

KARIN CRISTINA BARBOZA

Iniciação Científica Voluntária

Percepção de saúde e conhecimento sobre a doença de adultos hipertensos

Relatório final apresentado à Coordenadoria de
Iniciação Científica e Integração Acadêmica da
Universidade Federal do Paraná Edital
(2013/2014)

MARIA DE FÁTIMA MANTOVANI/ENFERMAGEM

**Construção e validação de instrumento para o cuidado da hipertensão arterial
sistêmica e as representações de cuidado de adultos hipertensos/ 2012006315**

CURITIBA

2014

1.TITULO: Percepção de saúde e conhecimento sobre a doença de adultos hipertensos**2.RESUMO**

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma condição clínica que com muitos fatores de risco e se caracteriza por níveis elevados de pressão arterial, não apresenta sintomatologia na trajetória do adoecimento e seu tratamento é permanente necessitando para isto de mudanças dietéticas e comportamentais, além da manutenção rigorosa da terapêutica medicamentosa. Por possuir essas características, os pacientes tendem a acreditar que ela é intermitente e tem cura, assim a percepção que o paciente tem de sua saúde e o conhecimento da doença pode interferir em como ele gerencia o seu cuidado. O objetivo deste estudo foi identificar a percepção de saúde e o conhecimento da doença dos hipertensos cadastrados no Hiperdia. Trata-se de pesquisa descritiva qualitativa realizada de Junho de 2013 a Abril de 2014, no domicílio de hipertensos ativos. Fazem parte deste estudo, usuários pertencentes a um Distrito Sanitário do Município de Curitiba, Paraná. Os critérios de inclusão foram: adulto, com Hipertensão Arterial Sistêmica e obter pontuação mínima no Mini Exame do Estado Mental conforme preconizado: sem escolaridade (13 pontos); baixa e média (18 pontos); e alta escolaridade (26 pontos). A coleta de dados foi realizada através de entrevista semiestruturada gravadas e transcritas na íntegra e posteriormente foi realizada a análise de conteúdo. Para atingir o objetivo foi considerada a questão 1 do Questionário de Qualidade de Vida – SF36 (*Medical Outcomes Study- Item Short- From Health Survey*). Foram analisadas as respostas de 382 usuários do hiperdia. Para um segundo momento foi identificado o conhecimento dos participantes através da transcrição de 21 entrevistas, a análise de conteúdo destas resultou em três categorias: “os sintomas percebidos retratam a doença”; “o significado de se cuidar”; e “a relação entre a importância e o conhecimento da doença”. Em relação à questão 1 do SF-36 “Em geral diria que sua saúde é”, 258 entrevistados responderam que a consideram boa, indicando que não há percepção da interferência da hipertensão na saúde. Os participantes da pesquisa relacionaram os sinais e sintomas da doença, e, desta forma caracterizaram, o uso de medicação como sendo a principal forma de cuidar-se. Entretanto, não se verificou relação entre o conhecimento sobre a doença e os encargos das alterações oriundas do diagnóstico e tratamento da hipertensão. Diante do exposto, considera-se que identificar a percepção de saúde dos hipertensos pode auxiliar na criação de estratégias que visem prevenir complicações advindas da doença bem como auxiliar na gerência do cuidado.

3.OBJETIVOS: Identificar a percepção de saúde e o conhecimento da doença dos hipertensos cadastrados no Programa Hiperdia.

4. INTRODUÇÃO

O século XX foi repleto de transformações dentre elas as sociais e econômicas que modificaram perfil de morbidade e mortalidade da população. As principais causas de morte no início do século passado eram as doenças infecciosas e parasitárias estas deram lugar às doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) (MALTA *et al.*, 2009).

As DCNTs são definidas como alterações patológicas que acompanham os indivíduos por toda a vida, assim, há momentos de exacerbação e remissão de sintomas e mesmo melhora sensível, mas o tratamento é para a vida toda. (MALTA *et al.*, 2009). Dentre as DCNTs as doenças cardiovasculares, o diabetes mellitus, o câncer e a doença pulmonar obstrutiva crônica tornaram-se um desafio para os sistemas de saúde em países desenvolvidos ou em desenvolvimento, pois representaram 63% da mortalidade mundial, requerendo, portanto, atenção específica dos profissionais de saúde, principalmente em países de baixa e média renda, cujos valores de mortalidade chegaram a 80% (LIMA 2012). No Brasil a maioria dos óbitos e despesas com assistência hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS) é atribuídas às DCNTs (GOULART 2011).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) se configura como a mais frequente das DCNTs, e uma das principais causas de doenças cardiovasculares. Seus fatores de risco podem gerar complicações como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica (LIMA 2013). Portanto, é importante identificar os fatores herdados e adquiridos no desenvolvimento silencioso das DCNTs, e realizar a prevenção e os cuidados para diminuir as complicações advindas da falta de controle das DCNTs (COSTA, *et al.*, 2012)

Por ser uma doença de curso prolongado e com múltiplos fatores de risco, há a necessidade que o portador de HAS seja monitorado constantemente para evitar futuras complicações, as quais podem dificultar o seguimento terapêutico. Portanto é necessário consenso entre o profissional de saúde e o paciente acerca da forma mais adequada de conduzir o tratamento (ULBRICH *et al.*, 2012).

Sendo assim é um desafio para as equipes de saúde avaliar os fatores como a adesão ao tratamento, o conhecimento e compreensão acerca da doença, a motivação

pessoal pela busca de melhor estado de saúde, a obtenção do controle da pressão arterial e a mudanças de hábitos de vida dos pacientes. (LIMA 2012).

Visando um acompanhamento constante destes pacientes, em 2002, foi criado, pelo Ministério da Saúde, um Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus intitulado, Hiperdia. Este programa estabeleceu metas e diretrizes para ampliar ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle dessas patologias, através da reorganização do trabalho de atenção à saúde nas unidades básicas (BRASIL, 2002).

