acharam que às vezes ele poderia influenciar e 9% acreditaram não existir influência. Esses dados evidenciaram o quanto o estado emocional é importante no bem-estar do sujeito. Perante emoções fortes, o indivíduo desencadeia inúmeras reações somáticas e comportamentais, como, por exemplo, as alterações cardiovasculares. Em razão disso, os sintomas cardíacos podem configurar-se como reflexo ou expressão de

fortes tendências agressivas ou reprimidas. Exemplificando, os sentimentos de hostilidade intensa possibilitam a elevação da PA; a constante tensão e contenção de emoções, que são mecanismos adaptativos distorcidos, podem manter a HTA prolongada, de maneira a dificultar o seu controlo.

As pessoas com doença crónica passam também a experimentar diferentes sentimentos e comportamentos decorrentes de alterações na capacidade física, na auto-estima e na imagem corporal, nas relações com outras pessoas e na realização das atividades de vida diária.

Outro aspeto significativo relacionado à vida emocional do sujeito se refere à atividade sexual. Este estudo revelou relação significativa em comportamentos de saúde e sexuais adequados com uma boa perceção de QV.

Sabe-se atualmente, por meio do conhecimento da psicologia e da sexologia, que, quando o sujeito se encontra ajustado na sua vida sexual, ocorre um reflexo expressivo em bem-estar. Muitos problemas psicossomáticos são gerados por bloqueios da energia sexual (Reich, 1998 *apud* Teixeira, [et al.], 2006). Desse modo, é importante que nós profissionais de saúde estejamos atentos a essa dimensão da vida do sujeito, desenvolvendo conhecimentos e encaminhando-os para os profissionais especializados nesta temática.

Portanto, é necessário compreender a dimensão psíquica no cuidado, pois as ações terapêuticas não requerem somente administração de medicamentos e ações prescritivas. Nesse sentido, o estudo da psicossomática contribui para o processo da dinamização e efetivação do cuidado de enfermagem, levando em consideração os aspetos emocionais do indivíduo, que abarcam sua condição de saúde e doença.

Desse modo, existe uma relação entre o cuidado na saúde e o estilo de vida. Todavia, é necessário compreender o estilo de vida levando em consideração o contexto social e os aspetos subjetivos, de modo a favorecer uma atitude crítica e sensível nas práticas de saúde (Teixeira, 2004).

Entende-se que os aspetos emocionais motivam a mudança, pois envolve o desejo e a satisfação pela vida. Os problemas mentais e a presença de poucas atividades estimulantes indicam um comprometimento da perceção da QV, coadjuvante às condições do contexto social, gerador de contradições. Por sua vez, o surgimento da doença expressa os efeitos de conflitos, que se manifestam na realidade biofísica do sujeito.

É impreterível entender os estilos de vida da pessoa como formas adaptativas perante os problemas do ciclo vital. Neste sentido, a mudança não passa por um processo linear e impositivo de condutas, mas por uma atitude compreensiva, afetiva e efetiva nos cuidados com a saúde. O enfermeiro tem uma participação relevante nesse processo, como elemento facilitador da mudança de comportamento da pessoa, baseada num modelo de promoção e prevenção em saúde, identificando comportamentos de risco e implementando práticas de cuidados apropriadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS/CONCLUSÕES:

A qualidade de vida é uma concepção subjetiva que sofre influência de inúmeros fatores próprios da existência humana, sendo que a qualidade de vida relacionada com a saúde procura delimitar esses fatores para aqueles mais diretamente ligados à condição física, psíquica e social do indivíduo. Assim, a medida da qualidade de vida em pessoas com hipertensão, a partir do MINICHAL, corresponde a uma tentativa de avaliação dos principais fatores ligados à condição clínica que podem influenciar a sensação de bem-estar, permitindo orientar as intervenções de saúde para aspetos que possam impactar positivamente a qualidade de vida.

O processo de tradução e validação de um instrumento na área da saúde requer um grande esforço. É necessário não somente adaptar o instrumento do ponto de vista conceitual e cultural como aproximá-lo da realidade da população alvo. Contudo, a avaliação dos utentes constitui um constructo complexo, relativo e multidimensional. Apesar de se encontrarem na literatura portuguesa outros questionários da avaliação da qualidade de vida, o MINICHAL foi utilizado no presente estudo por se tratar de um instrumento específico de linguagem simples, com tempo de aplicação viável e específico para a população hipertensa.

Tendo em consideração o objetivo de validação e adaptação do MINICHAL para a língua portuguesa, podemos concluir que as suas capacidades psicométricas iniciais comprovam a adequada aplicação, demonstrando que a estrutura fatorial possui índices aceitáveis de fiabilidade e validade.

Esta investigação, para além de ter permitido adaptar e validar um questionário, possibilitou averiguar e analisar a perceção da qualidade de vida relacionada com o estilo de vida, chegando-se às seguintes conclusões: a perceção da qualidade de vida é influenciada positivamente com estilos de vida salutarés nomeadamente nas dimensões relacionadas com o apoio social (família e amigos), repouso e evicção de *stress*, análise positiva sobre si e sobre a sua vida (introspeção) e comportamentos de saúde e sexuais responsáveis.

Por outro lado, evidenciámos que o tabagismo e o consumo de álcool tiveram uma relação direta com a perceção da qualidade de vida, ou seja, indivíduos com referência a consumo de substâncias referiram melhor perceção de qualidade de vida.

Esta ocorrência pode ser sugerida pelo facto de que tais hábitos propiciam gratificação emocional, de modo que o indivíduo busca alívio da angústia através de substitutos que proporcionam satisfação.

