

**UNA – SUS UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

MAYDELIN PAZ CESPEDES

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES
HIPERTENSOS ATENDIDOS NA UNIDADE BÁSICA
DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE DOURADO**

RIBEIRÃO PRETO – SP

2015

**UNA – SUS UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

MAYDELIN PAZ CESPEDES

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES
HIPERTENSOS ATENDIDOS NA UNIDADE BÁSICA
DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE DOURADO**

**Dissertação do Projeto de
Intervenção.Trabalho
apresentado, como requisito
para conclusão de curso de
Pós Graduação em nível
de especialização em Atenção
Básica em Saúde da Família.**

Orientadora: Prof.^a Graciana Maria de Moraes

RIBEIRÃO PRETO – SP

2015

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	04
2. OBJETIVOS.....	07
2.1 Objetivo Geral	
2.2 Objetivo Específico	
3. METODOLOGIA.....	08
3.1 Cenário Da Intervenção	
3.2 Sujeitos Da Intervenção	
3.3 Estratégias E Ações	
3.4 Avaliação E Monitoramento	
4. RESULTADOS ESPERADOS.....	15
5. CRONOGRAMA.....	16
6. REFERÊNCIAS.....	17
7. ANEXOS.....	19

1. Introdução

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença multifatorial, de detecção quase sempre tardia devido ao seu curso assintomático e prolongado. É definida pela OMS como a elevação crônica da pressão arterial sistólica ou da pressão arterial diastólica, a níveis iguais ou maiores que 140mmHg e 90mmHg. A ocorrência da HAS pode ser compreendida como o somatório de fatores de risco: obesidade, alimentação inadequada, sedentarismo, tabagismo, etilismo, idade, história familiar e escolaridade, sexo.¹

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a doença cardiovascular mais prevalente do Brasil. Estima-se que entre 22,3% e 43,9% da população adulta apresentem valores de pressão arterial (PA) ≥ 140 mmHg (sistólica) e ≥ 90 mmHg (diastólica)¹. Um fator alarmante é que a metade das pessoas acometidas desconhece a enfermidade. Dentre aquelas que conhecem o diagnóstico apenas 50% realiza o tratamento corretamente. Estes dados são corroborados por estudos realizados por Gus e colaboradores (2004) que indicaram que em indivíduos adulto, 50,8% tinham conhecimento da doença, 40,5% estavam em tratamento e apenas 10,4% tinham pressão arterial controlada.²

A hipertensão aumenta o risco de enfarto do miocárdio, acidentes cerebrovasculares e a insuficiência renal. Ademais, pode causar insuficiência cardíaca e cegueira. O risco de padecer de qualquer destas complicações é maior se a hipertensão estiver sob controle (ou seja, abaixo de 140 – 90) e se estiver acompanhada de outros fatores de risco.³

Segundo a OMS, 17 milhões de pessoas morrem afetados por doenças cardiovasculares a cada ano. As doenças não transmissíveis vêm aumentando como causa de óbito nas Américas na última década, ultrapassando as doenças infecciosas. A região da América Latina e Caribe merece especial atenção pelo fato que 80% das afecções por doenças não transmissíveis ocorrerem em países de baixa e média renda.³

Estudos demonstraram que alguns dos principais fatores que impactam na qualidade de vida dos hipertensos são as complicações da doença e os efeitos adversos dos medicamentos anti – hipertensivos.⁴

As informações de qualidade de vida passaram a ser incluídas como indicadores para avaliação da eficácia, eficiência e impacto de tratamentos para diversos grupos de agravos, bem como na comparação entre procedimentos para o controle do problema de saúde.⁵

A qualidade de vida (QV), segundo a OMS, é definida como a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto cultural e nos sistemas de valores em que vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito amplo, subjetivo e polissêmico que tem motivado inúmeros estudos na área de saúde voltados para portadores de patologia crônicas.⁶

