



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA - UEPB
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA

MORANNA RIBEIRO AGRA ALEXANDRE

**QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE DE HIPERTENSOS CADASTRADOS
NO HIPERDIA**

CAMPINA GRANDE-PB

2016

MORANNA RIBEIRO AGRA ALEXANDRE

**QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE DE HIPERTENSOS CADASTRADOS
NO HIPERDIA**

Trabalho de Conclusão de Curso – TCC apresentado sob forma de artigo ao curso de graduação de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: Profa. Ms. Alecsandra Ferreira Tomaz.

CAMPINA GRANDE-PB

2016

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

A381q Alexandre, Moranna Ribeiro Agra.
Qualidade de vida e saúde de hipertensos cadastrados no
Hiperdia [manuscrito] / Moranna Ribeiro Agra Alexandre. - 2016.
36 p.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia)
- Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas
e da Saúde, 2016.
"Orientação: Profa. Ma. Alecsandra Ferreira Tomaz,
Departamento de Fisioterapia".

1. Hipertensão Arterial. 2. Qualidade de vida. 3. Saúde
pública. I. Título.

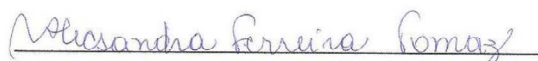
21. ed. CDD 616.132

MORANNA RIBEIRO AGRA ALEXANDRE
QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE DE HIPERTENSOS
CADASTRADOS NO HIPERDIA

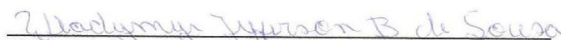
Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado, na modalidade de artigo científico, ao departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba como requisito para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Aprovado em 23 / 09 /2016.


Banca Examinadora



Prof^ª.Ms. Alecsandra Ferreira Tomaz
Examinador(a) UEPB



Prof^ª. Ms. Wladimir Jefferson Bacalhau de Sousa
Examinador(a) UFCG



Prof^ª.Ms. Windsor Ramos da Silva Júnior
Examinador(a) UEPB

QUALIDADE DE VIDA DOS HIPERTENSOS CADASTRADOS NO HIPERDIA

RIBEIRO, Moranna Agra Alexandre ¹

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica multifatorial, de detecção muitas vezes tardia por sua evolução lenta e silenciosa que representa grave problema de saúde pública no país, por ser um dos principais fatores de risco cardiovascular e de alta prevalência. O impacto da HAS descontrolada pode ocasionar acidente vascular cerebral (AVC), doenças isquêmicas do coração (DIC), insuficiência cardíaca, insuficiência renal e isquemia vascular periférica. O risco de complicações de hipertensão arterial, em geral, é maior em homens do que em mulheres. Nos grupos mais idosos esta diferença entre os sexos reduz-se, particularmente, ao risco de complicações cardiovasculares, acentuadamente aumentada nas mulheres após a menopausa. Mediante exposto, torna-se importante estudar o impacto da hipertensão arterial na qualidade de vida e saúde dos pacientes hipertensos crônicos. O presente estudo objetivou avaliar a qualidade de vida e saúde de hipertensos cadastrados no hiperdia de uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), no município de Campina Grande/PB. Quanto aos aspectos metodológicos o estudo orientou-se sob a execução de um estudo de campo epidemiológico com caráter descritivo, abordagem quantitativa, caracterizado como estudo de corte transversal, cujos dados foram obtidos através da aplicação de questionários para caracterização dos sujeitos da pesquisa e estado geral de saúde dos indivíduos, e também a aplicação de um questionário que abordou a qualidade de vida, com o SF-36. As informações obtidas foram examinadas quantitativamente por meio da estatística descritiva. Os resultados apontaram uma predominância de mulheres (82,3%) em relação aos homens; a maioria dos participantes possuía menos de 8 anos de estudo (42,8%). Quanto à caracterização da qualidade de vida através do SF-36, esta obteve uma média de 74,05 pontos. Os dados obtidos apontaram uma média de idade de 54 anos. Ressalva se ainda que 69,9% dos hipertensos entrevistados não praticavam atividade física, por conseguinte 83,3% são sedentários; também observou que 65,5% apresentaram diagnóstico de outra doença, proporcionalmente um maior número destes apresentaram demais cardiopatias e como pior fator de risco 61,9% dos hipertensos são pacientes com sobrepeso/Obesidade. Conclui-se que os pacientes apresentaram comprometimento geral em sua qualidade de vida, no entanto, ao se avaliar a percepção dos pacientes sobre seu estado de saúde, este foi manifestado como sendo bom, se fazendo necessária maiores investigações acerca da temática junto a esses indivíduos.

Palavras chave: Hipertensão. Qualidade de vida. Saúde.

¹ Acadêmica do 10º período Curso de Fisioterapia
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Campina Grande, Paraíba, Brasil.
Email: moranna.ribeiro@hotmail.com.br

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização dos indivíduos hipertensos cadastrados no Hiperdia da Ramadinha II/III, de acordo com os dados sócio-demográficos	17
Tabela 2 - Estado geral de saúde dos Hipertensos cadastrados no Hiperdia da Ramadinha II, de acordo com as condições sócio-demográficas	19
Tabela 3 - Fatores de risco e doenças concomitantes dos Hipertensos cadastrados no Hiperdia da Ramadinha II, de acordo com as condições sócio-demográficas	21
Tabela 4 - Presença de complicações dos Hipertensos cadastrados na UBSF da Ramadinha II, de acordo com as condições sócio-demográficas	23
Tabela 5 - Caracterização Qualidade de Vida dos Hipertensos cadastrados no Hiperdia da Ramadinha II.....	24

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	06
2 REFERENCIAL TEÓRICO	08
3 MATERIAIS E MÉTODOS	12
4 RESULTADOS E DISCURSÕES	13
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
REFERÊNCIAS	26

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) refere-se à doença cardiovascular como a primeira causa de morte mencionada nas sociedades ocidentais, sendo a hipertensão uma das três principais doenças responsáveis (FRANCISCHETTI; SANJULIANI, 2005).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um problema de saúde pública, uma vez que apresenta elevada prevalência e está associada a 40% das mortes por acidente vascular cerebral, 25% das mortes por doença coronariana aguda e, em combinação com o diabetes, por 50% dos casos de insuficiência renal. No Brasil, estudos de base populacional estimam que essa morbidade afete entre 20% e 30% da população adulta (CAD. SAÚDE PÚBLICA, 2015).

A HAS é uma doença de natureza multifatorial, frequentemente associada a alterações metabólicas e hormonais e fenômenos tróficos, representando grave problema de saúde no país, não só pela elevada prevalência, cerca de 20% da população adulta, como também pela acentuada parcela de hipertensos não diagnosticados, ou não tratados de forma adequada, ou ainda pelo alto índice de abandono ao tratamento (SILVA, 2008; MIRANZI *et al.*, 2008).

Diante desse contexto, observa-se o controle dos níveis tensionais (valores inferiores a 140mmHg de pressão arterial sistólica - PAS e a 90mmHg de pressão arterial diastólica - PAD) como importante condição para a redução da morbidade e mortalidade cardiovascular. Dados apontam uma relação contínua entre níveis tensionais e taxas de mortalidade cardiovascular, demonstrando ainda que uma redução média de 5mmHg na pressão arterial diastólica (e/ou 10mmHg na pressão sistólica) diminui o risco de acidente vascular cerebral em aproximadamente um terço e o risco de doença arterial coronariana em um sexto (CAD. SAÚDE PÚBLICA, 2015).

Ressalta-se ainda que o crescimento da população idosa e o aumento da expectativa de vida, associados a mudanças nos hábitos alimentares e no estilo de vida têm forte repercussão sobre o padrão de morbimortalidade, resultando no aumento da prevalência das doenças crônicas, em destaque a hipertensão (FUNCHS, 2004).