Reforçamos uma vez mais que os resultados do presente estudo apoiam a hipótese de que o estilo de vida, avaliado na nossa investigação por um inventário de comportamentos de saúde e de risco pela EVF, é uma variável de saúde com elevada relevância na percepção da QV da pessoa hipertensa.

A interpretação destes resultados, e uma vez que a população estudada se insere numa consulta de hipertensão onde os utentes têm a sua situação clínica monitorizada e, dado que estes apresentam globalmente uma boa percepção de qualidade de vida e estilos de vida adequados, leva-nos a considerar que tal facto se pode dever precisamente à especificidade do acompanhamento efetuado pela equipa multidisciplinar. Pelas razões expostas, justifica-se a intervenção intencional ao longo de todo o percurso patológico, visando a promoção da saúde, sendo um investimento a curto, médio e longo prazo.

O presente estudo poderá apresentar algumas implicações nas diferentes áreas de atuação de enfermagem. Do exposto, ressaltamos sucintamente alguns aspetos que elegemos como primordiais na abordagem à pessoa hipertensa:

- destacar o papel dinâmico e participativo da pessoa em situação de doença crónica no seu processo de gestão de cuidados de saúde, trabalhando os aspetos cognitivos e psicossociais;
- priorizar e privilegiar programas educativos compreensivos de prevenção dos estilos de vida de risco, simples, concretos e bem adaptados às situações reais, e tendo por objetivo a construção de conceitos, de atitudes e de comportamentos saudáveis;
- estabelecer uma adequada comunicação e interação entre utentes e profissionais de saúde, dando ênfase ao diálogo, à interação e à reflexão;
- refletir acerca dos fatores condicionantes da qualidade de vida que influenciem de forma somática e mental a sua percepção;
- envolver a família, conviventes significativos, comunidade para a problemática da hipertensão arterial e integrá-los no processo de cuidar de forma pro ativa.

Apesar dos resultados deste estudo, estamos cientes das suas limitações. Uma das principais é a inexperiência da investigadora na realização da investigação. Realçamos ainda que o MINICHAL é pouco estudado e possui apenas duas validações realizadas (espanhola e brasileira). Além disso, nos estudos conhecidos

foram aplicados diferentes metodologias de investigação, o que dificulta a sua análise e comparação. Sugerimos a sua utilização em estudos e projetos, de forma a continuar a avaliação das propriedades psicométricas da escala supra referida.

A investigação em enfermagem médico-cirúrgica, contribui grandemente para a cogitação da ação na perspetiva de cuidar, permitindo ao investigador a compreensão e avaliação das situações humanas, na sua singularidade e complexidade.

Posto isto, a divulgação da evidência científica emanada urge no sentido de fomentação de futuras investigações, da evolução da enfermagem como ciência e da melhoria da prestação dos cuidados à pessoa hipertensa.

BIBLIOGRAFIA:

ABREU-LIMA, C. – Avaliação do risco cardiovascular no indivíduo. Revista Factores de Risco. 2:4 (2007), p.14-24.

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO, IP - **Perfil de saúde da região centro**. [s.n.]: Ministério da Saúde, 2010.

AGARWAL, S. – Cardiovascular benefits of exercise. International Journal of General Medicine. 5:1 (2012), p.541-545.

AÑEZ, C.; REIS, R.; PETROSKI, E. - Versão Brasileira do Questionário “Estilo de Vida Fantástico”: tradução e validação para adultos jovens. Arq Bras Cardiologia. 91:2 (2008), p.102-109.

APPEL, L. [et al].- Effects of comprehensive lifestyle modification on blood pressure control: main results of the PREMIER clinical trial. JAMA. 289:16 (2003), p.2083-2094.

ARBEX, F.S. – **Avaliação da qualidade de vida em adultos e idosos hipertensos que utilizam medicação anti-hipertensiva**. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas/Universidade Estadual de campinas, 2009.

ARÉVALO, M. [et al.] – Efectos benéficos de la modificación del estilo de vida en la presión arterial y la calidad de vida en pacientes com hipertensión. Acta Colombiana de Psicología. 14:05 (2006), p. 69-85.

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. 121:16 (2008), p.1524-1531.

AYDEMIR, O.; OZDEMIR, C.; KOROGLU, E. – The impact of co-morbid conditions on the SF-36: a primary-case-based study among hypertensives. Archives of Medical Research. 36:2 (2005), p.136-141.

BADÍA, X. [et al.] - Relation between clinical and therapeutic variables and quality of life in hypertension. Journal Hypertension. 19 (2001), p.913-1919.

BALLONE, G.J. – **Da emoção à lesão: um guia de medicina psicossomática; os feitos orgânicos causados pelas emoções e vice-versa**. [s.n.]: PsiqWeb, 2007.

BANEGAS, J. R. [et al.] - Association between awareness, treatment, and control of hypertension, and quality of life among older adults in Spain. American Journal Hypertense. 19 (2006), p.686-93.

BARBOSA, R.; LIMA, C. - Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e mundo. Revista Brasileira de Hipertensão. 13:1 (2006), p.35-38.

BARCELLOS, C. [et al.] - Organização Espacial, Saúde e Qualidade de Vida: Análise Espacial e Uso de Indicadores na Avaliação de Situações de Saúde. Informe Epidemiológico do SUS. 11:3 (2002), p.129-138.

BARDAGE, C.; ISACSON, D. - Hypertension and health-related quality of life: an epidemiological study in Sweden. Journal of Clinical Epidemiology. 54 (2001), p.172–181.

BEATON, D. [et al.] – Guidelines for the process of crosscultural adaptation of self-report measures. Spine. 25:24 (2000), p.3186-3191.