Nesta definição fica implícito que o conceito de qualidade de vida é subjetivo, multidimensional e que inclui elementos de avaliação tanto positivos como negativos. Estudos mostram que os efeitos secundários do tratamento da HA estão associados a menor aderência e a abandono do tratamento medicamentoso, podendo interferir na Qualidade de Vida (QV) desses pacientes.⁷⁻⁸

A Organização Mundial da Saúde definiu saúde como um estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença. No entanto, as diferentes áreas da medicina sempre priorizaram o estudo da doença e das formas de avaliar sua frequência e intensidade.⁹

No que se refere à saúde coletiva e política pública, as informações sobre a qualidade de vida têm sido atualmente incluídas como indicadores para avaliação da eficácia e eficiência e impacto de determinados tratamentos, bem como na comparação entre procedimentos para controle de doença. Outros aspectos de interesse estão relacionados às práticas assistenciais, com indicadores clínicos para avaliar o impacto físico e psicossocial que a enfermidade pode acarretar para o indivíduo.

Em estudo realizado por Arbex (2009) a variável pressão arterial controlada apresentou diferença significativa em relação à QV.¹⁰

Os indivíduos com pressão arterial controlada possuíam três vezes mais chances de fazer parte do grupo com boa qualidade de vida. Esses achados

são corroborados por estudos que verificaram que o controle da pressão arterial é preditor de melhor qualidade de vida.¹¹

Recentemente tem-se buscado desenvolver instrumentos que avaliem bem-estar e qualidade de vida. Na sua grande maioria esses instrumentos são desenvolvidos nos Estados Unidos ou na Inglaterra e traduzidos para utilização em diferentes países. A utilização desses instrumentos em culturas diferentes tem sido objeto de críticas e considerações. A constatação de que não havia nenhum instrumento que avaliasse qualidade de vida dentro de uma perspectiva transcultural motivou a Organização Mundial da Saúde a desenvolver um instrumento com estas características.^{12 13 14 15}

Desta forma, pode se concluir que a HAS representa um grave problema para a saúde pública, sendo a enfermidade desconhecida por muitos pacientes e seu tratamento negligenciado frequentemente por aqueles que a conhecem o diagnóstico. A dificuldade para controle e adesão ao tratamento provavelmente é decorrente do curso assintomático da patologia e da necessidade de tratamento complexo por toda a vida. Investigar a QV e intervir nos problemas detectados pelos instrumentos pode melhorar a adesão ao tratamento e, conseqüentemente proporcionar melhor controle da pressão arterial e melhor qualidade de vida para esta população.

O Município de Dourado – São Paulo conta com 9049 habitantes (segundo o Censo de 2005) no qual existem três equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF). A unidade de saúde a ser pesquisada, localizada no centro do Município e, referência para o desenvolvimento deste trabalho conta com 2081 habitantes, dos quais 430 são hipertensos.

Com este projeto poderemos promover impactos positivos nos hábitos de vida da população cadastrada no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) com hipertensão arterial, por meio da qualificação do processo de trabalho da equipe de saúde da família no Município de Dourado – São Paulo, sensibilizar e proporcionar orientações para efetivação de promoção à saúde com ênfase no público portador da hipertensão arterial, conscientizar aos moradores desta cidade da importância de tratamento da enfermidade, melhorando sua qualidade de vida.

2. Objetivos

O presente estudo tem como objetivos:

2.1 Objetivo Geral:

- Caracterizar o perfil da população hipertensa coberta pelo PSF do Município de Dourado – SP, segundo as variáveis demográficas (sexo, idade, naturalidade, ocupação, entre outros), hábito de estilo de vida (atividade física, tabagismo, consumo de bebida alcoólica, entre outros) e percepção da qualidade de vida.

2.2 Objetivos Específicos:

- Atuar junto à comunidade com o propósito de gerar mudanças permanentes nos hábitos de vida;
- Promover ações, intervenções preventivas e de promoção à saúde;
- Conscientizar aos moradores do Município de Dourado – SP da importância do tratamento da enfermidade.

Para alcançarmos os objetivos desta pesquisa serão utilizadas como base as principais teorias pesquisadas sobre os assuntos relativos ao tema escolhido, no sentido de se encontrarem soluções para as situações descritas e, também soluções para os objetivos definidos.