Hábitos como fumo e ingestão de bebida alcoólica merecem atenção na caracterização de uma população de hipertensos pela sua ligação com os níveis tensionais e, conseqüentemente, devem ser afastados com o objetivo de promover uma boa qualidade de vida (QV) aos hipertensos crônicos. Evitar fumo, bebida alcoólica e praticar atividade física regular constituem-se em elementos integrantes do tratamento não farmacológico (CAD. SAÚDE PÚBLICA, 2015).

Estudos epidemiológicos de base populacional são fundamentais para se conhecer a distribuição da exposição e do adoecimento por hipertensão no País e os fatores e condições que influenciam a dinâmica desses padrões de risco na comunidade. A identificação dos fatores de risco para doenças cardiovasculares, de estratégias de controle efetivas, combinadas com educação comunitária e monitoramento-alvo dos indivíduos de alto risco contribuíram para uma queda substancial na mortalidade, em quase todos os países desenvolvidos (REDDY, YUSUF, 1998).

O tratamento da HAS abrange duas abordagens terapêuticas: o tratamento não farmacológico baseado em modificações do estilo de vida (perda de peso, incentivo às atividades físicas, alimentação saudável, entre outros) e o tratamento farmacológico. Entretanto, pesquisas revelam que somente metade dos portadores de HAS possui níveis tensionais controlados. Existem evidências de que esses tendem a interromper o tratamento quando apresentam níveis tensionais controlados, por não associarem o efeito do tratamento contínuo à manutenção dos níveis pressóricos. Por outro lado, portadores que aderem às medidas terapêuticas podem apresentar redução insuficiente dos níveis tensionais e não perceberem devido à ausência de sintomas (CAD. SAÚDE PÚBLICA, 2015).

Sendo assim, no intuito de realizar um acompanhamento constante, e devido ao aumento dos agravos em pacientes portadores de doenças cardiovasculares, foi criado em 2002, um Plano de Reorganização da Atenção à HAS e DM (Diabetes Mellitus), denominado Hiperdia. Este programa objetiva atacar a fundo estes agravos, estabelecendo metas e diretrizes para ampliar ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle dessas patologias, através da reorganização do trabalho de atenção à saúde, das unidades da rede básica dos Serviços de Saúde (BRASIL, 2002).

A primeira década do século XXI oferece várias tecnologias para monitoramento destas doenças. Portanto, para a garantia da QV, é importante investir na prevenção da hipertensão, evitando agravos, hospitalização e consequentes gastos públicos, sendo necessária a intervenção de forma positiva da Unidade Básica de Saúde da Família no conhecimento da percepção dos indivíduos em relação à própria QV (MIRANZI *et al*, 2008). Mediante o exposto, este trabalho teve por objetivo avaliar a qualidade de vida e saúde de hipertensos cadastrados no hiperdia de uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) do município de Campina Grande/PB, acompanhados no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET- SAÚDE-2014/2015).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Hipertensão arterial é uma síndrome clínica caracterizada pela elevação da pressão arterial a níveis iguais ou superiores a 140 mm Hg de pressão sistólica e/ ou 90 mm Hg de diastólica, em pelo menos duas aferições subseqüentes obtidas em dias diferentes, ou em condições de repouso e ambiente tranquilo. Quase sempre acompanham esses achados de forma progressiva, lesões nos vasos sanguíneos com conseqüentes alterações de órgãos alvos como cérebro, coração, rins e retina. Geralmente, é uma doença silenciosa: não dói, não provoca sintomas, entretanto, pode matar. Quando ocorrem sintomas, já decorrem de complicações (CAMPOS JUNIOR, 2001).

No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais. E esse número é crescente; seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a Hipertensão Arterial é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Por ser na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico e tratamento é frequentemente negligenciado, somando-se a isso a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Atualmente, o tratamento para a hipertensão é baseado na mudança de estilos de vida e no uso de medicamentos anti-hipertensivos. No entanto, diversos estudos demonstraram que o controle da pressão arterial permanece inadequado em mais de metade dos hipertensos; e isso se deve principalmente ao fracasso terapêutico e baixa adesão ao tratamento (NOLASCO *et al*, 2015).

Outro aspecto que merece atenção e que interfere na hipertensão, é a modificação no perfil da população brasileira com relação aos hábitos alimentares, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso e prática de atividade física, pois estes em conjunto com doses progressivas de medicamentos resultarão em alcançar os níveis recomendados de pressão arterial (CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2006).

Os fatores de risco associados à hipertensão podem ser resumidos em: idade, sexo, etnia e da classe social, tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação, sociológica e social (comportamentais modificáveis) e excesso de peso, obesidade, dislipidemia, diabetes mellitus (metabólica modificável) (NOLASCO, 2015).

Fatores não modificáveis ou risco não evitáveis inerentes ao indivíduo; mas, no entanto, eles estão associados ao estilo de vida modificáveis, por isso, eles podem ser evitados, minimizados, ou melhor ainda, eliminados (NOLASCO, 2015).

Devemos ter em mente que esta é uma doença crônica, sendo assim o objetivo do tratamento é eliminar os sintomas, prevenir complicações e, assim, melhorar o bem-estar do doente. Resultados como mortalidade, morbidade e expectativa de vida, não são suficientes para avaliar a qualidade dos serviços de saúde, e o interesse emergente no estudo da qualidade de vida surge (NOLASCO, 2015).

Para que aconteçam essas mudanças na vida dos hipertensos, é imprescindível o envolvimento dos profissionais da saúde na elaboração de novas estratégias de saúde pública, cabendo a equipe multidisciplinar abordar aspectos de prevenção de doenças e de promoção à saúde, prestar informações ao público alvo, implementar programas educativos e avaliá-los periodicamente, visando à melhoria das ações desenvolvidas e à adequação das mesmas às novas realidades e o controle da hipertensão arterial. Visando não só a implementação de modelos de atenção à saúde que incorporem estratégias diversas individuais mas também as estratégias diversas coletivas a fim de melhorar a qualidade da atenção e alcançar o controle adequado dos níveis pressóricos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Na prática assistencial os profissionais que atuam na Atenção Básica, notadamente os da Estratégia de Saúde da Família, exercem importante função tanto no controle e tratamento dos hipertensos, quanto na prevenção de complicações e educação para a saúde, sendo o espaço dos serviços e a comunidade que compõe a UBSF, cenários privilegiados para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde e detecção precoce de agravos. A Estratégia Saúde da Família é a estratégia do Ministério da Saúde que objetiva a reorganização da atenção básica, na lógica da vigilância à saúde e traz uma concepção de trabalho em saúde baseada nos conceitos de qualidade de vida, responsabilização e vínculo entre as equipes e os usuários (SOUZA; SILVA; MALDONADO, 2003).

O grande desafio, sobretudo, da Atenção Básica, notadamente da Saúde da Família, espaço prioritário e privilegiado de atenção à saúde que atua com equipe multiprofissional e cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos; e o grande impacto da morbimortalidade cardiovascular na população brasileira, que tem a HAS como importante fator de risco, traz um desafio para o sistema público de saúde: a garantia de acompanhamento sistemático dos indivíduos identificados como portadores desses agravos, assim como o desenvolvimento de ações referentes à promoção da saúde e à

prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2006 apud LIMA; GAIA; FERREIRA, 2012).

É preciso ter em sabedoria que a manutenção da motivação do paciente em não abandonar o tratamento é talvez uma das batalhas mais árduas que profissionais de saúde enfrentam em relação ao paciente hipertenso. Ressalta-se que um grande contingente de pacientes hipertensos também apresenta outras comorbidades, como diabete, dislipidemia e obesidade, o que traz implicações importantes em termos de gerenciamento das ações terapêuticas necessárias para o controle de um aglomerado de condições crônicas, cujo tratamento exige perseverança, motivação e educação continuada (CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2006).

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. A OMS conceitua qualidade de vida como sendo “a percepção do indivíduo, de 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”.