BECKETT, N. [et al.] – Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. New England Journal of Medicine. 358:18 (2008), p.1887-1898.

BÉDARD, M. [et al.] - Assessing reproducibility of data obtained with instruments based on continuous measurements. Experimental Aging Research. 26:4 (2000), p.353-365.

BERNARDO, A. [et al.] – Associação entre atividade física e fatores de risco cardiovasculares em indivíduos de um programa de reabilitação cardíaca. Revista Brasileira de Medicina do Esporte.19:4 (2013), p.231-235.

BEZERRA, S; VEIGA, E. – Quality of life among people with hypertension served in units of family health strategies. Journal of Nursing UFPE. 7:12 (2013), p.7055-7063.

BOCCHI, S.; ANGELO, M. - Between freedom and reclusion: social support as a quality-of-life component in the family caregiver-dependent person binomial. Rev Latino-Am Enfermagem. 16:1 (2008), p.15-23.

BOSWORTH, H. [et al.] – **Social Support and Quality of Life in patients with coronary artery disease**. [s.n.]: Kluwer Academic Publishers, 2000.

BRITO, D. [et al.] - Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. Caderno Saúde Pública. 24:4 (2008), p.933-940.

BROWN, T. – **Confirmatory factor analysis for applied research**. The Guilford Press: New York, 2006. ISBN 978-1-59385-274-0.

BÜNDCHEN, D. [et al.] – Qualidade de vida de hipertensos em tratamento ambulatorial e em programas de exercício físico. Revista Brasileira de Cardiologia. 23:6 (2010), p.344-350.

CAÇÃO, R. – [em linha] (2010) [consult. 4 nov. 2014] Disponível em [www:<url:http://pt.slideshare.net/rosariocacao/testesparametricosenaoparametricos3396639>](http://pt.slideshare.net/rosariocacao/testesparametricosenaoparametricos3396639).

CANADIAN SOCIETY FOR EXERCISE PHYSIOLOGY - **The Canadian Physical Activity, Fitness and Lifestyle Appraisal: CSEP's guide to health active living**. 2nd ed. Ottawa: CSEF, 2003.

CAPPUCCIO, F. [et al.] – **Application of Framingham risk estimates to ethnic minorities in United Kingdom and implications for primary prevention of heart disease in general practice: cross sectional population based study**. Vol. 325. London: BMJ, 2002.

CARRILHO, M.; PATRÍCIO, L. – A situação demográfica recente em Portugal. Revista dos Estudos Demográficos. 46:4 (2008), p.61-107.

CARVALHO, M. [et al.] – Qualidade de vida de pacientes hipertensos e comparação entre dois instrumentos de medida de QVRS. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 98:5 (2012), p.442-451.

CASTRO; M.; ROLIM, M.; MAURICIO,T. - Prevenção da hipertensão e sua relação com o estilo de vida de trabalhadores. *Acta Paul Enfermagem*. 2:18 (2005), p.184-189.

CATARINO, J. – **Qualidade de Vida relacionada com o VIH**. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra: Coimbra, 2010. Dissertação de mestrado em Gestão e Economia da Saúde.

CAVALCANTE, M. [et al.] – Qualidade de vida de pacientes hipertensos em tratamento ambulatorial. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 89:4 (2007), p.245-250.

CESARINO, C. [et al.] – Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 91:1 (2008), p.31 -35.

COELHO, R. – Qualidade de Vida. Arquivos de Medicina. 16.4/5/6 (2002). ISSN 0871-3413.

COHEN, J. - Adverse drug effects, compliance and initial doses of antihypertensive drugs recommended by the Joint National Committee vs the Physician's Desk Reference. Archives of Internal Medicine. 161:6 (2001), p.880-885.

CORTEZ- DIAS, N. [et al.] – Association of metabolic risk factors with uncontrolled hypertension: comparison of the several definitions of metabolic syndrome. Journal of Hypertension. 31:10 (2013), p.1991-1997.

CORTEZ-DIAS, N. [et al.] - Prevalência e Padrões de tratamento da Hipertensão arterial nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: resultados do estudo ValSIM. Revista Portuguesa de Cardiologia. 28:5 (2009), p.499-523.

COSTA, E.; KLEIN, C. – Meio urbano e doenças cardiovasculares. Caderno de Saúde Pública. 1:3 (1985), p.23-34.

D'HAINAUT - **Conceitos e Métodos de Estatística**. 1º vol. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1990.

DECINA, P.; MCGREGOR, M.; HAGINO, C. - Lifestyle analysis: a comparative study between freshman, second and fourth year chiropractic students. The Journal of the CCA. 34:2 (1990), p.69-81.

DIAS, N. [et al.] – Prevalência e padrões de tratamento da hipertensão arterial nos cuidados de saúde primários em Portugal: resultado do estudo Valsim. Revista Portuguesa de Cardiologia. 28:5 (2009), p.499-523.

DIEHL, A. - **Pesquisa em ciências sociais aplicadas: métodos e técnicas**. São Paulo: Prentice Hall, 2004.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE - Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida**. Lisboa: [s.n.], 2003.

EGUCHI, K. [et al.] - Short Sleep Duration as an Independent Predictor of Cardiovascular Events in Japanese Patients With Hypertension. Arch Intern Med. 168:20 (2008), p.2225-2231.

ERCI, B. [et al.]- The effectiveness of Watson's caring model on the quality of life and blood pressure of patients with Hypertension. Journal of Advanced Nursing. 41:2 (2003), p.130-139.

ERICKSON, S.; WILLIAMS, C.; GRUPPEN, L. - Perceived symptoms and health-related quality of life reported by uncomplicated hypertensive patients compared to normal controls. Journal of Human Hypertension. 15:8 (2001), p.539-548.