No entanto, uma das estratégias para prevenção e controle dos fatores de risco e complicações advindas da HAS é a educação em saúde, que favorece a desalienação, a transformação e a emancipação, permitindo ao paciente a reflexão e a percepção da saúde como um direito seu. Assim, ao participar das atividades educativas o indivíduo adquire conhecimento de sua condição de saúde, obtendo uma autonomia no processo de cuidado (ULBRICH *et al.*, 2012)

Desta forma, destaca-se a importância de identificar o conhecimento sobre a hipertensão arterial e a percepção que o paciente tem sobre saúde, pois, este pode amparar os profissionais da área na elaboração e implementação das intervenções de cuidados e ações educativas voltadas a este grupo.

5. REVISÃO DE LITERATURA

As DCNTs têm uma grande importância no atual perfil de saúde da população mundial. De acordo com o relatório da Organização Mundial da Saúde, cerca de 36 milhões de pessoas morreram em 2008 em virtude das DCNTs, sendo que aproximadamente 80% das mortes ocorreram em países de baixo ou médio desenvolvimento. A estimativa para os próximos anos é um crescimento das DCNTs, em particular as cardiovasculares e o diabetes mellitus (WHO, 2011).

No Brasil as DCNTs têm provocado nos últimos anos uma mudança significativa no perfil da mortalidade da população criando assim um estímulo para formulação de estratégias para o seu controle (COSTA, *et al.*, 2012).

Desta forma em 4 de março de 2002, foi criado um Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e *Diabetes* intitulado Hiperdia, criado pela Portaria nº 371/GM, este estabeleceu metas e diretrizes para ampliar ações de prevenção, diagnóstico,

tratamento e controle dessas doenças. Trata-se de reuniões voltadas para hipertensos e diabéticos acompanhados em unidades básicas de saúde, nas quais esses pacientes recebem orientação sobre sua doença, compartilham suas dificuldades e recebem os medicamentos necessários ao tratamento. Sendo seu objetivo geral, em especial para os pacientes hipertensos, a adesão ao tratamento (GOMES, *et al.*, 2010).

Embora as causas da HAS sejam desconhecidas, vários são os fatores que podem estar associados ao aumento dos níveis tensionais, como o sedentarismo, o estresse, o tabagismo, o envelhecimento, antecedentes familiares, o gênero, o peso e os hábitos de vida (OPAS 2005). Todavia, é possível reduzir mais de 50% dos óbitos decorrentes da HAS, se houver estratégias para enfrentar os principais fatores de risco, pois os portadores de hipertensão enfrentam mudanças no estilo de vida, e precisam aprender a conviver com a doença, controlá-la, bem como aderir ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, a fim de minimizar as complicações (ULBRICH *et al.*, 2012).

A aceitação à terapêutica envolve um consenso entre o profissional de saúde e o paciente acerca da forma mais apropriada de conduzir seu regime terapêutico. Os principais fatores envolvidos à adesão ao tratamento estão relacionados ao conhecimento, à percepção da hipertensão arterial, a motivação pessoal pela busca de melhor estado de saúde, e a obtenção do controle da pressão arterial por meio de modificações de hábitos de vida (ULBRICH *et al.*, 2012). A adesão do paciente às modificações de hábitos irá proporcionar a este uma melhor qualidade de vida e autonomia de cuidado (MANTOVANI, *et al.*, 2011).

Deste modo a educação em saúde é uma das estratégias recomendada para propiciar aos portadores de HAS informações pertinentes que os faça compreender e vivenciar o processo de saúde e doença da forma mais autônoma possível. Por tanto, a educação em saúde é uma importante ferramenta para promover a prevenção e controle da HAS bem como o favorecimento da desmistificação, da transformação e da emancipação do indivíduo hipertenso. Permitindo a este a reflexão e a percepção da saúde como um direito social, possibilitando que o usuário adquiria além de conhecimentos relativos à sua condição de saúde a possibilidade de garantir voz ativa no processo de cuidado, mediante avaliação das consequências de cada regime a ele proposto (MANTOVANI, *et al.*, 2011).

5.1 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de natureza descritiva qualitativa, sendo esta uma parte de um estudo maior intitulado “Construção e validação de instrumento para o cuidado da hipertensão arterial sistêmica e as representações de cuidado de adultos hipertensos”. A pesquisa foi realizada no Distrito Sanitário Boa Vista do município de Curitiba/PR, composto por nove Unidades de Saúde. Conforme dados obtidos através do Sistema de Informações da Prefeitura Municipal de Curitiba/PR no mês de setembro de 2011 haviam 131.369 pessoas cadastradas com hipertensão arterial sistêmica neste distrito sanitário de saúde. A escolha do Distrito Sanitário ocorreu pela maior prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica em relação aos demais distritos sanitários da cidade de Curitiba/PR

Para representar a população total, com base em cálculos estatísticos, foi estipulada uma amostra de 382 pacientes hipertensos ativos do programa SisHiperDia do Distrito Boa Vista. Para se obter o tamanho da amostra de cada Unidade de Saúde foi realizado um cálculo proporcional ao número de hipertensos ativos das mesmas, com uma margem de erro de 0,05 e nível de significância de 95%. Foi considerado ativo no SisHiperDia o paciente que frequentou alguma atividade do programa nos seis meses anteriores a entrevista.