3. Metodologia

3.1. Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção

Os sujeitos deste estudo são portadores de HA e profissionais de saúde que assistem portadores da doença na Área 01 do Programa Saúde da Família, no Município de Dourado – SP.

A amostra será selecionada aleatoriamente dentre os 430 hipertensos cadastrados no Programa de Controle de Hipertensão Arterial no Centro de Saúde de Dourado Dr. Heronides Arruda Cruz, acompanhados pela equipe da Área 01 do PSF que comparecerem na agenda de atendimento do programa, no período de realização da pesquisa e atenderam aos critérios para inclusão no estudo.

Os critérios para inclusão no estudo serão:

- Idade superior a 18 anos;
- Diagnóstico clínico de Hipertensão Arterial;
- Residir na área de abrangência do PSF Dr. Heronides Arruda Cruz, Dourado – SP e estar em acompanhamento com a equipe;
- Consentir em participar da pesquisa.

3.2. Cenário da intervenção

O Município de Dourado, situado no centro geográfico do Estado de São Paulo, tendo área total de 202 Km², com 22°07'S e 48°18' W. GR, com altitude de 699 metros acima do nível do mar. Possui população de 9.049 habitantes (IBGE, 2005), sendo 92,29% da população residem na zona urbana.

A preferência pelo cenário do estudo deve – se ao fato de os moradores deste bairro ser assistidos pela equipe do Programa Saúde da Família, da qual a pesquisadora é integrante e médica responsável, realizando ações básicas de saúde voltadas para a prevenção das doenças, promoção e recuperação da saúde e conseqüentemente, para a melhoria da qualidade de vida e construção da cidadania. Isso lhe permite participar mais diretamente na observação do cotidiano dos sujeitos em estudo

O sistema de saúde do Município de Dourado – SP conta com 03 (três) unidades de atendimento. O Centro de Saúde de Dourado Dr. Heronides Arruda Cruz situa – se no centro da cidade e foi inaugurado no dia 19 de maio de 1976. Possui ótima infraestrutura e é muito bem equipado, dentro dos parâmetros de unidade básica de saúde. Possui uma recepção, uma sala de curativo, um posto de enfermagem, três consultórios médicos, um consultório odontológico, uma farmácia, uma cozinha, uma sala de vacina, uma sala de reunião, uma sala de esterilização, dois sanitários para pacientes e um sanitário para funcionários.

No Centro de Saúde da Cidade, o atendimento funciona 8 (oito) horas, com diversas especialidades: Pediatria, Clínico Geral, Psicologia, Odontologia, além de contar com Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem. Alguns tipos de consultas de especialistas com os quais a Secretaria de Saúde não conta e alguns exames especializados que não são realizados no município, são encaminhados para o Centro de Atendimento Público de Saúde nos Municípios de São Carlos, Bauru, Ribeirão Bonito e Américo Brasiliense.

3.3. Estratégias e ações

Etapa 1 – Sensibilização da Equipe Profissional da Saúde:

Inicialmente será realizado um encontro com a equipe de saúde responsável pela UBS, para organizar a logística do plano de ação do projeto. Serão discutidos os objetivos, as propostas, estratégias e perspectivas dos trabalhos e atividades a serem desenvolvidas.

Etapa 2 – Levantamento dos acompanhamentos de pacientes hipertensos (planificação):

Nesta etapa será realizado um levantamento do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) dos pacientes atendidos pelo programa e uma análise individual do histórico e sua atual situação. A planilha organizada de acordo com cada paciente para identificação de tarefas específicas e anotações rápidas é um instrumento fundamental e será indispensável no desenvolvimento do projeto, pois norteará futuras ações.

Etapa 3 – Aferição da pressão arterial:

Os pacientes em atendimento terão sua pressão arterial aferida e serão instigados a participarem voluntariamente do projeto. Neste momento os mesmos serão informados sobre todos os objetivos.