Deve notar-se que a "qualidade de vida" não é o mesmo que o estado de saúde, estilo de vida, a satisfação com ele, o estado mental ou bem-estar, mas é um conceito multidimensional que inclui a percepção do indivíduo sobre estes e outros aspectos de sua vida. Este conceito tem levado a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS). Refere-se à satisfação do indivíduo em termos de aspectos físicos, sociais e psicológicos da sua vida, na medida em que eles afetam ou não a saúde do indivíduo (NOLASCO *et al*; 2015).

Para Carvalho et al (2012, p. 2),

Qualidade de Vida é utilizado, como indicador nos julgamentos clínicos de doenças específicas, avalia o impacto físico e psicossocial que as enfermidades podem acarretar para as pessoas acometidas, permitindo um melhor conhecimento acerca do paciente e de sua adaptação à condição de estar doente (CARVALHO, et al, 2012, p.2).

Relata-se ainda que pacientes hipertensos possuíam diminuição significativa da QV quando comparados com normotensos.

Segundo Ribeiro *et al*; (2015, p. 3), “a HAS contribui significativamente para modificações na Qualidade de Vida (QV) das pessoas por interferir na capacidade física, emocional, interação social, atividade intelectual, exercício profissional e outras atividades do cotidiano”.

Minayo; Hartz; Buss (2000) afirmam que a QV é um elemento que tem sido alvo de crescente interesse científico e público em geral por ser um conceito inerentemente humano,

relacionado ao grau de satisfação nas diferentes esferas (familiar, amorosa, social e ambiental). Compreende conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que se relacionam em diferentes momentos.

Existe uma variedade de instrumentos para avaliar a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS). “Esses permitem avaliar o impacto de uma doença crônica sobre a vida do paciente e oferecem um tipo de resultado do tratamento baseado na percepção do próprio indivíduo sobre seu estado geral de saúde” (CARVALHO *et al*; 2012, p. 2).

A qualidade de vida (QV), segundo a OMS, é definida como a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto cultural e no sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. A QV compreende, de modo geral, a percepção da saúde e seu impacto sobre as dimensões sociais, psicológicas e físicas (CAD SAÚDE PÚBLICA, 2004).

No que se refere à saúde coletiva e políticas públicas, as informações sobre a QV tem 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 doenças. Outro aspecto de interesse está relacionado às práticas assistenciais, com indicadores clínicos para avaliar o impacto físico e psicossocial que a enfermidade pode acarretar para o indivíduo (CAD SAÚDE PÚBLICA, 2004).

O século XX foi marcado por uma mudança no perfil de morbimortalidade em todo mundo. Desde a década de 60, a perspectiva de aumento acentuado da longevidade tem determinado alta prevalência de doenças crônicas e degenerativas. Com o aumento da sobrevivência dos pacientes com doenças crônicas e/ou graves, a Qualidade de Vida (QV) passou a ser mais valorizada e a importância de sua avaliação foi reconhecida e incorporada aos ensaios clínicos (SCHRAMM, 2004; ARBEX, 2009).

A avaliação da QV fornece subsídio para elaboração de estratégias de tratamento eficazes. 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 QV para esta população. Assim, para uma avaliação mais precisa do impacto gerado por esta condição de saúde, é necessário considerar, além dos déficits neurológicos e incapacidades, a percepção do paciente sobre sua saúde e assim, caracterizar sua qualidade de vida (QV) (STURM *et al*; 2004; SUENKELER, 2002).

Sendo assim afirma-se que hoje o modelo brasileiro de atenção à saúde originou-se de um processo de descentralização e regionalização, que entre outras medidas, implementou o Programa Saúde da Família (PSF). A atuação das equipes multiprofissionais em áreas

adstritas, na assistência, prevenção e promoção da saúde aproximou a população dos serviços. Entre os programas englobados pelo PSF, o hiperdia destaca-se, por atender usuários acometidos por duas das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) mais prevalentes, a hipertensão e o diabetes, que pelo caráter crônico, podem afetar a qualidade e o estilo de vida destes usuários (RIBEIRO *et al*; 2015).

3 MATERIAS E MÉTODOS

Desenvolveu-se um estudo epidemiológico de corte transversal, com caráter descritivo, de abordagem quantitativa, que buscou um retrato instantâneo da qualidade de vida e saúde de 84 indivíduos com hipertensão arterial, acompanhados no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET- SAÚDE/2014/2015), de ambos os sexos. A pesquisa foi conduzida em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), localizada no bairro da Ramadinha II/III no município de Campina Grande/PB. A população do estudo foi composta por 530 indivíduos hipertensos, cadastrados nessa UBSF. A amostra foi constituída por 84 indivíduos, dado numérico adquirido com o cálculo amostral, com um erro de 10%.

A seleção dos sujeitos ocorreu por acessibilidade, à medida que estes compareciam à UBSF no período da coleta de dados pré determinada. Foram adotados como critérios de inclusão: ser hipertenso cadastrado no hiperdia da UBSF da Ramadinha II/III, e estarem conscientes, orientados e capazes de se comunicarem oralmente. Para a coleta dos dados conduziu-se, então, entrevista individual realizada pela investigadora, na própria UBSF, com o tempo de, aproximadamente, vinte minutos. A entrevista se deu por meio de um questionário para caracterização dos sujeitos da pesquisa dividido em duas partes: A primeira (Apêndice) abordando questionamentos sócio demográficos e estado geral de saúde dos indivíduos. A segunda (Anexo) abordou a qualidade de vida, com o SF-36 (WARE, 1992).

O *Short Form-36 (SF-36)* é um instrumento de medida de qualidade de vida desenvolvido no final dos anos 80 nos EUA. Este instrumento foi traduzido e validado no Brasil para avaliar a qualidade de vida em pacientes com artrite reumatoide e mostrou-se adequado às condições socioeconômicas e culturais da população brasileira. Constitui um instrumento genérico de fácil administração e compreensão, que considera a percepção dos indivíduos quanto ao seu próprio estado de saúde e contempla os aspectos mais representativos da saúde (WARE, 1992; CICONELLI, 1999; OLIVEIRA *et al*, 2008).

Este apresenta 36 itens ou questões e é dividido em nove domínios, a saber: 1. Estado geral de saúde (GS), com dez itens; 2. Evolução do estado de saúde (EV), que realiza

comparação das condições de saúde atual às percebidas há um ano, com cinco itens; 3. Capacidade funcional (CF), com dez itens; 4. Desempenho físico (DF), com dez itens; 5. Aspectos emocionais (AE), com dez itens; 6. Aspectos sociais (AS), com dez itens; 7. Dor (DR), com dez itens; 8. Vitalidade (VT), com dez itens; 9. Saúde mental (SM), com cinco itens. Para cada item, o paciente deveria escolher apenas uma opção.

Para cada domínio do SF-36, os itens foram codificados e transformados em escala de zero a 100 pontos. Dessa forma, obtém-se um escore médio: o maior escore indica melhor estado de saúde ou qualidade de vida, e os escores menores pior situação ou qualidade de vida prejudicada.

Os dados foram armazenados, analisados e tratados estatisticamente através de software IBM SPSS *Statistics (Statistical Package for Social Science)* versão 18.0, através do qual foi realizada a estatística descritiva. O nível de significância considerado foi de 5% ($p < 0,05$). Na análise descritiva foi utilizada distribuição de frequência e medidas de tendência central e dispersão. Na análise inferencial usou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov, sendo observada a normalidade dos dados. Para descrever os valores dos domínios do SF-36 foram empregados média e desvio padrão (média \pm DP) e aplicado o teste de Mann-Whitney nas análises de distribuição dos valores obtidos pelos 84 portadores de hipertensão arterial nos diferentes domínios do SF-36.

Visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado, o estudo seguiu as recomendações preconizadas na Resolução nº466/12, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS, e foi aprovado pelo Comitê de Ética da UEPB, sob o CAAE: 57510716.8.0000.5187.