Para o cálculo do número de hipertensos ativos na amostra (n) foi considerada uma amostragem estratificada, para garantir a representatividade de todas as Unidades de Saúde, sendo estes os estratos da amostra. A fórmula utilizada para o cálculo foi:

$$n = \frac{\sum_{i=1}^{16} \frac{N_i^2 P_i (1 - P_i)}{w_i}}{N^2 \left(\frac{B}{Z}\right)^2 + \sum_{i=1}^{16} N_i P_i (1 - P_i)}$$

Onde:

n : Tamanho da amostra;

N_i : Tamanho do estrato i ;

$P_i = 0,5$ (estimativa preliminar da proporção no estrato i);

$w_i = N_i/N$ (peso do estrato i);

N : Tamanho da população;

$B = 0,05$ (margem de erro);

$z = 1,96$ (quantil da distribuição normal para nível de confiança de 95%).

O uso da fórmula geral se deu para estimar a proporção de hipertensos ativos com um determinado atributo, em que a estimativa preliminar dessa proporção é de 50% em todas as unidades de saúde, pois não foi possível indicar uma variável de interesse principal para a pesquisa, na qual fosse baseado o cálculo da amostra. Assim, obteve-se o N_i para cada uma das 18 Unidades de Saúde.

Já para se obter o número de pacientes específico de acordo com cada classificação de risco (muito alto risco, alto risco, médio risco e baixo risco) multiplicou-se a proporção do nível de HAS pelo número de hipertensos na amostra por unidade de saúde, obtendo assim o número de hipertensos na amostra por nível de hipertensão arterial sistêmica em cada unidade de saúde.

Com base no número de hipertensos na amostra, e respeitando a ordenação natural dos nomes em lista fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba/PR foi realizada uma amostragem sistemática, estratificada com reposição. Para a composição da amostra foi utilizado o número de hipertensos ativos (N), em cada unidade de saúde, divididos pelo número de amostra (n) que forneceu um intervalo de amostragem (k). Assim realizou-se um sorteio entre os números 1,2,3,..., k do qual se obteve um início casual. Após toda a amostra ser selecionada e composta pelas unidades amostrais, a saber: i , $i+k$, $i+2k$, ..., $i+(n-1)k$. Caso o paciente não desejasse participar da amostra foi convidado o participante $i-1$, $i+(n-1)k-1$ e assim sucessivamente (BERQUÓ, SOUZA E GOTLIEB, 1985).

A coleta de dados teve início no mês de maio do ano de 2013 e terminou em abril de 2014 foram entrevistados 382 sujeitos. Os critérios de inclusão dos indivíduos foram: ser adulto (idade entre 18 e 60 anos), ser portador de Hipertensão Arterial Sistêmica, ter frequentado as atividades do Programa de hipertensos (HiperDia) nos seis meses anteriores a entrevista e obter pontuação mínima no Mini Exame do Estado Mental (MiniMental) (ANEXO-1).

Os escores do MiniMental variam de 0 a 30 pontos e os valores de corte são específicos de acordo com o grau de instrução do paciente, sendo 13 pontos para analfabetos, 18 para baixa e média escolaridade e 26 pontos para a alta escolaridade. No qual são consideradas baixa e média escolaridade até oito anos incompletos de estudo e acima de oito anos como alta escolaridade (FOLSTEIN,1998).

A coleta de dados foi realizada mediante roteiro de entrevista semiestruturada no qual constam informações sociodemográficas (idade, sexo, estado conjugal, número de filhos, salário do entrevistado, condições habitacionais, número de moradores no domicílio,

renda familiar, lazer, atividade física, tabagismo, estresse, antecedentes familiares, tempo de diagnóstico e relação do paciente com unidade de saúde) (ANEXO-2).

Para a segunda etapa da pesquisa foi utilizado o Questionário de Qualidade de Vida SF-36 (*Medical Outcomes Study- Item Short- Form Health Survey*), que é um questionário multidimensional formado por 36 itens, com oito componentes: estado geral de saúde, capacidade funcional, aspectos físicos, dor, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Apresenta uma pontuação final de 0 a 100, no qual zero corresponde ao pior estado geral de saúde e 100 ao melhor estado de saúde. Para esta pesquisa, foi considerada a primeira questão do SF-36: “Em geral diria que sua saúde é” com o intuito de verificar percepção de saúde dos entrevistados em relação a hipertensão arterial. (ANEXO- 4)

A terceira etapa da pesquisa teve como objetivo identificar o conhecimento dos participantes sobre HAS e foram realizadas as seguintes questões: Quando você se sente doente quem você procura; quem são as pessoas, grupos, profissionais que lhe oferecem apoio no tratamento da HAS; Como se dá o relacionamento com sua família? Problemas familiares, drogas, e outros problemas; Fale-me o que significa ter que tomar remédio e cuidar da sua saúde para o resto da vida; (ANEXO-3). Estas questões foram gravadas, transcritas e analisadas. Nesta etapa da pesquisa foram analisadas 21 entrevistas seguindo a Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2009), emergindo três categorias: “os sintomas percebidos retratam a doença”; “o significado de se cuidar”; e “a relação entre a importância e o conhecimento da doença”.

A pesquisa respeitou os princípios éticos, seguindo a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde e recebendo aprovação do Comitê de Ética do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná (número do parecer: 220.068).

7.RESULTADOS

Foram incluídos no estudo 382 participantes. A apresentação dos resultados se dará em 3 momentos à citar: primeiramente será realizada a caracterização da amostra; em um segundo momento será apresentada a percepção de saúde dos hipertensos e finalizará com o conhecimento da doença pelos participantes. Ressalta-se que esta última será abordada com 21 entrevistados do estudo de onde emergiram 3 categorias: “os sintomas percebidos retratam a doença”; “o significado de se cuidar”; e “a relação entre a importância e o conhecimento da doença”

TABELA I - DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA SEGUNDO DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS, E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - CURITIBA, 2014.