Etapa 4 – Aplicação dos questionários / Coleta de dados:

Todos os envolvidos nesta pesquisa, anterior a aplicação dos formulários serão esclarecidos sobre os objetivos do estudo – assegurando – lhes que sua participação é voluntária, podendo o mesmo se retirar a qualquer momento, sem prejuízo algum para si, garantindo – lhes o sigilo e a privacidade das informações. Serão solicitados a assinar um termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO A).

Cada informante será entrevistado individualmente e sem ser interrompido durante o depoimento, pois poderá alterar as informações ou haver indução das respostas por parte do pesquisador.

A opção por esta forma de registro tem por objetivo evitar o constrangimento do entrevistado frente ao uso do gravador, que poderá contribuir para a omissão de informações importantes.

Para facilitar a aproximação e por entender que o entrevistado se sentirá mais seguro com a presença de uma pessoa que já fosse familiar, sempre que possível, durante a entrevista poderá ser solicitado o acompanhamento de amigos, vizinhos junto ao pesquisador. Isso possibilitará estabelecer um vínculo de confiança entre o entrevistador e o entrevistado o que será fundamental para o aprofundamento dos aspectos pesquisados.

Etapa 5 – Desenvolvimento do conteúdo programático do projeto:

- Aula inaugural (aula expositiva – palestra);
- Dinâmica de grupo: utilização de um jogo interativo em que os pacientes identificarão por meio de gravuras em forma de placas os hábitos saudáveis;
- Rodas de conversa (bate – papo) / mesa redonda: promoção de rodas de conversa com os profissionais de saúde da UBS e profissionais convidados (abordagem investigativa buscando

compreender o sentido que a amostra participante oferece ao assunto). Entende – se que a conversa é um espaço de formação e um momento singular de partilha, uma vez que pressupõe um exercício de escuta e fala de troca de experiências, de confraternização, de desabafo, muda caminhos, forja opiniões. Nesta etapa do projeto, portanto, as colocações de cada participante serão construídas a partir da interação com o outro, sejam para complementar, discordar, sejam para concordar com a fala imediatamente anterior.

Esta etapa possibilitará a oportunidade de um envolvimento mais próximo da realidade dos pacientes hipertensos, bem como uma melhor interação e entendimento das suas dúvidas e necessidades, permitindo o acesso às informações e as práticas que podem melhorar sua qualidade de vida.

Etapa 6 – A prática de exercícios (em grupo):

Nesta etapa os participantes serão orientados por um profissional de Educação Física, quanto aos benefícios da prática regular do exercício físico no controle da pressão arterial. Serão aplicados exercícios direcionados a sujeitos hipertensos. Em seguida darão início a uma curta caminhada. Todos assistidos por este profissional.

Etapa 7 – Confraternização de encerramento:

A médica responsável pelo projeto junto a toda equipe profissional de saúde da UBS, organizará um evento de confraternização para marcar o encerramento das atividades do projeto, dedicada a todos os colaboradores e participantes.

Quadro – resumo das ações:

Dia / Data	Plano de ação	Responsáveis	Local
Dia 1 ___/___/___	Reunião e planejamento para aplicação do projeto	Equipe de saúde	Centro de Saúde
Dia 2 ___/___/___	Levantamento da planificação das consultas em seguimento	Equipe de enfermagem	Centro de Saúde
Dia 3 ___/___/___	Aferir pressão arterial dos pacientes hipertensos e explicação do projeto a ser desenvolvido	Médica responsável; Equipe de enfermagem; ACS (agente comunitário da saúde).	Centro de Saúde
Dia 4 ___/___/___	Início da avaliação: agendamento e/ou aplicação dos respectivos questionários	Médica responsável pelo projeto e ACS.	Centro de Saúde; Residências
Dia 5 ___/___/___	Aula inaugural: Apresentações / Dinâmica. Aula expositiva sobre: qualidade de vida	Médica responsável pelo projeto	CIREC
Dia 6 ___/___/___	Mesa redonda: exposição do tema – o dia – a – dia dos indivíduos	Médica responsável pelo projeto;	CIREC