4 RESULTADOS E DISCURSÕES

Foram analisados 84 questionários dos hipertensos cadastrados no hiperdia da Ramadilha II/III. A média de idade identificada foi de 54 anos. Em relação ao sexo, 89,28% eram mulheres. A maioria dos participantes apresentava-se com cônjuge (54,77%). Quanto ao nível de escolaridade, a maioria possuía Ensino Fundamental Incompleto (EFI), representado por 42,86%, conforme visualizado na Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização dos indivíduos hipertensos cadastrados no Hiperdia da Ramadilha II/III, de acordo com os dados sócio-demográficos

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS	N	%
Sexo		
Masculino	9	10,7
Feminino	75	89,3
Estado Civil		
Com Cônjuge	46	54,8
Sem Cônjuge	38	45,2
Escolaridade		
Analfabeto	17	20,2
EFI*	36	42,8
EFC**	9	10,7
EMI***	11	13,1
EMC****	9	10,2
ES*****	2	2,4

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016.

Legenda: EFI*: Ensino Fundamental Incompleto; EFC**: Ensino Fundamental Completo; EMI*** Ensino Médio Incompleto; EMC**** Ensino Médio Completo; ES***** Ensino Superior.

A idade dos indivíduos variou entre 27 e 81 anos, estando pertinente com a literatura, alguns estudos têm demonstrado que a hipertensão arterial tem maior prevalência em indivíduos acima de 35 anos. A *World Health Organization* (1978) afirma que na maioria das populações, a Pressão Arterial é mais baixa no nascimento, crescendo sub-sequentemente durante toda a vida do indivíduo, para a Pressão Arterial Sistêmica continuamente, e para a Pressão Arterial Diastólica subindo até a quinta década para homens, e até a sexta década para mulheres, declinando daí por diante.

O presente estudo apresentou uma maioria do sexo feminino, em consonância com o estudo de Rohden (2003 apud AMORIM, 2013, p. 13), “onde o mesmo esclarece que as mulheres se preocupam mais com a saúde do que os homens devido a sua natureza biológica”. Para Shraiber, Gomes e Couto (2005 apud AMORIM, p. 14), “as mulheres se cuidam mais do que os homens por fatores culturais, pois a disposição e a habilidade para cuidar são culturalmente definidas como características femininas”.

As mulheres são a maioria da população brasileira, 51,6% (PNAD, 2014) e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Elas frequentam os serviços de saúde

como usuárias, mas também como acompanhantes de crianças e outros familiares, pessoas idosas, com deficiência, vizinhos, amigos. São também cuidadoras, não só das crianças ou outros membros da família, mas também de pessoas da vizinhança e da comunidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Segundo Assis *et al* (2009, p. 266),

A mudança do padrão de vida das mulheres talvez explique, em parte, a ocorrência de dados tão alarmantes em relação às doenças cardiovasculares: ao lado das responsabilidades tradicionais com a casa, filhos, marido e parentes idosos, as mulheres adquiriram as responsabilidades que antes se destinavam ao homem; trabalho fora do lar e necessidades financeiras decorrentes de abandono, divórcio e viuvez são exemplos disso. Ao mesmo tempo, as mulheres adquiriram “hábitos de homem”: dietas irregulares e sem restrição de gorduras e carboidratos, fumo, álcool, falta de atividade física regular e de repouso adequado (ASSIS *et al*, 2009, p. 266).

No que se refere à escolaridade, os resultados mostraram que a maior parte dos indivíduos não concluiu o Ensino Fundamental, o que pode ser decorrente da falta de oportunidades de estudo, e conseqüentemente a busca precoce por emprego. Embora não existam estudos internacionais com metodologia padronizada para a avaliação da influência da Classe Social, tem-se notado uma relação inversa da prevalência de hipertensão arterial com a escolaridade formal, a posição social na ocupação e a renda familiar. “Isto é, quanto mais privilegiado o indivíduo na sociedade, menor a prevalência da hipertensão arterial” (LOLIO, 1990, p. 428). Essa informação é confirmada segundo o Informe de Atenção Básica (2001), que diz que a adesão ao tratamento tende a ser menor em indivíduos com baixa escolaridade, o que eleva a responsabilidade das Unidades básicas de saúde da família em desenvolverem atividades educativas, com ênfase para o controle da doença e promoção da saúde.

Por outro lado, há outras evidências que estas mesmas variáveis (renda, ocupação, escolaridade) estão associadas com a situação urbana da moradia do entrevistado, ao estresse psicossocial. Page (1983) mostrou que a migração de indivíduos de áreas rurais para zona urbana é fator importante para elevação da PA e aumento da prevalência da mesma.

Em relação aos hábitos de vida, de acordo com o visualizado na tabela 2, a maioria dos entrevistados referiu nunca ter fumado (88,1%), ingerido bebidas alcoólicas (92,9%) e mais da metade não praticava exercícios físicos regulares (69%), não aderindo ao tratamento

não-medicamentoso, em controvérsia quase todos os hipertensos crônicos (98,8%) fazem uso da adesão medicamentosa.

Tabela 2 - Estado geral de saúde dos Hipertensos cadastrados no Hiperdia da Ramadilha II, de acordo com as condições sócio-demográficas

HÁBITOS DE VIDA	N	%
Fumante		
Sim	10	11,9
Não	74	88,1
Consome bebidas alcoólicas		
Sim	6	7,1
Não	78	92,9
Pratica atividade física		
Sim	26	31
Não	58	69
Diagnóstico de outra doença		
Sim	55	65,5
Não	29	34,5
Toma medicamentos regularmente		
Sim	83	98,8
Não	1	1,2

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016

Está indicado a todos os hipertensos a adoção de tais modificações no estilo de vida, que comprovadamente reduzem a pressão arterial: redução do peso corporal, da ingestão do sal e do consumo de bebidas alcoólicas, prática de exercícios físicos com regularidade, e a não-utilização de drogas que elevam a pressão arterial (NOBRE; RIBEIRO; MION JUNIOR, 2009).

Neste estudo observa-se que 65% dos indivíduos hipertensos entrevistados, apresentam diagnósticos de outras doenças e, dentre elas, a de maior prevalência com 16,35% encontra-se o Diabetes Mellitus, em segundo lugar com 10,9% está a osteoartrose, gastrite, e osteoporose, em terceiro lugar com 7,3% aparece a depressão, e por fim está o calculo renal,

com 5,45%. Esses dados podem ter alguma relação com exercício físico regular, especialmente observado no estudo.

Lopes e Moraes (2009) afirmam que há uma associação entre o baixo nível de atividade física ou condicionamento físico com a presença de hipertensão arterial. E, por outro lado, grandes ensaios clínicos aleatorizados e metanálises não deixam dúvidas quanto ao efeito benéfico do exercício sobre a pressão arterial de indivíduos hipertensos leves e moderados. Isto é, o treinamento físico reduz significativamente a pressão arterial em pacientes com hipertensão arterial sistêmica.

Ainda no que diz respeito à atividade física, esta tem um efeito hipotensor na pressão arterial, além de auxiliar no controle de outros fatores de risco como excesso de peso e dislipidemias, reduzindo assim o risco cardiovascular global. Níveis elevados de colesterol, juntamente com hipertensão arterial, representam mais que 50% do risco atribuível para doença coronária (ASSIS *et al*, 2009).

O tabagismo, etilismo e alterações psicoemocionais também podem ser mencionados como contribuintes para a elevação da pressão arterial, considerado chave para a instalação de doenças cardiovasculares e associação a HA. (NOBRE; RIBEIRO; MION JUNIOR, 2009).

As doenças concomitantes da HA derivam das modificações anatómicas e fisiológicas decorrentes do regime de pressão a que estão submetidas as câmaras cardíacas e, também, da aceleração do processo aterosclerótico. A HA atua sinergicamente com outros fatores de risco aterogênicos como a hiperlipidemia, o diabetes mellitus, a obesidade, o sedentarismo dentre outros (LOLIO, 1990).

Em relação à herança da doença, as evidências apontam para agregação familiar dos casos ao, menos em parentes de primeiro grau, embora existam vícios de medida (por uma informação mais frequente dos hipertensos de que seus ascendentes ou descendentes são hipertensos) e vícios de confusão (porque as pessoas podem ter não só em comum o mesmo patrimônio genético mas também a mesma dieta e o mesmo ambiente de vida) (PAGE, 1983); o que justifica o elevado número de hipertensos representado por 57,1% de indivíduos que apresentam antecedentes familiares-cardiovasculares presentes no estudo, conforme a tabela 3.