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	F	%
Idade:		
20 a 30 anos	2	0,52%
31 a 40 anos	28	7,33%
41 a 50 anos	78	20,42%
51 a 60 anos	274	71,73%
Sexo:		
Feminino	291	76,18%
Masculino	91	23,82%
Estado Civil:		
Divorciado	52	13,61%
Casados	224	58,64%
Solteiro	34	8,90%
Viúvo	34	8,90%
Amasiado	38	9,95%
Escolaridade		
1 a 4 série	128	33,51%

5 a 8 série	106	27,75%
2 grau	106	27,75%
Superior	28	7,33%
Sem escolaridade	14	3,66%
Renda Familiar:		
< 1 salário mínimo	20	5,24%
1 a 3 salários mínimos	198	51,83%
3 a 5 salários mínimos	118	30,89%
> 5 salários mínimos	46	12,04%
Profissão/Ocupação		
Do lar	113	29,58%
Doméstica / Diarista	31	8,12%
Autônomo	33	8,64%
Aposentado	53	13,87%
Pensionista	17	4,45%
Encostado	19	4,97%
Outros	116	30,37%
Classificação de risco Unidade de Saúde		
Baixo risco	152	39,79%
Médio risco	106	27,75%
Alto risco	92	24,08%
Muito alto risco	32	8,38%

FONTE:BARBOZA,K C.2014.

A tabela II retrata os participantes da pesquisa quanto as suas respostas a questão 1 do Questionário de Qualidade de Vida – SF36: “Em geral diria que sua saúde é: 314 entrevistados responderam que consideram sua saúde excelente, muito boa e boa, isto indica que os mesmos não identificam que a hipertensão interfere na sua percepção de saúde, em contrapartida, 12,83% e 4,97 % classificaram como sendo ruim e muito ruim.

TABELA II - DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA SEGUNDO RESPOSTAS DA QUESTÃO 1 DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA-SF36 - CURITIBA, 2014.

Em geral você diria que sua saúde é	Resposta	%
Excelente	27	7,07%
Muito boa	29	7,59%
Boa	258	67,54%
Ruim	49	12,83%
Muito Ruim	19	4,97%

FONTE:BARBOZA,K C.2014

A primeira categoria de análise da terceira etapa foi “os sintomas retratam a doença” as respostas foram relacionadas a cefaleia, ao nervosismo, ao estresse, ao formigamento segundo as falas abaixo

Eu ainda sinto a pressão na nuca, mas eu tenho medo porque assim como eu posso deitar bem eu posso não acordar bem...[S1]

Foi dor de cabeça, dor na nuca, adormecimento na mão e no braço, puxei a pernas e realmente o médico que me atendeu e disse que era aquilo que eu estava tendo...[S13]

Com relação a segunda categoria “o significado de se cuidar” os entrevistados relacionaram mudança de hábitos de vida e o cuidado com a medicação.

eu resolvi parar mesmo, tive que parar porque se continuar fumando eu ia morrer mesmo, isso foi o médico quem disse...[S19]

gente tenta controlar principalmente a alimentação {...} é tomar remédio todo dia....[S15]

A terceira categoria aborda a “relação entre a importância e o conhecimento da doença”. Esta categoria retrata quanto o conhecimento sobre a doença influencia no cuidado com a saúde dos hipertensos.

Eu acho que é hereditário, porque minha mãe já tinha pressão alta. Apesar de você cuidar da alimentação, do estresse físico, mental então às vezes ela altera, mas eu acho que mais é por ser hereditário.... [21]

Corre perigo de ter infarto, tipo parado cardíaco. {...} Faz, muito. Eu fico muito preocupada. {...} Não muita coisa eu tive que deixar. Até na alimentação a gente teve que deixar muita coisa. Até meu filho fica bravo e fala: Mãe agora você vai começar a viver que agora você descobriu o que te faz mal pra você deixar pra você poder viver bem. Descobri que muitas coisas eu comia ante, não posso comer mais, como gordura . Eu tive que deixa ...[07]

7. DISCUSSÃO

Os dados da pesquisa permitiram caracterizar o perfil dos pacientes hipertensos das nove unidades de saúde do Distrito Sanitário do Boa Vista, da cidade de Curitiba. Pode-se observar que a maioria dos hipertensos são do sexo feminino, corroborando com os dados do DATASUS (2012) que revela que a prevalência de HAS na população brasileira é de (21,3%) nos homens e (26,9%) nas mulheres e segundo estudo de e Pierin (2014) são as mulheres que mais procuraram por assistência médica. Com relação a idade a mínima e máxima da amostra foi de 20 e 60 anos, sendo a ultima o critério limite para inclusão no estudo, já na pesquisa desenvolvida por Girotto et al (2013) teve como idade mínima e máxima de sua amostra 22 e 79 anos, dado semelhante ao da amostra do estudo presente.

Com relação ao estado civil (58,64%) dos participantes da pesquisa declararam-se casados, o estudo de Faria (2014) aponta que este resultado é considerado como um fator, positivo pois a presença de um companheiro ao portador de doença crônica significa alguém com quem este possa dividir os cuidados. Já para Cavalheiro (2013) a presença de um companheiro representa, melhoras na qualidade de vida do paciente hipertenso.

Em relação à profissão/ocupação a pesquisa mostrou que 29,58% dos participantes são do lar e 13,87% aposentados. Ibiapina (2013) cita resultados semelhantes a esta investigação, com um maior percentual de profissão do lar entre as mulheres. Quanto a renda 94,76 % dos participantes referiram renda de um salário mínimo ou mais. Pires e Mussi (2012) apresentam em seu estudo um percentual diferente, 52,8% dos pacientes hipertensos, recebem menos de um salário mínimo. Este achado é significativo, pois Ulbrich (2012) descreve que uma renda limitada pode dificultar as mudanças de hábitos para se ter uma vida saudável e desestimular a continuidade do tratamento.