	hipertensos (vivências, depoimentos, entre outros)	Equipe de enfermagem; ACS.	
Dia 7 ___/___/___	Aferir pressão arterial dos hipertensos	Médica responsável pelo projeto; Equipe de enfermagem	Centro de Saúde
Dia 8 ___/___/___	Breve treinamento aeróbico e curta caminhada (final de semana)	Médica responsável pelo projeto; Equipe profissional da saúde; Profissional de educação física	Arredores do Estádio Municipal São Pedro e Centro de Lazer do Trabalhador
Dia 9 ___/___/___	Bate – papo: Tema: Sua alimentação saudável.	Médica responsável pelo projeto, nutricionista	CIREC
Dia 10 ___/___/___	Confraternização (equipe profissional da saúde e participantes do projeto).	Médica responsável pelo projeto e envolvidos	Chácara do Colombo.

3.4 Avaliação e monitoramento

A avaliação e monitoramento serão realizados pela responsável do projeto com o apoio da equipe da UBS. Os profissionais da saúde serão orientados e instruídos quanto ao projeto a ser desenvolvido. Serão promovidas reuniões com palestras e oficinas (que ajudem o indivíduo a entender a importância do conhecer, para que sejam absorvidas em sua vida

atitudes e práticas saudáveis, que contribuam para a prevenção da doença hipertensiva, assim como outros agravos à sua saúde), rodas de conversa para orientações de mudanças de hábitos que objetivam uma melhor qualidade de vida e a prevenção de complicações decorrentes da hipertensão arterial, apresentação e análise de estudos e dados, instigando o paciente a uma reflexão e, principalmente esclarecendo possíveis dúvidas quanto ao assunto discutido.

O Monitoramento também acontecerá por meio da análise e acompanhamento dos indicadores disponíveis nos Sistemas de Informação em Saúde do Município, assim como os indicadores de incidência e prevalência de HAS e de complicações associadas.

4.RESULTADOS ESPERADOS

O programa saúde da família nasceu num contexto onde sofria críticas, estas o colocavam numa posição de atenção restritiva. Porém, seu crescimento nos últimos anos e sua evidente importância o elevou a uma estratégia de mudança nos moldes da atenção básica. O controle e detecção da hipertensão arterial têm sido atribuição fundamental na saúde da família, configurando – se desta forma ação imprescindível na saúde do adulto em seu estágio inicial, sendo também uma estratégia de trabalho após o pacto de defesa da vida, de 2005.¹⁶

Todos os objetivos, tanto os gerais como o específico visam trazer mais qualidade de vida para a comunidade à qual está sob nossa responsabilidade de atuação.

O controle da HAS depende dos padrões de vida e alimentação do indivíduo (atividade física regular, redução do consumo de álcool, combate ao tabagismo, e se recomendado o uso de anti – hipertensivos). Porém, estima-se que um terço das pessoas que se tratam regularmente nos serviços de saúde mantêm seus níveis pressóricos adequados. A não adesão ao tratamento medicamentoso neste momento toma um papel preponderante para a ocorrência deste problema.¹⁷

Não podemos nos esquecer que a vida moderna nos proporcionou não só benefícios e facilidades ao cotidiano, mas também malefícios onde o padrão de atividade e condicionamento físico das pessoas sofreu mudanças, as facilidades como: carros, controle remoto, enfim a informatização ora é de extrema importância, ora é uma das responsáveis pela diminuição do padrão de exercícios das pessoas, visto que a rotina não requer tanto esforço durante a execução de trabalhos tanto extra como intradomiciliares.