ERICKSON, S.R.; WILLIAMS, B.; GRUPPEN, L. - Relationship between symptoms and health-related quality of life in patients treated for hypertension. Pharmacotherapy. 24 (2004), p. 344-350.

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO - Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida. **Saúde e Qualidade de Vida em Análise**. IV Congresso Saúde e Qualidade de Vida: Livro de Atas. ISBN: 978-989-96103-0-9. Porto: ESEP, 2009.

EUROACTION STUDY GROUP – Nurse-coordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention programme (EUROACTION) for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: a paired, cluster-randomised controlled trial. Lancet. 371 (2008), p.1999-2012.

EUROPEAN HEART NETWORK & EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY – **European cardiovascular disease statistics**. Brussels: European Heart Network AISBL, 2012. ISBN 978-2-9537898-1-2.

FAQUINELLO, P.; MARCONI, S.; WAIDMANNI, M. - A rede social como estratégia de apoio à saúde do hipertenso. Rev Bras Enferm. 64:5 (2011), p.849-856.

FAVA, S. – **Os significados da experiência da doença e do tratamento para a pessoa com hipertensão arterial e o contexto o sistema de cuidado à saúde: um estudo etnográfico**. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto: [s.n.], 2012. Dissertação de Doutorado.

FAYERS, P.; MACHIN, D. – **Quality of life: the assessment, analysis and interpretation of patient report outcomes**. 2nd ed. New York: Wiley, 2007. ISBN 13978-0-470-02450-8.

FERNANDEZ, F. [et al.] - Is there an association between physical exercise and the quality of life of hypertensive patients? Scand J Med Sci Sports. 17 (2007), p.348–355.

FERRIE, J. [et al.] – Future uncertainty and socioeconomic inequalities in health: the Whitehall II study. Social Science & Medicine. 57:4 (2003), p.637-646.

FILHO, D.; JÚNIOR, J. – Visão além do alcance: uma introdução à análise factorial. Opinião Pública. 16:1 (2010), p.160-185.

FLECK, M.; [et al.] -Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). Revista Brasileira Psiquiatria. 21:1 (1999), p.19-28.

FLEISHMAN, J.; LAWRENCE, W. – Demographic variation in SF-12 scores: true differences or differential item functioning? Medical Care. 41:7 (2003), p.75-86.

FOGARI, R.; ZOPPI, A. - Effect of antihypertensive agents on quality of life in the elderly. Drugs Aging. 21:6 (2004), p.377-393.

- FOLKOW, B. - Mental stress and its importance for cardiovascular disorders; physiological aspects, "from-mice-to-man". Scand Cardiovasc J. 35 (2001), p.163–172.
- FONE, D. [et al.] – Does social cohesion modify the association between area income deprivation and mental health? A multilevel analysis. International Journal of Epidemiology. 36:2 (2007), p.338-345.
- FONTES, R. – **Promoção de estilos de vida saudáveis nas crianças e adolescentes: Estudo do impacte de um projecto de intervenção.** Instituto de Ciência Biomédicas Abel Salazar/Universidade do Porto: [s.n.], 2007. Dissertação de mestrado em Ciências de Enfermagem.
- FORD, D.; COOPER-PATRICK, L. - Sleep Disturbances and Mood Disorders. Depress and Anxiety. 14 (2001), p.3–6.
- FORMAN, J.; STAMPFER, M.; CURHAN, G. – Diet and lifestyle risk factors associated with incident hypertension in women. JAMA. 302:4 (2009), p.401-411.
- FORTIN, M. F. - **O processo de investigação.** Coimbra: Lusociência, 1999.
- FURTADO, C.; PINTO, M. - **Observatório do Medicamento e Produtos de Saúde: Análise da Evolução da Utilização dos Anti - Hipertensores em Portugal Continental entre 1999 e 2003.** [s.n.]: Direcção de Economia do Medicamento e Produtos de Saúde, 2005.
- GANGWISCH, J. [et al.] - Short sleep duration as a risk factor for hypertension: analyses of the first National Health and Nutrition Examination Survey. Hypertension. 5 (2006), p.833-839.
- GASPAROTTO, G. [et al] – Physical activity and anthropometric indicators related to hypertension in women. Fitness & Performance Journal. 8:5 (2009), p.322-328.
- GONÇALVES, J. – **Qualidade de vida dos doentes oncológicos submetidos a cirurgia, satisfação com os cuidados e informação recebida durante o internamento.** Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra: Coimbra, 2010. Dissertação de mestrado em Gestão e Economia da Saúde.
- GOTTLIEB, D [et al.] – Prospective study of obstructive sleep apnea and incidente coronary disease and heart failure. Journal of The American Heart Association. (2010), p.352-360.
- GUS, I. [et al.] – Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no Estado do Rio Grande do Sul. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 83:5 (2004), p.424-428.

GUSMÃO, J.; PIERIN, A. – Instrumento de avaliação da qualidade de vida para hipertensos de Bulpitt e Fletcher. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 43 (2009), p.1034-1043.

GUSMÃO, L.; MION, D. - Adesão ao tratamento: conceitos. Revista Brasileira de Hipertensão. 13:1 (2006), p.23-25.

GUTIÉRREZ, J. - Tratamiento de la Hipertensión Arterial: cambio de estilo de vida. Colombia Médica. 32 (2001), p.83-86.

HAIR, F. [et al.] – **Análise multivariada de dados**. Bookman: São Paulo, 2006. ISBN 0-13-017706-7.

HANDLER, J. – Quality of life and antihypertensive drug therapy. Journal of Clinical Hypertension (Greenwich). 7:5 (2005), p.274-285.