Quanto à escolaridade, 33,51% tem ensino fundamental incompleto, 27,75% ensino fundamental completo e 27,75% ensino médio. O estudo de Girotto et al (2013) revela que aproximadamente metade dos hipertensos (49,6%) referiu ter estudado até a 3ª série do ensino fundamental. A baixa escolaridade dos pacientes pode prejudicar a mudança de comportamento e dificultar o entendimento das orientações dadas, e, por isso, merece atenção especial dos profissionais (IBIAPINA ,2013).

A percepção de saúde dos pacientes hipertensos, indicou que os entrevistados não identificam que a hipertensão interfere na sua saúde. De acordo com Carvalho (2013), acerca do impacto da HAS na percepção de saúde pode ser justificada pelos aspectos

sociodemográficas, gravidade da hipertensão, efeitos colaterais da medicação anti-hipertensiva e sinais e sintomas da doença. Assim, o fato de um indivíduo ser portador de HAS não quer dizer que ele perceba que sua saúde sofra interferência, principalmente se a doença esta estabilizada e sem complicações.

Conforme a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), qualidade de vida é a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, considerando a cultura, os valores nos quais vive, objetivos, expectativas e preocupações. Dessa forma, a percepção que o paciente possui da doença influencia na sua qualidade de vida, interferindo em suas condições de saúde (Brito et al., 2008).

Segundo estudo de Brito et al. (2008) a percepção geral da doença dos pacientes hipertensos está relacionada com a impossibilidade física, na qual ocorre uma diminuição do limite entre o “estar doente” e o “estar com saúde”, isto se dá pelo fato dos hipertensos manterem suas atividades cotidianas até surgirem complicações e, conseqüentemente, limitações físicas, psicológicas ou sociais decorrentes da doença, fato este que compromete sua qualidade de vida.

De acordo com as falas dos entrevistados na categoria, “os sintomas retratam a doença”, a hipertensão é representada por sintomas físicos, como por exemplo, a cefaleia e o nervosismo. Estes achados também foram evidenciados por pesquisa desenvolvida por Leão e Silva et al, (2013), assim como observado por Ulbrich et al. (2012) que além destes sintomas, identificaram, em seu estudo, o formigamento, a dor na nuca e no estômago.

Como a HAS é considerada doença silenciosa e assintomática, estudo de Brito et al (2008) demonstrou 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. A medicina caracteriza os sintomas como inespecíficos, sendo que as pessoas apresentam estas sintomatologias como específicas, pois estas interferem nas atividades cotidianas, prejudicando assim na qualidade de vida do indivíduo.

Em relação a segunda categoria “o significado de se cuidar” os relatos seguem o preconizado pelo Ministério da Saúde, quanto ao cuidado com o estilo de vida saudável incluindo a prática regular da atividade física, o controle do peso, a alimentação saudável, consumo moderado de álcool, o desuso do tabagismo, o controle do estresse e as intervenções farmacológicas para prevenção e/ou tratamento da HAS. (IBIAPINA, 2013).

A mudança de hábitos requer um envolvimento por parte dos profissionais de saúde, familiares e portadores de HAS, é necessário um conjunto de ações para que haja a mudança, atingindo assim, o alvo considerado (ULBRICH et al., 2012).

A terceira categoria aborda a “relação entre a importância e o conhecimento da doença”, os entrevistados revelaram hábitos alimentares inadequados como o consumo de gorduras, frituras e sal, fatores emocionais como o estresse, a hereditariedade, a idade, a falta de exercício físico como sendo fatores de risco significativos. O estudo de Nolêto (2011) demonstrou a importância na identificação do risco cardiovascular o qual é responsável pelo alto índice de óbito relacionados as doenças crônicas. Isto revela a necessidade dos hipertensos terem conhecimento sobre sua doença, pois de acordo com Manag (2014) o desconhecimento compromete a prevenção para complicações relacionadas a hipertensão, ações de autocuidado e o tratamento terapêutico influenciando, assim, a qualidade de vida do paciente.

8-CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa, pode-se observar, a fragilidade do conhecimento do paciente sobre a hipertensão, seus fatores de risco e prevenção. Ao observar o avanço da tecnologia para obter informações, e o incentivo de políticas públicas como o programa Hiperdia, pode se considerar o desconhecimento dos hipertensos sobre a patologia. Como a hipertensão é considerada uma doença assintomática e silenciosa os sinais e sintomas são percebidos quando causam interferência em suas atividades cotidianas, havendo já um prejuízo na qualidade de vida dos hipertensos.

Ao avaliar a percepção dos pacientes sobre a saúde verificou-se a necessidade do enfermeiro, que é um dos profissionais que atuam no cuidado destes usuários do programa direcionar a sua abordagem, para que estas questões que propiciem melhor entendimento da doença e tratamento, melhorando assim sua qualidade de vida, e lhe garantindo uma autonomia do em seus cuidados, concedendo a estes uma melhor avaliação sobre sua percepção de saúde.

9.REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICA

BRASIL. Ministério da Saúde. Hiperdia – Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos – **Manual de Operação**. Rio de Janeiro, 2002.

BERQUI Ó, E. S, SOUZA, J. M. P, GOTLIEB, S. L. D. **Bioestatística**. São Paulo: E.P.U.1985.

BRITO M. S; ARAÚJO T,L ;GALVÃO, M.T.G; MOREIRA, T.M.M; LOPES M.V.O.
Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24 ,n.4, p.933-940, abr, 2008

COSTA, M.C; BRITOB, L.L; FIDELESC, I.Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis identificados em trabalhadores atendidos em uma ambulatório de nutrição. **Revista Baiana de Saúde Pública**: v.36, n.3, p.727-739 jul./set. 2012, Bahia, v. 36, n. 3, p.727-739, set. 2012.