Nesse contexto espera – se que com a implementação progressiva do referido projeto de prevenção, a população resgate ou tenha um padrão de vida mais saudável, em que o indivíduo possa se responsabilizar por sua saúde e desenvolver o que denominamos autocuidado.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organização Pan-Americana de Saúde disponível em:
http://www.opas.org.br/prevencao/mos_info.cfm?codigodest=216
(acesso em 21 de fev de 2015).
2. Neder MM, Borges AAN. Systemichypertension in Brazil: howmuchhaveweimprovedourknowledgeabout its epidemiology? *Rev Bras Hipertens*. 2006; 13 (2): 126-33.
3. Organização Pan-Americana da Saúde. Dia Mundial da Saúde 2013 destaca o controle da hipertensão. Disponível em:
http://www.paho.org/bireme/index.php?option=com_content&view=article&id=205%3Adia-mundial-da-saude-2013-destaca-o-controle-da-hipertensao&Itemid=73&lang=es
4. Youssef RM, Moubarak II, Kamel MI. Factors affecting the quality of life of hypertensive patients. *East Mediterr Health J*. 2005; 11 (1-2): 109-18.
5. Morris J, Perez D, Mcnoc B. The use of quality of life data in clinical practice. *Qual Life Res* 1998; 7:85-91
6. SEIDL EM, ZANNON CM. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad Saúde Pública**. V. 20, n.2, p. 580-588, 2004.
7. FLECK, M.P.A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G; SANTOS, L.; PINZON, V. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL - 100). *Revista de Saúde Pública*, v.33, n.2, pp.198-205, 1999b.
8. Diniz DP, Schor N. Qualidade de vida. São Paulo: Manole; 2006.
9. Orley J, Saxena S, Herrman H. Quality of life and mental illness. *Br J Psychiatry* 1998; 172:291-3.
10. ARBEX FS. 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.

11. LI W, LIU L, PUENTE JG, LI Y, JIANG X, JIN S et al. Hypertension and health related quality of life: an epidemiological study in patients attending hospital clinics in China. *J Hypertens.* v.23, n.9, p.1667-1676, 2001.
12. Gill T, Feinstein A. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *JAMA* 1993; 272:619-26.
13. Guyatt G, Feeny D, Patrick L. Measuring health related quality of life. *Ann Inter Med* 1993; 118:622-9.
14. The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *SocSci Med* 1995; 41:1403-9.
15. Bullinger M. Ensuring international equivalence of quality of life measures: problems and approaches to solutions. In: Orley J, Kuyken W editors. *Quality of life assessment: international perspectives* Heidelberg: Springer Verlag; 1994. p 33-40.
16. RABETTI, A. C.; FREITAS, S. F. T. de. Avaliação das ações em hipertensão arterial sistêmica na atenção básica. *Revista de Saúde Pública, São Paulo*, v. 45, n. 2, 2011.
17. HELENA, E. T. S. de.; NEMES, M. I. B.; NETO, J. E. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. *Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro*, v. 26, n. 12, 2010.

7. ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO

Eu, _____ RG _____
 abaixo qualifico, declaro para fins de participação em pesquisa, na condição de
 sujeito, que fui devidamente esclarecido do Projeto de Pesquisa intitulado:
**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES HIPERTENSOS
 ATENDIDOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE
 DOURADO**, desenvolvido pela pesquisadora Maydelin Paz Cespedes, aluna do
 curso de especialização da Universidade Aberta do SUS – ESPECIALIZAÇÃO
 EM SAÚDE DA FAMÍLIA, QUANTO AOS SEGUINTE ASPECTOS:

a) Justificativa, objetivos e procedimentos que serão utilizados na pesquisa;

b) Garantia de isenção de despesa material, de prejuízos decorrentes da
 pesquisa;

c) Garantia permanente de esclarecimento de dúvidas durante o curso da
 pesquisa; liberdade de recusa na participação ou de retirada do consentimento
 em qualquer etapa da pesquisa isenta de ônus ou de penalização;

d) Garantia de sigilo absoluto quanto aos dados confidenciais envolvidos na
 pesquisa, assegurando-lhe absoluta privacidade e anonimato;

e) Liberdade de acesso ao conteúdo das informações e garantia que as
 informações prestadas somente serão utilizadas para o estudo supracitado.
 Declaro outro sim, que após convenientemente convencido pelo pesquisador e
 ter entendido o que nos foi explicado, consinto voluntariamente participar desta
 pesquisa.

Dourado ___ de _____; 2015.