HASKELL, W. [et al.] – Pshysical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. Circulation. 116:9 (2007), p.1081-1093.

HELMAN, C. G. - **Culture, Health and Illness**. 4th ed. London: Arnold, 2001.

HENRIQUES, F. – **Paraplegia: percursos de adaptação e qualidade de vida**. Coimbra: Edições Sinais Vitais, 2004. ISBN 972-8485-39-5.

HERCULANO, S. - A qualidade de vida e os seus indicadores *in* **Qualidade de Vida e Riscos Ambientais**. Niterói: Eduff, 2000.

HYMANN, H. - **Planejamento e análise da pesquisa: princípios, casos e processos**. Rio de Janeiro: Lidor, 1967.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA DR. RICARDO JORGE - **Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006**. Lisboa: [s.n.], 2009.

JAYASINGHE, U. [et al.] – Quality of life of Australian chronically-ill adults: patient and practice characteristics matter. Health and Quality of Life Outcomes. 7:50 (2009), p.1-11.

KAPLAN, N. [et al.] - **Cardiovascular risk of hypertension**. [s.n.]: UpToDate, 2010.

KEDZIORA-KORNATOWSKA, K.; MUSZALIK, M. - **Compendium of Nursing Elderly Patients**. Czelej: Lublin, 2007.

KIRAN, V.U. [et al.] - Effect of losartan and ramipril on oxidative stress and anti-oxidant status in South Indian hypertensive patients. Int. J. Pharmacol. 6 (2010), p.916-920.

KJELLGREN, K. [et al.] – Perceived symptoms amongst hypertensive patients in routine clinical practice – a population – based study. Journal of Internal Medicine. 244:4 (1998), p.325-332.

KORHONEN, P. [et al.] – Health-related quality of life and awareness of hypertension. Journal of Hypertension. 29:11 (2011), p.2070-2074.

KROUSEL-WOOD, M. [et al.] – Medication adherence: a key factor in achieving blood pressure control and good clinical outcomes in hypertensive patients. Current Opinion in Cardiology. 19:4 (2004), p.357-362.

LAM, C.; LAUDER, J. - The impact of chronic diseases on the health-related quality of life (HRQOL) of Chinese patients in primary care. Family Practice. 17:2 (2000), p.159-166.

LAWRENCE, W. [et al.] - Health status and hypertension: a population-based study. Journal of Clinical Epidemiology. 49:11 (1996), p.1239-1245.

LEAL, C. – **Reavaliar o conceito de qualidade de vida**. Universidade dos Açores: 2008.

LI, W. [et al.] – Hypertension and health-related quality of life: na epidemiological study in patients attending hospital clinics in China. Journal of Hypertension. 23:9 (2005), p.1667-1676.

LIMA, E.; NETO, E. – Hipertensão arterial: aspetos comportamentais – estresse e migração. Rev Bras Hipert. 17:4 (2010), p.210-225.

LITHELL, H. [et al.] – The study on cognition and prognosis in the elderly (SCOPE): principal results of a randomized double-blind intervention trial. Journal of Hypertension. 21:4 (2003), p.875-886.

LOLIO, C. – Epidemiologia da hipertensão arterial. Revista de Saúde Pública. 24:5 (1990), p.425-432.

LOPES, M. [et al.] - O autocuidado em indivíduos com hipertensão arterial: um estudo bibliográfico. Revista Eletrónica Enfermagem. 10:1(2008), p.198-211.

LOPES, M.; MARCON, S. - A hipertensão arterial e a família: a necessidade do cuidado familiar. Rev. Esc. Enfermagem USP. 43:2 (2009), p.343-350.

LOUREIRO, H. – **Epistemologia da investigação em enfermagem: Parte I**. Apontamentos. Coimbra: ESEnfC, 2013.

LOUREIRO, L. – **Análise de dados**. Apontamentos. Coimbra: ESEnfC, 2013.

LOUREIRO, L. [et al.] – **Epistemologia da Investigação: fichas de sistematização do estudo**. Apontamentos. Coimbra: ESEnfC, 2012.

LOUREIRO, L. [et al.] – **Metodologia de Investigação: fichas de sistematização do estudo**. Apontamentos. Coimbra: ESEnfC, 2012.

MAATOUK, I. [et al.] – Longitudinal predictors of health-related quality of life in middle-aged and older adults with hypertension: results of a population-based study. Journal of Hypertension. 30:7 (2012), p.1364-1372.

MACEDO, M [et al.] – Prevalência, conhecimento, tratamento e controlo da hipertensão em Portugal: estudo PAP. Revista Portuguesa Cardiologia. 26:1 (2007), p.21-39.

MAGNABOSCO, P. – **Qualidade de vida relacionada à saúde entre hipertensos participantes de um grupo de convivência**. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto: [s.n.], 2007. Dissertação de Mestrado.

MALDONADO, J. – Os desafios da inconsistência no tratamento da hipertensão arterial: resumo das conferências. Revista Portuguesa de Hipertensão e Riscos Cardiovasculares. 33 (2013), p.18. ISSN 1646-8287.

MANCIA, G.[et al.] 2007 - Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: the task force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). Journal of Hypertension. 25:6 (2007), p.1105-87.

MAROCO, J. - **Análise Estatística com Utilização do SPSS**. 2ª ed. Lisboa: Sílabo, 2003.

MARTINS, I. [et al.] – Hipertensão em segmentos sociais pauperizados da região do vale do Paraíba São Paulo. Ciência & Saúde Coletiva. 13:2 (2008),p.477-486.