Tabela 3 - Fatores de risco e doenças concomitantes dos Hipertensos cadastrados no Hiperdia da Ramadilha II, de acordo com as condições sócio-demográficas

FATORES DE RISCO	N	%
Antecedentes Familiares-cardiovasculares		
Sim	48	57,1
Não	36	42,9
Diabetes mellitus tipo I		
Sim	43	51,2
Não	41	48,8
Diabetes mellitus tipo II		
Sim	38	45,2
Não	46	54,8
Sobrepeso/obesidade		
Sim	52	61,9
Não	32	38,1
Sedentarismo		
Sim	70	83,3
Não	14	16,7

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016

Ressalva-se ainda que na literatura, a forma de herança foi motivo da controvérsia de PLATTY, 1963; PICKERING, 1988 apud LOLIO, 1990, o primeiro propunha que a base da herança era um gene único, com dominância incompleta, que determinaria a "qualidade" de ser ou não hipertensos; o segundo afirmava que a herança seria poligênica, influenciando sobre o nível ("quantitativo") da pressão arterial.

A prevalência de hipertensão em indivíduos diabéticos é duas vezes maior que numa população de não-diabéticos. Essa proporção é válida para o diabetes melito do tipo 2 e, provavelmente, também para o tipo 1. No atual estudo observa-se uma porcentagem de 51,2% de indivíduos com diabetes tipo I e 45,2% de indivíduos portadores de diabetes tipo II.

No estudo de Assis *et al.* (2009) foi observado que a ocorrência de hipertensão arterial esteve fortemente ligada ao excesso de peso. Demonstrou-se ainda que, em uma

população urbana de baixa renda, a massa corporal é um importante determinante da elevação da pressão arterial, visto que os dois fatores estão fortemente associados.

Neste estudo foi determinada uma média de 70,4 ($\pm 14,1$) em kg no peso corporal e média de 1,57 ($\pm 0,82$) em altura, medida em cm, concluindo um número alto de hipertensos com excesso de peso, outro fator de risco. Segundo Lopes e Moraes (2009), a perda de 10 kg pode diminuir a pressão arterial sistólica em 5 a 20 mmHg, sendo a medida não-medicamentosa de melhor resultado. Uma dieta com baixa caloria e um aumento do gasto energético com atividades físicas são fundamentais para a perda de peso.

Para Rondon e Brum (2003 apud LOPES; MORAES, 2009, p. 5),

São considerados padrões alimentares adequados para Hipertensão: ter uma dieta rica em vegetais, frutas, verduras, grãos, fibras, alimentos com baixa densidade calórica e baixo teor de gorduras saturadas (alimentos cozidos, assados, grelhados ou refogados, com temperos naturais). Limitar a ingestão de sal, álcool, gema de ovo, crustáceos e margarinas. Evitar doces, frituras e derivados do leite integral (RONDON E BRUM, 2003 apud LOPES, MORAES, 2009, p. 5).

As pessoas sedentárias apresentam maior probabilidade de desenvolver hipertensão quando comparadas a pessoas fisicamente ativas, fato observado no estudo. Forjaz (2003 apud LOPES; MORAES, 2009, p. 6) afirma que “o treinamento físico aeróbio provoca importantes alterações autonômicas e hemodinâmicas que vão influenciar o sistema cardiovascular”. Tem sido documentada por meio de estudos epidemiológicos uma associação entre o baixo nível de atividade física ou condicionamento físico com a presença de hipertensão arterial. E, por outro lado, grandes ensaios clínicos aleatorizados e metanálises não deixam dúvidas quanto ao efeito benéfico do exercício sobre a pressão arterial de indivíduos hipertensos leves e moderados. Isto é, o treinamento físico reduz significativamente a pressão arterial em pacientes com hipertensão arterial sistêmica (LOPES; MORAES, 2009).

Quanto as complicações hipertensas, observa-se na tabela 4 um maior domínio da presença de “outras cardiopatias”, com escore de 62 pontos.

Tabela 4 - Presença de complicações dos Hipertensos cadastrados na UBSF da Ramadinha II, de acordo com as condições sócio-demográficas

COMPLICAÇÕES	N	%
Infarto agudo do miocárdio		
Sim	10	11,9
Não	74	88,1
Outras cardiopatias		
Sim	62	73,8
Não	22	26,2
AVC		
Sim	7	8,3
Não	77	91,7
Pé diabético		
Sim	5	6
Não	79	94
Amputação por diabetes		
Sim	0	0
Não	84	100
Doença renal		
Sim	15	17,9
Não	69	82,1

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016.

Foi analisado neste estudo a presença significativa de Hipertensos portadores de cardiopatias, 73,8%. Explica-se o fato porque as alterações morfológicas e fisiológicas são frequentemente observadas no órgão do coração, que como consequência da hipertensão o mesmo pode desenvolver uma hipertrofia ventricular esquerda, uma insuficiência cardíaca ou uma doença coronária (LOLIO, 2009).

Na tabela 5, e demonstrado quanto à caracterização da qualidade de vida através do SF-36, constata-se que o menor escore registrado estava relacionado à Dor, com escore de 37,74 (\pm 27,25). O maior escore identificado foi Aspectos Sociais, com valor de 57,29 (\pm 22,22).

Tabela 5 – Caracterização Qualidade de Vida dos Hipertensos cadastrados no Hiperdia da Ramadinha II

DOMÍNIOS DO SF-36	ESCORE
Aspectos Sociais	57,29
Limitação por aspectos físicos	55,95
Limitação por aspectos emocionais	53,57
Estado Geral de Saúde	51,55
Capacidade Funcional	51,43
Saúde Mental	47,29
Vitalidade	40,83
Dor	37,74

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016.

Na análise dos diferentes domínios da escala de qualidade de vida, observou-se que o maior comprometimento ocorreu em “dor”, com escore de 37,74 pontos, considerando-se a média muito inferior a 60 pontos e a faceta de maior escore foi “aspectos sociais”, com 57,29 pontos. Os demais domínios, entretanto, apresentam valores ou qualidade de vida entre 37,74 e 57,29 pontos, índices também considerados baixos. Dessa forma, verifica-se o atingimento negativo em todos os domínios da escala SF-36, já que a melhor qualidade de vida deveria ser 100 pontos, ou próxima à isso, sugerindo que a hipertensão, por sua cronicidade, pode levar a má qualidade de vida do indivíduo.

Na avaliação do domínio “dor”, que investiga a presença de sofrimento durante as últimas 4 semanas, fundamentando-se na intensidade da dor, e interferência nas atividades de vida diária, observaram-se índices extremamente baixos, 37,74 pontos, indicando a interferência deste fenômeno na vida dos entrevistados. A doença hipertensiva é considerada silenciosa e assintomática. Estudos realizados demonstraram que as pessoas, ao serem questionadas sobre dor na hipertensão, referiram sintomas como: dores de cabeça, dores no peito, tontura, alterações nos batimentos cardíacos, alterações visuais e agitações. Conforme se percebe, apesar de a medicina caracterizar os sintomas como inespecíficos, as pessoas apresentam como sintomatologia sensações corpóreas bem específicas, que podem causar interferência nas atividades cotidianas, com prejuízos na qualidade de vida (CAD. SAÚDE PÚBLICA, 2008).

O baixo escore obtido no domínio dor pode justificar o baixo rendimento no domínio da vitalidade, que para Amorim (2013, p.15), “é a atribuição dada aos seres vivos de gerar movimento”; conseqüentemente, ao se examinar o domínio “vitalidade”, que considera o nível de energia e o de fadiga, verificou-se o valor de 40,83 (\pm 14,45) pontos, o segundo índice mais baixo, sugerindo que conviver com a hipertensão interfere na disposição, ressaltados os comentários relacionados à fadiga ligada à idade, tempo de doença e outras comorbidades.