QUALIFICAÇÃO DO DECLARANTE

Nome do sujeito da pesquisa _____

RG _____ Registro Profissional _____

Telefone _____ Endereço _____ Bairro _____

Cidade _____ UF _____

 Assinatura do declarante

DECLARAÇÃO DA PESQUISADORA

DECLARO, para fins da pesquisa, ter elaborado este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, cumprindo todas as exigências contidas nas alíneas elencadas e que obtive de forma apropriada e voluntária, o consentimento livre e esclarecido do declarante acimaqualificado para a realização desta pesquisa.

Maydelin Paz Cespedes

Anexo I - Instrumento de coleta de dados

Questionário de Qualidade de Vida em Hipertensão Arterial (MINICHAL)

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

Anexo II - Instrumento de coleta de dados**CADASTROS DE ENTREVISTADOS:****Identificação:**

Nome: _____

Características Sórias – demográficas e Sórias – econômicas:**1. Sexo:** Feminino Masculino**2. Idade:_____** 60 – 64 anos 65 – 69 anos 70 – 74 anos 75 – 79 anos
 80 – 84 anos
 85 – 89 anos 95 – 99 anos**3. Naturalidade:_____****4. Tempo de residência no município:_____****5. Cor / Raça:** Branco Amarelo Pardo Negro**6. Grau de escolarização (instrução):** sem escolaridade 1º grau incompleto 1º grau completo
 Ensino Médio Incompleto Ensino Médio Completo Superior Incompleto
 Superior Completo**7. Aposentadoria:** Sim Não**8. Tempo de aposentadoria:** até 3 anos 4-6 anos 7-9 anos mais de 10 anos**9. Ocupação remunerada:** Sim Não**10. Renda Familiar:** até 1 SM de 2 a 4 SM de 5 a 7 SM mais de 8 SM**11. Condições de moradia:** própria alugada cedida**12. Tipo de moradia:** madeira alvenaria madeira / alvenaria**13. Auxílio financeiro da família:** Sim Não

14. Auxilio familiar para medicamento:

() Sim () Não

Dinâmica Familiar:**1. Situação conjugal:**

() vive sem parceiro (a) () vive com parceiro (a)

2. Número de filhos:

() até 2 () de 3 a 4 () igual ou mais que 5

3. Convívio familiar:

() mora sozinho () mora com filhos () mora com netos () mora com bisnetos () mora com amigos / parentes

4. Número de pessoas que moram na residência:

() 1-2 () 3-4 () 5-6 () 7-8 () mais de 8

5. Percepção da qualidade do convívio familiar:

() Ótimo () Bom () Regular () Ruim

Hábitos de vida:**1. Tabagismo: É fumante?**

() Sim () Não

2. Idade que começou a fumar (anos):_____

3. Quantidade de cigarros por dia:_____

1. Consumo de bebida alcoólica: Faz uso de bebida alcoólica atualmente?

() Sim () Não

2. Frequência (nº x / semana):_____ **Há quanto tempo?**_____

3. Não consumidores de bebida alcoólica (atualmente)**4. Já fez uso de bebida alcoólica anteriormente?**

() Sim () Não

5. Por quanto tempo (anos)?_____

6. Há quanto tempo parou (anos)?_____

Alimentação:**1. Refeições por dia:**

() 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6

Morbidade referida:**1. Estado de saúde percebido:**

() Ótimo () Bom () Regular () Ruim

2. Percepção de ter qualidade de vida:

Sim Não

3. Presença de agravo / doença:

Sim Não

4. Consumo de medicamento:

Sim Não

Indicadores de condição de saúde:

1. Número de doenças crônicas auto – referidas:

Nenhuma 1 2 3 ou mais

2. Número de consultas nos últimos 12 meses:

Nenhuma 1 2 3 ou mais

3. Número de hospitalizações nos últimos 12 meses:

Nenhuma 1 2 ou mais

4. Deixou de realizar atividades habituais nas duas últimas semanas por motivo de saúde?

Sim Não

Atividade Física:

1. Faz exercícios físicos:

Sim Não

2. Tipo de atividade:_____

3. Freqüência(número x / semana):_____ **Duração**
(minutos):_____

4. Há quantos meses pratica atividade física?_____