CARVALHO M.V;SIQUEIRA L.B; SOUSA A.L.L; JARDIM P.C.B.V. A Influência da Hipertensão Arterial na Qualidade de Vida. **Rev:Arq Bras Cardiol.** ;v.100, n 2, p164-174 . 2013

FOLSTEIN, M. Mini-mental and son. **Int J Geriatr Psychiatry**. n.13, p. 290-294. 1998.

FARIA E.V; TEIXEIRA C.M.S; NUVES S.F.L. Conhecimento dos usuários do programa Hiperdia sobre doença renal crônica. Disponível: www.jmpch.com .Acesso 14 jul.2014

GOULART, F.A.A. Doenças crônicas não transmissíveis: estratégia de controle e desafios para os sistemas de saúde. 2011. Disponível em:<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Condicoes-Cronicas_flavio1.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2014

GOMES TJO; SILVA M.V.R; SANTOS A.A. Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família **Rev. Bras Hipertensão**vol.v.17, n.3, p. 132-139. 2010.

IBIAPINA, D.F.N; SANTOS, A. N; OLIVEIRA; L.N.R. Conhecimento dos pacientes com hipertensão arterial sobre a quantidade de sódio presente nos alimentos. **Rev. Interdisciplinar**. v.6, n.4, p.75-85 , out. 2013

LEÃO E SILVA , L. O.; DIAS C. A; RODRIGUES, S. M; SOARES, M. M; OLIVEIRA, M. A. ;MACHADO, C. J. Hipertensão Arterial Sistêmica: Representações Sociais de idosos sobre a doença e seu tratamento. **Cad.Saúde Coletiva**, v.21, n.2 , p.121-128. 2013

LIMA, A.S; GAIAN, E.S.M; FERREIRA, M.A. 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. **Rev. Saúde Coletiva em Debate**. v.2, n.1 , p. 30-29, dez. 2012

MALTA, D.C; MOURA, L; SOUZA, F.M; ROCHA, F.M; FERNANDES, R.M. Doenças Crônicas Não Transmissíveis: Mortalidade e Fatores de Risco no Brasil, 1990 a 2006. In:

Ministério da Saúde, ed. Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2009.

MANTOVANI M.F; MENDES F.R.P; ULBRICH E.M; BANDEIRA J.M; FUSUMA F; GAIO D.M. As representações dos usuários sobre a doença crônica e a prática Educativa . **Rev Gaúcha Enferm.** Porto Alegre v.32, n.4 p.662-8.dez 2011.

NOLETO S.M.G; SILVA S.M.R; BARBOZA C.O. Conhecimento dos hipertensos sobre a Doença .**Rev. Rbceh.** Passo Fundo. v.8, n.3 p. 324-332 set 2011.

PIRES, C. G. S; MUSSI, F. C. Crenças em saúde sobre a dieta: uma perspectiva de pessoas negras hipertensas. **Rev. Esc. Enferm.** São Paulo, v. 46, n. 3. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/08.pdf>> Acesso em: 04.jul.2014.

ORGANIZAÇÃO PAN – AMERICANA SAÚDE . Prevenção de doenças crônicas: um investimento vital. Brasília: Organização Mundial da Saúde; 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**, 2010.

ULBRICH E.M; MAFTUM M.A; LABRONICI L.M; MANTOVANI M.F. Atividades educativas para portadores de doença crônica: subsídios para a enfermagem.**Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre;v.33, n.2, p 22-27. jun 2012


WORLD HEALTH ORGANIZATION. Non communicable diseases country profiles, Geneva, 2011.

10. RELATÓRIO DE ATIVIDADES COMPLEMENTARES


Todas as etapas da pesquisa foram concluídas dentro do prazo. Sendo que o artigo e a construção dos protocolos estão em fase de elaboração.

Durante o período da Iniciação Científica realizei a coleta de dados para a pesquisa e participei de encontros mensais para discussão do andamento da pesquisa.

11. HISTORICO

		UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ		Data:	
		29/07/2014			
Aluno: KARIN CRISTINA BARBOZA			Matrícula: GRR20113144		
Curso: 32D - Curso de Enfermagem - Licenciatura - Diurno			Versão: 2009		
					Média /
S. D.	Código	Nome Disciplina / Atividade	C. H.	Conceit	Freq.
Situação		Local			
O					
Período: 1o. Semestre de 2011					
A	BA020	ANATOMIA GERAL II - ENFERMAGEM	90	55.00	97.78 Aprovado A
	BC021	CITOLOGIA III	60	71.00	96.67 Aprovado A
	BC045	Seminário Integrado I - Enfermagem - Biologia Celular	15	100.00	100.00 Aprovado A
	BQ041	Introdução à Bioquímica Celular e Animal	75	62.00	96.00 Aprovado A
	ET057	História da Educação em Saúde	60	85.00	93.33 Aprovado A
	HC001	SOCIOLOGIA GERAL I	45	59.00	100.00 Aprovado A
	MN099	Enfermagem como Profissão	30	92.00	100.00 Aprovado
A	MN100	História da Enfermagem	30	85.00	93.33 Aprovado
			Carga Horária no Período: 405		Índice de Rendimento Acad.: 0.7019
Período: 2o. Semestre de 2011					