Pressupondo que para gerar movimento é necessária ausência de dor e esses dois domínios na pesquisa realizada apresentaram um baixo escore, o que conseqüentemente leva a uma diminuição do domínio “estado geral de saúde” dos participantes estudados, pois para Silva (1997 apud AMORIM, 2013, p.15), “estado geral de saúde significa ter uma condição de bem-estar que inclui o bom funcionamento do corpo, o vivenciar uma sensação de bem-estar psicológico e principalmente uma boa qualidade nas relações que o indivíduo mantém com as outras pessoas e com o meio ambiente”.

Ainda sobre o “estado geral de saúde”, observou-se que os pacientes percebem seu estado de saúde como bom e sua evolução como quase a mesma coisa, do que há um ano. Como provável explicação para essa manifestação pode-se aventar a idéia de que estar inscrito em um programa de tratamento, no qual recebem atenção da equipe de saúde e medicamentos, torna a qualidade de vida do portador de hipertensão arterial melhor do que antes, diminuindo complicações futuras. Esse fato pode também estar relacionado ao tratamento e à conscientização do paciente acerca da doença.

O domínio “saúde mental” investiga a presença de ansiedade, depressão, alterações do comportamento, descontrole emocional e bem-estar psicológico. Foram apurados 47,29 (\pm 14,99) pontos, baixa pontuação; enfatiza-se ainda que 25% dos entrevistados confirmaram diagnóstico de depressão, fator de indicação para comprometimento da qualidade de vida dos indivíduos em estudo.

Ao se observar os valores do domínio “capacidade funcional”, investigou-se a presença e extensão das limitações relacionadas a atividades do dia-a-dia. Sendo assim, encontrou-se o total de 51,43 (\pm 32,05) pontos, sugerindo prejuízo na capacidade funcional dos hipertensos crônicos e dificuldades físicas para prática do exercício físico.

A “limitação por aspectos emocionais” com escore de 53,57 (\pm 46,57) pontos estaria intimamente ligada às “limitações por aspectos funcionais” com escore de 55,95 (\pm 46,18) pontos, pois segundo Amorim (2013, p.16), “estas alteram o desempenho das atividades básicas de vida diária e das atividades instrumentais, afetando o funcionamento social e psicológico, contribuindo assim para a limitação desse aspecto”.

O domínio de menor comprometimento foi “aspectos sociais” com escore de 57,29 (\pm 22,22) pontos. Foi possível observar que 29% dos hipertensos afirmaram que a sua saúde física não interferia de forma nenhuma nas atividades sociais, tanto em relação a família, como amigos e grupos sociais, e 50% dos indivíduos disseram que em nenhuma parte do tempo deixou de realizar atividades de lazer devido a sua saúde física; entretanto é evidente que a qualidade de vida não está ainda com o escore desejado.

Conforme descrito, a percepção da hipertensão como doença crônica conduz o paciente a um sentimento de desânimo, tristeza e depressão, e é um agravante no momento de mudar de hábito ou de estilo de vida exigido pela doença (REV.SAÚDE PÚBLICA, 2003).

O desconhecimento da importância da adesão ao tratamento induz a várias e importantes considerações, que devem estar presentes no acompanhamento pelos profissionais de saúde. Os hipertensos cadastrados no programa hiperdia da Ramadilha II/III apresentavam pouco ânimo para realizar o tratamento não medicamentoso, como exemplo a adoção de estilo de vida saudável, como planejamento alimentar com redução do sal e alimentos hipercalóricos, manejo de situações estressantes e atividade física regular, e todos estes devem fazer parte da assistência direcionada aos hipertensos (CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA, 2011).

No presente estudo, verificou-se, que os hipertensos não realizavam atividade física, o que sem dúvida contribui para controle menos efetivo da hipertensão. A redução da pressão arterial ocorre mesmo com atividades leves, como três sessões semanais com vinte minutos de duração. As orientações das V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, recomendam a prática regular de atividade física aeróbica, como caminhadas por pelo menos trinta minutos por dia, três a cinco vezes por semana, a dieta alimentar, o não consumo de sal, a prática de atividades físicas.

A literatura confirma que o exercício físico, com duração mínima de trinta minutos por dia e intensidade adequada, auxilia significativamente a reduzir a pressão arterial, além de promover bem-estar. Nesse contexto, conclui-se que a Fisioterapia, ciência que visa eliminar ou minimizar as limitações físicas e sociais impostas ao paciente por afecção aguda ou crônica, utiliza o exercício físico como instrumento de trabalho, assumindo papel fundamental na recuperação de indivíduos com disfunções cardiovasculares.

Os comportamentos e atitudes são de longa data e, para se obter mudanças ou minimizar atitudes que possam comprometer a realização adequada do tratamento, a equipe de saúde precisa ter conhecimento e habilidade de práticas de educação. A educação das pessoas com doenças crônicas, como a hipertensão, tem como finalidade influenciar o comportamento do hipertenso na obtenção de mudanças e manutenção das mesmas. Os objetivos educacionais se relacionam a ajudar o hipertenso a entender, conhecer e aceitar a doença; conhecer e reconhecer comportamentos de risco; informar sobre decisões do tratamento e diagnóstico; negociar e cumprir propostas de tratamento e enfrentar problemas de manutenção do tratamento (CIEN. SAÚDE COLET, 2008).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que ao se investigar a qualidade de vida e saúde dos hipertensos cadastrados no hiperdia da Ramadinha II/III, mediante utilização do SF-36, os pacientes apresentaram comprometimento geral em sua qualidade de vida. As facetas mais evidentes foram aqueles que investigaram “dor” e a “vitalidade”.

No entanto, ao se avaliar a percepção desses mesmos pacientes sobre seu estado de saúde, este foi manifestado como sendo bom ou equivalente ao do ano passado. Desse modo, contrariaram a avaliação feita pela SF-36. Essa resposta não era esperada, pois, de acordo com o instrumento, a cronicidade da doença e pela pauperização aparente dos pacientes, previa-se uma percepção mais pessimista sobre a condição de saúde. Diante deste fato e no meu trabalho como estagiaria no programa Hiperdia observo que tais resultados provavelmente decorrem do fato de que os pacientes encontram um serviço de saúde que disponibiliza profissionais capacitados, medicamentos específicos, trabalhos desenvolvidos em grupo e acompanhamento domiciliar, refletindo a Estratégia Saúde da Família no contexto social da população com melhoria da sua qualidade de vida e saúde.

Como observado, os profissionais que trabalham com esse grupo prioritário podem promover reflexões sobre comportamentos e hábitos de vida e, desta forma, contribuir para aumentar a percepção da doença e, ao mesmo tempo, melhorar a qualidade de vida e de saúde.

QUALITY OF LIFE OF HYPERTENSIVE REGISTERED IN HIPERDIA

RIBEIRO, Moranna Agra Alexandre ¹

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension (SAH) is a multifactorial chronic disease detection often late for its slow and silent progress that is serious public health problem in the country, being one of the main cardiovascular risk factors and high prevalence. The impact of uncontrolled hypertension can cause cerebrovascular accident (CVA), ischemic heart disease (IHD), heart failure, kidney failure and peripheral vascular ischemia. The risk of complications of hypertension in general is higher in men than in women. In older age groups this difference between the sexes is reduced, particularly the risk of cardiovascular complications, markedly increased in women after menopause. By the above, it is important to study the impact of hypertension on quality of life and health of chronic hypertensive patients. This study aimed to evaluate the quality of life and health in hypertensive registered HIPERDIA of a Basic Unit of Family Health (BFHU) in Campina Grande municipality / PB. As for the methodological aspects the study was oriented in the implementation of an epidemiological field study with descriptive quantitative approach, characterized as cross-sectional study, whose data were obtained through questionnaires for characterization of the research subjects and general health of individuals, and also the application of a questionnaire addressing the quality of life, with the SF-36. The information obtained were examined quantitatively by using descriptive statistics. The results showed a predominance of women (82.3%) compared to men; most participants had less than 8 years of education (42.8%). As for the characterization of the quality of life through the SF-36, this scores a 74,05 points. The data showed an average age of 54 years. Caveat also that 69.9% of hypertensive respondents did not exercise, therefore 83.3% are sedentary; also noted that 65.5% had diagnosis of another disease, a proportionally greater number of those had other diseases and as worse risk factor 61.9% of hypertensive patients are overweight / obesity. It is concluded that patients had high commitment to their quality of life, however, when evaluating the patients' perception of their health status, this was manifested as good, if making necessary further investigation about the theme with these individuals.