MARTINS, M. – **Determinantes na Qualidade de Vida do diabético**. Universidade Católica Portuguesa: Viseu, 2009. Dissertação de mestrado em Gestão, especialização em Gestão e Administração de Unidades de Saúde.

MARTINS,T. – **Acidente vascular cerebral: qualidade e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores**. Coimbra: Formasau, 2006.

MATOS, M. – **Impacto da doença e do transplante hepático na qualidade de vida do doente com cirrose**. Universidade Aberta: Lisboa, 2007. Dissertação de mestrado em Comunicação em Saúde.

- MCDONALD, J. – **Handbook of biological statistics**. 3rd ed. Baltimore: Sparky House Publishing, 2014.
- MELCHORS, A. [et al.] - Qualidade de Vida em Pacientes Hipertensos e Validade Concorrente do Minichal-Brasil. Arq Bras Cardiol. 94:3 (2010), p.357-364.
- MENDES, D; SILVA, P. – Abordagem nutricional e dietética na prevenção e tratamento da hipertensão arterial. Revista Factores de Risco. 32 (2014), p.51-63.
- MIAN, N.; GASPARINO, R. – Qualidade de vida de hipertensos em tratamento ambulatorial. Cogitare em Enfermagem. 17:3 (2012), p.519-552.
- MINAYO, M.; HARTZ, Z.; BUSS, P. - Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Ciências Saúde Colet. 5:1 (2000), p.7-18.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Despacho n.º 1916/2004. Diário da Republica – II Série.1492-1495.
- MIRANZI, S. [et al.] – Qualidade de Vida de Indivíduos com Diabetes Mellitus e Hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. Contexto Enferm. 17:4 (2008), p.672-679.
- MOLINA, M. [et al.] - Hipertensão e consumo de sal. Revista Saúde Pública. 6:37 (2003), p.743-750.
- MOROCO, J. – **Análise estatística, com utilização do SPSS**. Lisboa: Edições Silabo, 2003.
- NGUYEN, T.; LAU, D. – The obesity epidemic and its impact on hypertension. Canadian Journal of Cardiology. 28:3 (2012), p.326-333.
- NOBRE, A. [et al.] - A utilização da monitorização ambulatória da pressão arterial em cuidados de saúde primários. Rev Port Clin Geral. 24 (2008), p.387-390.
- NORMA DA DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE nº05/2013. **Avaliação do Risco Cardiovascular SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation)**. (19/03/2013) 1-13.
- NORMA DA DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE nº20/2011. **Hipertensão Arterial: definição e classificação**. (28/09/2011) 1-9.
- NORTH OF ENGLAND HYPERTENSION GUIDELINE DEVELOPMENT GROUP - **Essential hypertension: managing adult patients in primary care**. Centre for Health Services Research: University of Newcastle, 2004. ISBN: 0-9540161-6-5.

OLIVEIRA, T.; PEDROSA, L.; GONÇALVES, R. – Estudo da hipertensão arterial sistêmica: repercussões quanto a adesão ao tratamento. Rev. Triang.: Ens. Pesq. Ext. Uberaba.1:1 (2008), p.97-110.

OPAS ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE – **Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável**. Brasília: [s.n.], 2003.

PAVAN, R. [et al.] – Confiabilidade e aspectos práticos da medida de impacto da doença em pacientes hipertensos. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 21:6 (2013), p.1258-1265.

PEDROSO, B.; PILATTI, L. - Avaliação de indicadores da área da saúde: a qualidade de vida e suas variantes. Revista Eletrônica FACIT/FACIC. 1:1 (2010), p.1-9.

PERDIGÃO, C. – Alterações metabólicas, estilos de vida e hipertensão arterial. Revista Factores de Risco. 5 (2007), p.15-19.

PERDIGÃO, C. [et al.] – AMALIA: Estudo Piloto. Revista Factores de Risco. 8 (2008), p.68-74

PERDIGÃO, C. [et al.] - Prevalência e caracterização da hipertensão arterial em Portugal: implicações numa estratégia de prevenção; uma análise do estudo AMALIA. Revista Factores de Risco.13 (2009), p.14-22.

PEREIRA, C. - **Alterações do sono e risco cardiovascular**. Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, 2009. Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina.

PEREIRA, J. – **Análise de dados quantitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais**. São Paulo: EDUSP, 2001. ISBN 0300-5556.

PEREIRA, R. [et al.] – Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global dos idosos. Revista de Psiquiatria. 28:1 (2006), p.27-38.

PÉRES, S.; MAGNA, J.; VIANA, L. – Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. Rev Saúde Pública. 37:5 (2003), p.635-642.

PÈREZ, M. [et al.] - Factors Associated With Knowledge and Control of Arterial Hypertension in the Canary Islands. Rev Esp Cardiol. 65:3 (2012), p.234–240.

PESTANA, M.; GAGEIRO, J. N. - **Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS**. 4ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2005.

PICKERING, G. - The clinical significance of diurnal blood pressure variations: dippers and nondippers. Circulation. 81 (1990), p.700-702.

POLIT, F. [et al.] – **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5ªed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004. ISBN 0-7817-2557-7.

PONTES, A. - **Obtenção dos níveis de significância para os testes de Kruskal-Wallis, Friedman e comparações múltiplas não-paramétricas**. Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz, Universidade de São Paulo: Piracicaba, 2000. Dissertação de Mestrado.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO – [em linha] (1994) [consult. 8 Set. 2014] Disponível em [www:<url-http://www.undp.org/content/undp/en/home.html>](http://www.undp.org/content/undp/en/home.html).

QIAN, Y. [et al.] - A tailored target intervention on influence factors of quality of life in Chinese patients with hypertension. Clinical and experimental hypertension. 31:1 (2009), p.71-82.