A	BC022	HISTOLOGIA E EMBRIOLOGIA GERAL III	60	100.00	100.00	Aprovado
A	BP202	MICROBIOLOGIA-ENFERMAGEM	60	80.00	98.33	Aprovado A
BP203		IMUNOLOGIA-ENFERMAGEM	30	78.00	80.00	Aprovado A
BP209		Seminário Integrado II - Enfermagem - Patologia Básica	15	100.00	100.00	Aprovado A
BP314		PATOLOGIA GERAL-ENFERMAGEM	30	50.00	100.00	Aprovado A
HS035		ANTROPOLOGIA DA SAUDE	60	100.00	75.00	Aprovado
A	MN101	Enfermagem na Educação em Saúde	30	87.00	100.00	Aprovado
			Carga Horária no Período:		285	Índice de Rendimento Acad.:
			0.8684			
Período: 1o. Semestre de 2012						
A	BF053	Fisiologia Humana - Enfermagem	105	42.00	98.10	Reprovado por nota
A	BF061	Seminário Integrado III - Fisiologia	15	80.00	100.00	Aprovado A
BP204		PARASITOLOGIA HUMANA - ENFERMAGEM	75	51.00	100.00	Aprovado A
BT025		Farmacologia - Enfermagem	105	59.00	94.29	Aprovado A
ET053		Psicologia da Educação	60	71.00	86.67	Aprovado A
			Carga Horária no Período:		315	Índice de Rendimento Acad.:
			0.5807			
A	BF053	Fisiologia Humana - Enfermagem	105	53.00	96.19	Aprovado
Autenticação: 4245.3ED4.5FF1.0A1A.E1A6.0E37.E871.5303						
Consulte em: http://www.portaldoaluno.ufpr.br/usuario/publico/autenticacao/form.action						
A = Ativa I = Inativa				Página: 1		

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ		Data: 29/07/2014	
 Hora: 12:05	Histórico Escolar com IRA IP: 10.10.5.30		
Aluno: KARIN CRISTINA BARBOZA		Matrícula: GRR20113144	
Média /			
S. D.	Código	Nome Disciplina / Atividade	C. H. Conceit Freq. Situação Local

o									
A	CE001	BIOESTATISTICA	60	50.00	86.67	Aprovado A			
EM200	Didática		60	75.00	86.67	Aprovado A			
EP073	Política e Planejamento da Educação Brasileira		60	80.00	93.33	Aprovado			
A	ET058	Sociologia da Educação em Saúde	30	93.00	93.33	Aprovado			
				Carga Horária no Período:		315	Índice de Rendimento Acad.:		
				0.6557					
Período: 1o. Semestre de 2013									
A	EM070	METODOLOGIA DO ENSINO DE ENFERMAGEM	60	90.00	95.00	Aprovado			
A	MN103	Fundamentos para o Cuidar em Enfermagem	375	74.00	100.00	Aprovado			
				Carga Horária no Período:		450	Índice de Rendimento Acad.:		
				0.7600					
Período: 2o. Semestre de 2013									
A	EP074	Organização do Trabalho Pedagógico na Escola	60	80.00	93.33	Aprovado A			
MN104	Saúde, Sociedade e Meio Ambiente		120	97.00	100.00	Aprovado A			
MN105	Enfermagem em Saúde Coletiva		180	90.00	99.44	Aprovado A			
MN121	Seminário Integrado V - Enfermagem		15	95.00	93.33	Aprovado			
A	MS041	EPIDEMIOLOGIA - ENFERMAGEM	60	45.00	100.00	Reprovado por nota			
				Carga Horária no Período:		375	Índice de Rendimento Acad.:		
				0.8452					
Período: 1o. Semestre de 2014									
ET083	Comunicação em Língua Brasileira de Sinais - LIBRAS/Fundamentos da Educação Bilingue para Surdos		60	85.00	98.33	Aprovado			
A	HP236	Psicologia Aplicada à Saúde II	45	70.00	86.67	Aprovado			
				Carga Horária no Período:		420	Índice de Rendimento Acad.:		
				0.7500					
				Total Carga Horária:		2565	Índice de Rend. Acad. Geral:		
Autenticação: 4245.3ED4.5FF1.0A1A.E1A6.0E37.E871.5303									
Consulte em: http://www.portaldoaluno.ufpr.br/usuario/publico/autenticacao/form.action									
A = Ativa I = Inativa				Página: 2					

11.DATA E ASSINATURAS DO BOLSISTA E ORIENTADOR

Apreciação do orientador

A aluna desenvolveu as atividades propostas em seu plano de trabalho. Mostra-se interessada no trabalho de pesquisa, mas apresenta dificuldade de redação, embora se esforce para melhorar. Teve rendimento escolar bom.

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Maria de Fátima Mantovani', written in a cursive style.

Maria de Fátima Mantovani

Curitiba, 12 de Agosto de 2014.

ANEXO-1

MINI MENTAL (Folstein, Folstein & McHugh, 1975)

Orientação

1- Qual o dia da semana?	(1 ponto)	(0 ponto)
2- Qual é o dia do mês?	(1 ponto)	(0 ponto)
3- Em que mês estamos?	(1 ponto)	(0 ponto)
4- Em que ano estamos?	(1 ponto)	(0 ponto)
5- Que horas são (aproximadamente)?	(1 ponto)	(0 ponto)
6- Local específico (andar, setor)?	(1 ponto)	(0 ponto)
7- Instituição (residência, hospital)?	(1 ponto)	(0 ponto)
8- Em que bairro estamos?	(1 ponto)	(0 ponto)
9- Em que cidade estamos?	(1 ponto)	(0 ponto)
10- Em que estado estamos?	(1 ponto)	(0 ponto)

Memória Imediata

Fale as três palavras, **lápiz, papel e giz** (1 ponto) (2 pontos) (3 pontos)
 Mais tarde vou perguntar novamente quais foram as três palavras

Atenção e Calculo

$100 - 7 = 93$ (1 ponto) $93 - 7 = 86$ (1 ponto) $86 - 7 = 79$ (1 ponto)
 $79 - 7 = 72$ (1 ponto) $72 - 7 = 65$ (1 ponto)

Evocação

Quais foram as três palavras que pedir para o Senhor(a) falar anteriormente? (1 ponto cada)