Key words: Hypertension. Quality of life. Cheers.

¹ Academic of the 10th period Physiotherapy Course
State University of Paraíba (UEPB), Campina Grande, Paraíba, Brazil.
Email: moranna.ribeiro@hotmail.com.br

REFERÊNCIAS

AMORIM, Thalles Palmeira de Lucena. **Qualidade de Vida dos Usuários da Escola de Postura da UEPB**. 2013. 33f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande - PB, 2013.

ASSIS, Luana Santos de. et al. A Atenção da Enfermeira à Saúde Cardiovascular de Mulheres Hipertensas. **Rev Enferm**, v. 13, n. 2. P. 365-270, abr-jun/2009. Disponível em: <file:///C:/Users/Vanessa/Downloads/art-4.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2016.

CAD SAÚDE PÚBLICA, v. 20, n. 1, Rio de Janeiro, jan/fev, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=0102-311X20040001&script=sci_issuetoc>. Acesso em: 24 ago. 2016.

_____. v. 24, n. 2, Rio de Janeiro, fev, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0102-311X20080002&lng=pt&nrm=>>. Acesso em: 24 ago. 2016.

_____. v. 31, n. 1, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0102-311X20150003&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 24 ago. 2016.

CAMPOS JUNIOR., R. et al. Hipertensão arterial: o eu tem a dizer o sistema nervoso. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 8, n. 1, p. 41-54, 2001.

CARVALHO, Michelle Adler Normando. et al. Qualidade de Vida de pacientes hipertensos e comparação entre dois instrumentos de medida de QVRS. **Arq. Bras. Cardiol.** v. 98, n. 5, São Paulo, mai, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2012000500010>. Acesso em: 24 ago. 2016.

CICONELLI, R. M. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 143-150, mai./jun. 1999.

CRUZERA, A. B.; UTIMURA, R.; ZATZ, R. A hipertensão no diabetes. **HiperAtivo**, v. 5, n. 4, p. 261-266, out./dez. 1998. Disponível em: <file:///C:/Users/Vanessa/Downloads/artt%202..pdf>. Acesso em: 24 ago. 2016.

FRANCISCHETTI, E. D.; SANJULIANI, A. F. Tópicos especiais em hipertensão arterial. In: NÓBREGA, A. C. L.; CASTRO, R. R.T. **Hipertensão Arterial e Exercício**. São Paulo: BBS Editora, 2005. p. 225-231.

FUNCHS, F.D. Hipertensão arterial sistêmica. In: DUNCAN BB, Schmidt MI. et al. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseada em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2004. p.641-656.

LIMA, Aisleide de Souza; GAIA, Edviges de Souza Magalhães; FERREIRA, Micherllyayne Alves. A importância do Programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família do município de Serra Talhada - PE, para adesão dos hipertensos e diabéticos ao tratamento medicamentoso e dietético. **Saúde Coletiva em Debate**, v. 2, n. 1, p. 30-29, dez. 2012. Disponível em: <file:///C:/Users/Vanessa/Downloads/artigo02%20(1).pdf>. Acesso em: 23 ago. 2016.

LOLIO, Cecília Amaro de. Epidemiologia da Hipertensão Arterial. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, n. 5, p. 425-432, 1990. Disponível em: <file:///C:/Users/Vanessa/Downloads/artg-5.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2016.

LOPES, Louisy Oliveira; MORAES, Elzira Diniz de. **Tratamento Não-Medicamentoso para Hipertensão Arterial**. 2009. Disponível em: <file:///C:/Users/Vanessa/Downloads/Art-1.-tratamento-nao-medicamentoso.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7075.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em: < http://portalsaude.saude.gov.br/>. Acesso em: 23 ago. 2016.

MIRANZI, S. S. C. et al. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes *mellitus* e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 672-679, out./dez. 2008. Disponível em: <file:///C:/Users/Vanessa/Downloads/art%203.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2016.

NOBRE, Fernando; RIBEIRO, Artur Beltrame; MION JUNIOR, Décio. Controle da Pressão Arterial em Pacientes sob Tratamento AntiHipertensivo no Brasil - Controlar Brasil. **Nobre e cols. Controlar Brasil**. Disponível em: <file:///C:/Users/Vanessa/Downloads/2010%20controle%20da%20press%C3%A3o%20arterial%20em%20pacientes.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2016.

NOGUEIRA, Rafaela Araújo. et al. O Papel da Fisioterapia na Reabilitação Cardiovascular do Idoso Hipertenso. Disponível em: <http://www.favip.edu.br/arquivos/posters_fisioterapia_IIsemana.pdf>. Acesso em: 28 set. 2016.

NOLASCO. C. M. et al. Análisis de los factores asociados a la calidad de vida del paciente hipertenso; **Enferm Nefrol**, v.18, n. 4, Madrid oct.-dic. 2015.

OLIVEIRA, Elizabete Regina Araújo de. et al. Avaliação da qualidade de vida de indivíduos portadores de hipertensão arterial. **Rev. Odontol.** v. 10, n. 4, p. 9-16, 2008. Disponível em: <<file:///C:/Users/Vanessa/Downloads/453-382-1-PB.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2016.

REDDY, K.S.; YUSUF, S. Emerging epidemic of cardiovascular diseases in developing countries. **Circulation**, v. 97, p. 596-601, 1998

RIBEIRO, I. J. S.; et al. Qualidade de Vida de hipertensos atendidos na Atenção Primária à Saúde; **Saúde Debate**, v.39, n.105, Rio de Janeiro, apr./june 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000200432>. Acesso em: 23 ago. 2016.

SCHRAMM, J.M. de A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.4, p.897-908, 2004.

SILVA, C. A. et al. Hipertensão em uma unidade de saúde do SUS: orientação para o autocuidado. **Rev. Baiana de Saúde Pública**. v. 30, n. 1, 2008.

SOUZA, E.; SILVA, N. A.; MALDONADO, C. A necessidade de mudança nas estratégias de intervenção para controlar a hipertensão arterial. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 65-75, 2003.

STURM, J. W. et al. Quality of life after stroke: the North East Melbourne Stroke Incidence Study (NEMESIS). **Stroke**, v. 35, n. 10, p. 2340-2345, 2004.

SUENKELER, I. H. et al. Timecourse of health-related quality of life as determined 3, 6 and 12 months after stroke. Relationship to neurological deficit, disability and depression. **J. Neurol.**, v. 249, n. 9, p.1160-1167, 2002.