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. - **Manual de Investigação em Ciências Sociais**. 3ª ed. Lisboa: Gradiva, 2003.

RENTE, F. - Comportamentos aditivos: dependência e antropologia. Jornal Primeiro de Janeiro. 29 (2005), p.23-31.

RIBEIRO, J. - **Metodologia de investigação em psicologia e saúde**. 2ª.ed. Porto: Livpsic, 2008.

RIBEIRO, J.L.P. – A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. Análise Psicológica. 12:2-3 (1994), p.179-191.

RIBEIRO, J.L.P. – **Introdução à Psicologia da Saúde**. Coimbra: Quarteto, 2005. ISBN 989-558-045-2.

RIBEIRO, J.L.P. – **Psicologia e Saúde**. 1ªed. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 1998.

Ribeiro, P. - **Metodologia de investigação em psicologia e saúde**. 2ª.ed. Porto: Livpsic, 2008.

RODRIGUES, M.; SEIDL, F. - A importância do apoio social em pacientes coronarianos. Paideia. 18:40 (2008), p.279-288.

ROGER, V. [et al.] – Heart disease and stroke statistics – 2012 update: a report from the American Heart Association. Circulation. 125:1 (2012), p.2-220.

ROSE, G.; MARMOT, M. – Social class and coronary heart disease. Heart Journal. 45:13 (1981), p.54-60.

SABOYA, P.M.; ZIMMERMANN, P.; BODANESE, L. - Association between anxiety or depressive symptoms and arterial hypertension and their impact on the quality of life. Int. J. Psychiatry Med. 40 (2010), p.307-320.

SACKS, F. [et al.] – Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the dietary approaches to stop hypertension (DASH) diet. New England Journal of Medicine. 344:1 (2001), p.3-10.

SALEHI-ABARGOUEI, A. [et al.] – Effects of dietary approaches to stop hypertension (DASH) style diet on fatal and non fatal cardiovascular diseases incidence: a systematic review and meta-analysis on observational prospective studies. Nutrition. 29:4 (2013), p.611-618.

SAMPIERI, L. [et al.] – High prevalence of cardiac and extracardiac target organ damage in refractory hypertension. Journal of Hypertension. 19:11 (2003), p.2063-2070.

SANTOS, G. - **Cálculo amostral: calculadora online**. Disponível em: <<http://www.calculoamostral.vai.la>>. Acesso em: 17/02/2013.

SANTOS, Z. [et al.] - Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. Texto Contexto Enferm. 14:3 (2005), p.332-340.

SARAIVA, K. [et al.] - O processo de viver do familiar cuidador na adesão do usuário hipertenso ao tratamento. Contexto Enferm. 16:1 (2007), p.63-70.

SARDINHA, L. [et al.] – Prevalence of overweight, obesity and abdominal obesity in a representative sample of Portuguese adults. PLos One. 7:10 (2012), p.478-483.

SCHAWB, A. – Electronic Classroom. [em linha] (2014) [consult. 1 Out. 2014]. Disponível em [www:<url:http://www.utexas.edu>](http://www.utexas.edu).

SCHULZ, R. [et al.] – Validação do Mini-Questionário de Qualidade de Vida em Hipertensão Arterial (MINICHAL) para o Português (Brasil). Arquivo Brasileiro de Cardiologia. 90:2 (2008), p.139-144.

SERRA, A. - Stress e Doenças Córdio-Vasculares. Rev Port Cardiol. 21:10 (2002), p.1173-1187.

TRIGO, M.; SILVA, D.; ROCHA, E. - Factores Psicossociais de Risco na Doença Coronária: para além do comportamento tipo A. Rev Port Cardiol. 24:2 (2005), p.261-281.

SILQUEIRA, S. – **O questionário genérico SF-36 como instrumento de mensuração da qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes hipertensos**. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto: [s.n.], 2005. Dissertação de Doutorado.

SILQUEIRA, S. [et al.] – A consulta de enfermagem como estratégia para a mudança no estilo de vida de pacientes hipertensos. Rev. Min. Enferm. II:3 (2007), p.331-337.

SILVA, A. [et al.] – Avaliação da depressão e do estilo de vida de idosos hipertensos. Revista Eletrônica de Enfermagem. 15:2 (2013), p.368-374.

SILVA, D.; PETROSKI, E.; PERES, M. – A pré-hipertensão e hipertensão em adultos de Florianópolis: estudo de base populacional. Revista de Saúde Pública. 46:6 (2012), p.988-998.

SILVA, I. [et al.] – Efeito do apoio social na qualidade de vida, controle metabólico e desenvolvimento de complicações crônicas em indivíduos com diabetes. Psicologia, Saúde & Doença. 4:1 (2003), p.21-32. ISSN 1654-0086.

SILVA, M.; MOURA, M. – Representações sociais de profissionais de saúde sobre a hipertensão arterial: contribuições para a enfermagem. Esc Anna Nery. 15:1 (2011), p.75-82.

SILVA, P. – **Qualidade de vida relacionada entre pessoas com hipertensão arterial sistêmica em uma unidade de estratégia de saúde da família do sul de Minas Gerais**. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; Universidade de São Paulo: [s.n.], 2014. Dissertação de Doutorado.

SILVA, P. [et al.] – Avaliação da depressão em idosos com hipertensão arterial sistêmica. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste. 15:1 (2014), p.151-157.

SILVA, R. [et al.] – Atividade física e qualidade de vida. Ciência & Saúde Coletiva. 15:1 (2010), p.115-120.

SKODOVA, Z. [et al.] – Socioeconomic differences in psychosocial factors contributing to coronary heart disease: a review. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings. 15:3 (2008), p.204-213.