Linguagem

- 1) Fale o nome dos objetos que irei apontar (relógio e caneta) (1 ponto cada)
- 2) Repita “Nem aqui, nem ali, nem lá” (1 ponto)
- 3) Pegue este papel com a mão direita, dobre ao meio e coloque no chão (1 ponto cada)
- 4) Leia e obedeça “feche os olhos” (1 ponto)
- 5) Escreva a frase “” (1 ponto)
- 6) Copie o desenho da folha que te entreguei (1 ponto)

ANEXO -2 Roteiro de entrevista semiestruturada projeto fatores preditivos para a enfermeira gerenciar o cuidado de pacientes com complicações de hipertensão arterial sistêmica

Entrevista nº: _____ Código de Identificação: _____ Entrevistador: _____

Telefone: _____ Hora
Início: _____

1 Unidade de Saúde: _____ 2
Data: _____

3 Nome do
Paciente: _____

4 Idade ____|____| 5 Sexo 1| M 2| F 6 Peso ____|____| kg 7 Altura ____|____| m 8 CA
____|____| cm

9 Obesidade 1| sim 2| não 10 IMC ____|____| m/kg² 1| < 18,5 2| 18,6 – 24,9 3| 25 – 29,9 4| 30 –
34,9 5| 35 – 39,9

6| > ou = 40 kg

11 Escolaridade 1| 1 a 4 série 2| 5 a 8 série 3| 2 grau 4| superior 5| sem escolaridade

12 Profissão/Ocupação 1| do lar 2| doméstica/diarista 3| autônomo 4| aposentado 5| pensionista 6|
encostado

7| outros: _____ 13 Tempo de Trabalho ____|____| 14 Salário
____|____|

15 Habitação 1| Própria 2| Aluguel 3| Emprestada 4| Alvenaria 5| Madeira 6| Mista

16 Rede de Esgoto 1| Esgoto 2| Fossa 3| Nenhum 17 Água tratada 1| Sim 2| Não 18 Rede elétrica |
1| Sim 2| Não

19 Coleta de lixo 1| Sim 2| Não 20 Rua asfaltada 1| Sim 2| Não

21 Moradores no Domicílio ____|____| 22 N^{os} de Cômodos ____|____| 23 Quantos Trabalham ____|____|

24 Quem é o chefe da família? 1| Entrevistado 2| Marido 3| Esposa 4| Filho(a) 5| Genro/Nora 6|
Outro _____

25 Renda Familiar 1| < 1 salário mínimo 2| 1 a 3 salários mínimos 3| 3 a 5 salários mínimos 4| > 5
salários mínimos

26 Atividade de Lazer 1| viagem 2| passeios - shopping, parques 3| atividades em grupo/ religiosos 4|
trabalho voluntário

5| reunião em família, amigos 6| atividades manuais 7| nenhuma

27 Frequência 1| 1/Semana 2| +1/Semana 3| 1/Mês 4| 2/Mês 5| Raramente 6| Não se aplica

28 Estresse 1 sim 2 não **29 Motivo** 1 familiar 2 financeiro 3 saúde/doença 4 outro

5 Não se aplica

* Ir para o Questionário de Ansiedade de Beck

30 Atividade Física 1 sim 2 não **31 Frequência** 1 1x por semana 2 2 x por semana 3 3 x ou mais por semana 5 não

se aplica
dança

32 Qual atividade física 1 caminhada 2 musculação 3 ginástica aeróbica 4

5 outro _____ 6 não se aplica

33 Acompanhado por profissional 1 sim 2 não

34 Tabagismo 1 sim 2 não 3 anteriormente **35 Tempo** 1 < 1 ano 2 1 a 5 anos 3 6 – 10 anos 4 > 10 anos 5 não

se aplica
aplica

36 Qtos cigarros/dia 1 < 5/dia 2 5 – 10/dia 3 10 – 20/dia 4 >20/dia 5 não se aplica

37 Etilismo 1 sim 2 não 3 anteriormente anos 4 > 10 anos

38 Tempo 1 < 1 ano 2 1 a 5 anos 3 6 – 10

5 não se aplica

39 Qtas doses/dia 1 < 5/dia 2 5 – 10/dia 3 10 – 20/dia 4 >20/dia 5 não se aplica

40 Pílula anticoncepcional 1 sim 2 não 3 anteriormente 4 não se aplica

41 Tempo 1 < 1 ano 2 1 a 5 anos 3 6 – 10 anos 4 > 10 anos 5 não se aplica

42 Antecedentes Familiares 1 sim 2 não **43 Grau de parentesco** 1 pai 2 mãe 3 avós(os) 4 tios(as)

44 Doença 1 HAS 2 DM 3 IAM 4 AVC 5 IRC 6 Outra

45 Diagnóstico 1 HAS 2 DM 3 HAS e DM 4 Outro _____

46 Tempo de Diagnóstico 1 < 1 ano 2 1 a 5 anos 3 6 – 10 anos 4 10 – 20 anos 5 > 20 anos

47 Classificação US 1 baixo risco 2 médio risco 3 alto risco 4 muito alto risco **48 Retira Medicação US** 1 sim 1 não

ANEXO – 3 Questões Abertas

59 Quando você se sente doente quem você procura? _____

60 Tem alguém da família ou amigo que você procura quando adoece? 1 | sim 2 | não
Quem? _____

61 Quem são as pessoas, grupos, profissionais que lhe oferecem apoio no tratamento da HAS? _____

62 Como se dá o relacionamento com sua família? Problemas familiares, drogas, e outros problemas.

63 Fale-me o que significa para você ter uma complicação da pressão/ ter sido internado por complicação da pressão alta.

64 Fale-me o que significa ter que tomar remédio e cuidar da sua saúde para o resto da vida.

ANEXO-4 Questionário de Qualidade de Vida – SF 36

QUESTIONARIO 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 sentido cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa 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 tranquilo?	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	1	2	3	4	5	6

tem se sentido uma pessoa feliz?						
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