WARE, J. E. Sherbourne CD: The MOS 36 Item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. **Med Care**, n. 30, p. 473-483, 1992.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista da pesquisa: Qualidade de vida e saúde de hipertensos cadastrados no hiperdia

Código

Data da Avaliação: ____/____/____

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Idade: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

Data de Nascimento: ____/____/____

Estado civil: () Casado () Solteiro () Viúvo () Divorciado/Separado

Escolaridade: () Analfabeto () Ensino fundamental incompleto () Ensino fundamental completo () Ensino médio incompleto () Ensino médio incompleto () Ensino superior

FATORES DE RISCO E DOENÇAS CONCOMITANTES

Antecedentes familiares - cardiovasculares Não () Sim ()

Diabetes tipo 1 Não () Sim ()

Diabetes tipo 2 Não () Sim ()

Sedentarismo Não () Sim ()

Sobrepeso/Obesidade Não () Sim ()

Hipertensão arterial Não () Sim ()

PRESENÇA DE COMPLICAÇÕES

Infarto agudo miocárdio Não () Sim ()

Outras cardiopatias Não () Sim ()

AVC Não () Sim ()

Pé diabético Não () Sim ()

Amputação por diabetes Não () Sim ()

Doença renal Não () Sim ()

ESTADO GERAL DE SAÚDE:

Peso _____ Kg Altura _____ m

Fuma? Não () Sim ()

Consome bebidas alcoólicas? Não () Sim ()

Pratica atividade física? Não () Sim ()

Quantas vezes por semana? _____

Dorme quantas horas por dia? _____

Possui diagnóstico de alguma outra doença? Não () Sim ()

Qual? _____

MEDICAMENTOS

Toma algum tipo de medicamento regularmente? Não () Sim ()

Quantos? _____

ANEXOS

ANEXO A – Versão brasileira do questionário de qualidade de vida-SF-36

1- Em geral você diria que sua saúde é:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6

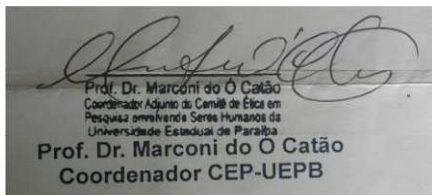
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

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

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

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

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

ANEXO B – Declaração do Comitê de Ética**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISADOR
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES
HUMANOS****PLATAFORMA BRASIL**

Título da Pesquisa: QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE DE HIPERTENSOS CADASTRADOS NO HIPERDIA

Pesquisador Responsável: Alecsandra Ferreira Tomaz

Orientandos: Moranna Ribeiro Alexandre

CAAE: 57510716.8.0000.5187

SITUAÇÃO DO PROJETO: APROVADO.

Data da relatoria: 05/07/2016

Apresentação do Projeto: Projeto intitulado “QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE DE HIPERTENSOS CADASTRADOS NO HIPERDIA”, encaminhado para análise, ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, com fins à obtenção de parecer favorável ao início das atividades propostas, as quais resultarão em Trabalho de

Conclusão de Curso, junto ao curso de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba – campus I.

Objetivo Geral da Pesquisa: Avaliar a qualidade de vida e saúde de hipertensos cadastrados no Hiperdia na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) da Ramadinha II, no município de Campina Grande/PB, acompanhados durante o Pet- saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios: Conforme a RESOLUÇÃO 466/12, do CNS/MS, toda pesquisa com seres humanos envolve riscos com graus variados. Segundo o pesquisador responsável, no protocolo enviado para a Plataforma Brasil, **Riscos e Benefícios:** Os riscos para os participantes da pesquisa são mínimos, tendo em vista que a mesma consiste

unicamente nas repostas a um questionário aplicado sob forma de entrevista, conforme disponibilidade dos sujeitos pesquisados e o anonimato serão mantidos. Os possíveis riscos podem estar relacionados à possibilidade de algum tipo de constrangimento no decorrer das respostas, além disso, pode-se provocar um desconforto pelo tempo exigido da entrevista. Benefícios: Com a delimitação da população hipertensa, evidenciando seu perfil social, de saúde e qualidade de vida, será possível conhecer o percentual de comorbidades da HAS, e sua correlação com estas. Levando ao melhor entendimento dessa população em estudo, com vistas a estabelecer estratégias mais eficazes para proporcionar uma melhor qualidade de vida e saúde no seu processo de acompanhamento neste programa (Hiperdia).

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: Trata-se de um estudo epidemiológico de corte transversal, descritiva, de abordagem quantitativa. A pesquisa será realizada na UBSF, localizada no bairro da Ramadinha II em Campina Grande/PB. A população do estudo será composta por 530 indivíduos hipertensos, de ambos os sexos, cadastrados no hiperdia dessa UBSF. A amostra será constituída por 85 hipertensos cadastrados na UBSF da Ramadinha II, dado numérico adquirido com o cálculo amostral, com um erro de 10%. A seleção dos sujeitos ocorrerá por acessibilidade, à medida que estes compareçam à UBSF no período da coleta de dados pré determinada, conforme o cronograma. Os critérios estabelecidos para a inclusão no estudo serão: concordar em participar do estudo, ser hipertenso cadastrado no Hiperdia da UBSF escolhida. Os critérios de exclusão serão hipertensos cadastrados no Hiperdia, porém com patologias que impeçam a devida comunicação durante o preenchimento do instrumento de coleta de dados. Para a coleta dos dados será utilizado um questionário para caracterização dos sujeitos da pesquisa divididos em duas partes: A primeira (Apêndice A) abordando questionamentos sócio-demográficos e estado geral de saúde dos indivíduos. A segunda (Anexo A) abordará a qualidade de vida, com o SF-36 (WARE, 1992). O *Short Form-36 (SF-36)* é um instrumento de medida de qualidade de vida desenvolvido no final dos anos 80 nos EUA. Este instrumento foi traduzido e validado no Brasil para avaliar a qualidade de vida em pacientes com artrite reumatoide e mostrou-se adequado às condições socioeconômicas e culturais da população brasileira. Constitui um instrumento genérico de fácil administração e compreensão, que considera a percepção dos indivíduos quanto ao seu próprio estado de saúde e contempla os aspectos mais representativos da saúde (WARE, SHERHOURNE; 1992, CICONELLI et al, 1999; OLIVEIRA; ORSINI, 2008). É composto por 36 itens, subdivididos em 8 domínios: “capacidade funcional” (CF), 10 itens - avalia a presença e extensão de limitações relaci

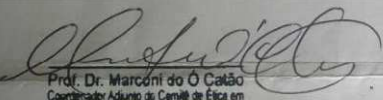
onadas à capacidade física; “aspectos físicos” (AF), 4 itens - avalia as limitações quanto ao tipo e quantidade de trabalho, bem como as dificuldades de realização do trabalho e das atividades da vida diária (AVDs); “dor” (D), 2 itens - avalia a presença de dor, sua intensidade e sua interferência nas AVDs; “estado geral de saúde” (EGS), 5 itens - avalia como o paciente se sente em relação a sua saúde global; “vitalidade” (V), 4 itens - considera o nível de energia e de fadiga; “aspectos sociais” (AS), 2 itens - analisa a integração do indivíduo em atividades sociais; “aspectos emocionais” (AE), 3 itens - avalia o impacto de aspectos psicológicos no bem-estar do indivíduo; e “saúde mental” (SM), 5 itens - inclui questões sobre ansiedade, depressão, alterações no comportamento ou descontrole emocional e bem-estar psicológico. Inclui ainda um item que avalia as alterações de saúde ocorridas no período de um ano. Os dados são analisados a partir da transformação das respostas de cada domínio em escore numa escala de zero (0) a cem (100), resultando em um estado geral de saúde pior ou melhor (CICONELLI ET al., 1999; MARTINEZ, 2002). Os dados de cada participante serão coletados num mesmo dia, durante o comparecimento a UBSF, em dias de Hiperdia.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: Ao analisar os documentos necessários para a integração do protocolo científico, encontramos a Folha de Rosto, Questionário para Coleta de Dados, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o Termo de Autorização Institucional, a Declaração de Concordância com o projeto de Pesquisa, o Termo de Compromisso do Pesquisador Responsável em cumprir os Termos da Resolução 466/12/CNS/MS, Carta de Anuência emitida Secretaria Municipal de Saúde/Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB. Estando tais documentos em harmonia com as exigências preconizadas pela Resolução 466/12/CNS/MS.

Recomendações: Os tópicos do projeto encontram-se bem articulados, havendo toda uma harmonia entre eles.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: O projeto atende as exigências protocolares. Diante do exposto, somos pela aprovação. Salvo melhor juízo.

Campina Grande, 05 de julho de 2016.



Prof. Dr. Marconi do O Catão
Coordenador Adjunto do Comitê de Ética em
Pesquisa envolvendo Seres Humanos da
Universidade Estadual de Paraíba
Prof. Dr. Marconi do O Catão
Coordenador CEP-UEPB