SLATER, B.; LIMA, F. – **Validade e reprodutibilidade dos métodos de inquérito alimentar in Inquéritos alimentares: métodos e bases científicos**. São Paulo: Editora Manole, 2005.

SLUZKI, C. - **A rede social na prática sistêmica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SOARES, S.; MENDES, C. - Conhecer os doentes hipertensos de uma lista de utentes: que risco cardiovascular? Rev Factores Risco. 3:10 (2008), p.23-26.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE CARDIOLOGIA – **Hipertensão: recomendações de 2007 para o tratamento da hipertensão arterial**. SPC: [s.n.], 2007.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE HIPERTENSÃO – Guidelines de 2013 da ESH/ESC para o tratamento da hipertensão arterial. Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular. 39 (2014), p.4-91. ISSN 1646-8287.

SONI, R. [et al.] – Health-related quality of life in hypertension, chronic kidney disease and coexistent chronic health conditions. Advances in Chronic Kidney Disease. 17:4 (2010), p.17-26.

SOUZA, R; CARVALHO, M. - Programa de saúde da família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. Estud.psicol. 8:3 (2003), p. 21-25.

SOUZA, W. – **Avaliação da adesão ao tratamento e dos resultados clínicos e humanísticos na investigação da hipertensão arterial resistente**. Faculdade de Ciências Médicas; Universidade Estadual de Campinas: [s.n.], 2008. Dissertação de Doutorado.

SPARREBERGER, F.; MOREIRA L.; CANEPELE, M. - Associação entre estresse e hipertensão. Rev Soc Bras Hipertensão. 7:3 (2004); p. 96-99.

SPINATO, I.; MONTEIRO, L.; SANTOS, Z. – A Adesão da pessoa hipertensa ao exercício físico: uma proposta educativa em saúde. Texto Contexto Enfermagem. 19:2 (2010), p. 256-264.

STREINER, D.; NORMAN, G.R. - **Health and Measurement Scales. A practical guide for their development and use**. 4th ed. Oxford: Oxford University Press, 2008.

TAVARES, D. [et al.] – Qualidade de vida de idosos com e sem hipertensão arterial. Revista Eletrônica de Enfermagem. 13:2 (2011), p.211-218.

TEIXEIRA, E. [et al.] - O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial e os cuidados com a saúde. Esc Anna Nery R Enferm. 10:3 (2006), p.378-384.

TEIXEIRA, R. - A crítica e a sensibilidade no processo de cuidar. Esc Anna Nery Rev Enferm. 8:3 (2004), p.361-369.

THE WHOQOL GROUP - The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. Social Science & Medicine. 41:10 (1995), p.1403-1409.

THE WHOQOL GROUP - **What Quality of Life?** *In* World Health Forum. WHO: Geneva, 1996.

THEODOROU, M. [*et al.*] – Quality of life measurement in patients with hypertension in Cyprus. Hellenic Journal of Cardiology. 52:5 (2011), p.407-415.

TREVISOL, D. [*et al.*] - Health-related quality of life is worse in individuals with hypertension under drug treatment: results of population-based study. Journal of Human Hypertension. 26:1 (2012), p.374-380

TSAI, J. [*et al.*] - The beneficial effect of regular endurance exercise training on blood pressure and quality of life in patients with hypertension. Clinical and Experimental Hypertension. 26:3 (2004), p.255–265.

UCAN, O.; OVAYOLU, N. – Relationship between diabetes mellitus, hypertension and obesity, and health-related quality of life in Gaziantep, a central south-eastern city in Turkey. Journal of Clinical Nursing. 19:17 (2010), p.2511-2519.

VERDECCHIA, P. [*et al.*] - Circadian blood pressure changes and left ventricular hypertrophy in essential hypertension. Circulation. 81 (1990), p.528-536.

VI RELATÓRIO INTERNACIONAL DO JOINT NATIONAL COMMITTEE 1998. Revista Brasileira de Hipertensão. 7:2 (2000), p.183.

VINACCIA, S. [*et al.*] - Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes com diagnóstico de hipertensión arterial leve. Revista Diversitas: Perspectivas en Psicología. 3: 2 (2007), p.203-211. ISSN: 1794-9998.

VYSSOULIS, G. [*et al.*] – Cardiovascular risk factor(s) prevalence in Greek hypertensives: effect of gender and age. Journal of Human Hypertension. 26:7 (2012), p.443-451.

WANG, H. [*et al.*] - Health-related quality of life among general practice patients with differing chronic diseases in Germany: cross sectional survey. BMC Public Health. 8 (2008), p.23-45.

WANG, R. [*et al.*] – Impact of hypertension on health-related quality of life in a population-based study in Shanghai, China. Public Health. 123:8 (2009), p.534-539.

WHO - **Health Promotion Glossary**. Geneva: World Health Organization, 1998.

WHO -**The European Health Report 2005: public health action for healthier children and populations**. Geneva: World Health Organization, 2005.

WILSON, D.; NIELSEN, E.; CILISKA, D. - Lifestyle Assessment: testing the FANTASTIC Instrument. Can. Fam. Physician.30 (1984), p.1983-1886.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **World Health Report 2002: Reducing Risks Promoting Healthy Life**. Geneva: World Health Organization, 2002.

YAZDI, S. [*et al.*] – Quality of life and coping strategies in coronary heart disease patients. Journal of Applied Sciences. 8:4 (2008), p.707-710.

ZYGMUNTOWICZ, M. [*et al.*] – Blood pressure for optimal health-related quality of life in hypertensive patients. Journal of Hypertension. 31:4 (2013), p.830-839.