

# Qualidade de vida e controle da pressão arterial em pacientes de uma unidade primária do município do Rio de Janeiro.

## *Quality of Life and Blood Pressure Control in Patients of a Primary Care Unit in Rio de Janeiro*

Vera Lúcia R. C. Halfoun\*  
Denise S. Mattos\*\*  
Odaleia B. Aguiar\*\*\*

### Resumo

Estudamos a qualidade de vida (QV) e o controle da pressão arterial (PA) em pacientes hipertensos acompanhados em dois modelos de atendimento em um Centro Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Foram acompanhados 138 pacientes durante um ano, sendo que: 69 pacientes (grupo A), por um modelo multidisciplinar, e 69 (grupo B), por um modelo centrado no atendimento médico. A QV foi avaliada por questionário padrão (SF-36). Os escores de cada grupo e a comparação entre as pressões sistólicas (PS) e diastólicas (PD) pré-tratamento e pós-tratamento foram analisadas pelo teste de Mann-Whitney. Foram correlacionados os escores das dimensões do SF-36 com: PA pré-tratamento e pós-tratamento, e as diferenças de pressões pré-tratamento e pós-tratamento ( $\Delta$ PS,  $\Delta$ PD) pelo teste de Spearman ( $p < 0,05$  exigido). Os escores relacionados à capacidade funcional foram maiores no grupo A do que no B ( $p = 0,01$ ), mas, para saúde mental, foram menores ( $p = 0,03$ ). Houve queda mais significativa da PS no grupo A ( $p = 0,0001$ ) do que no B ( $p = 0,0003$ ). A PD reduziu-se de forma significativa apenas no grupo A ( $p = 0,0001$ ). Concluímos que os pacientes com hipertensão arterial atendidos pelo modelo interdisciplinar tiveram maior queda dos níveis de pressão arterial, quando comparados aos atendidos apenas pelos médicos, porém, a relação deste controle com a qualidade de vida não foi satisfatoriamente comprovada.

### Abstract

*The quality of life (QL) and the blood pressure (BP) control of patients with arterial hypertension followed by two different models of health care in a primary care Unit in Rio de Janeiro were studied. A hundred and thirty-eight patients were followed up during 12 months in a primary care center. Sixty-nine were assisted in a model using an interdisciplinary approach (group A) and 69 in a model focused on*

**Palavras-chave:** Qualidade de Vida;  
Hipertensão; Atenção Primária à Saúde.

**Key Words:** *Quality of life; Hypertension;  
Primary Health Care.*

\*Doutora em Medicina, Profª. Adjunta, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

\*\*Mestre em Medicina, Médica do Programa de Atenção Primária à Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

\*\*\*Mestre em Nutrição Humana, Nutricionista do PAPS/ Universidade Federal do Rio de Janeiro, Profª. Assistente, Departamento de Nutrição Aplicada do Instituto de Nutrição da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

medical consultation (group B). The QL was studied by the short-form health survey (SF-36) questionnaire. The Mann-Whitney test was applied to compare the scores obtained between groups and the systolic and diastolic blood pressure pre and post treatment differences ( $\Delta$ SBP and  $\Delta$ DBP respectively) in each group. In group A, the Spearman test was used to correlate pre and post treatment BP,  $\Delta$ SBP and  $\Delta$ DBP to each QL score ( $p < 0,05$  was required). The functional capacity showed statistically the best result in the patients of group A ( $p = 0,03$ ), but lower scores with regard to mental health ( $p = 0,03$ ). The SBP dropped more significantly in group A than in group B ( $p < 0,0001$  X  $p < 0,0003$ ). The DBP dropped significantly only in group A ( $p < 0,0001$ ) Conclusion: The patients with arterial hypertension assisted in an interdisciplinary health care model showed a better response to treatment than those assisted in a conventional model, however this fact could not be related satisfactorily to a better QL.

## 1. Introdução

O conceito de qualidade de vida tem sido aplicado nos campos da sociologia, psicologia, economia, política, educação e saúde. Ware<sup>1</sup>, ao estudar qualidade de vida aplicada à saúde, propôs um instrumento envolvendo os componentes físico e mental, relacionado à função social, ao desempenho ocupacional e à percepção geral de saúde.

Em 1920, segundo Wood-Dauphiness<sup>2</sup>, a expressão qualidade de vida foi utilizada pela primeira vez no livro *The Economics of Welfare*, por Pigou. No entanto, apenas em 1987 é que este termo foi incorporado pela comunidade científica.

Mínayo, Hartz e Buss<sup>3</sup> consideraram que "qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial".

A partir dos anos 1970, começaram a surgir, em algumas áreas da Medicina, ensaios clínicos com a preocupação de avaliar, além dos aspectos biológicos, as dimensões subjetivas que interferem no bem estar do indivíduo, considerando a percepção do próprio paciente. Trabalhos

nas áreas de oncologia, reumatologia e psiquiatria foram pioneiros na utilização de instrumentos de avaliação de qualidade de vida em saúde.

O aumento da expectativa de vida impõe uma reflexão sobre a qualidade de vida na população idosa, obrigando a um planejamento de saúde cada vez mais voltado para o controle e prevenção das doenças crônico-degenerativas em geral.

No Brasil, assim como na população mundial, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) tem-se destacado como afecção crônico-degenerativa mais prevalente e com maior morbidade e mortalidade. Na cidade do Rio de Janeiro estudos demonstraram uma prevalência de 24,9% para a HAS na população acima de 20 anos<sup>4</sup>.

Diante dessa realidade, considerando a necessidade de promover um aumento de expectativa de vida associado a uma melhor qualidade de vida, decidimos propor um projeto assistencial e multidisciplinar de atendimento aos pacientes com HAS, em um Centro Municipal de Saúde da Cidade (CMS) do Rio de Janeiro. Este modelo, desenvolvido desde 1999 pela equipe do Programa de Atenção Primária à Saúde (PAPS) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (FM/UFRJ), estabeleceu-se paralelamente ao modelo institucional adotado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do Rio de Janeiro. Assim, constituíram-se dois grupos de estudo com o objetivo de acompanhar, a princípio, a qualidade de vida dos pacientes em cada grupo<sup>5</sup>.

Foi nossa hipótese que os pacientes acompanhados por uma equipe interdisciplinar pudessem ter, em relação às dimensões avaliadas pelo questionário SF-36, melhor desempenho associado e relacionado a uma melhor resposta ao tratamento do que aqueles acompanhados pelo modelo proposto pela SMS/RJ. O atual trabalho refere-se a uma primeira avaliação, após um ano de acompanhamento.

Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho do Centro de Ciências da Saúde da UFRJ, tendo parecer favorável no dia 06 de maio de 1999, sendo registrado no protocolo de pesquisa número 36/99.

## 2. Casuística e Método

O modelo inicialmente proposto, no âmbito da assistência interdisciplinar, foi iniciado pela captação do paciente que procura o CMS para atendimento em qualquer especialidade. Uma triagem foi realizada com avaliação de fatores de risco para hipertensão arterial em todos os pacientes na porta de entrada, sendo a pressão arterial verificada por pessoal capacitado após treinamento. Os indivíduos que apresentavam medida de pressão arterial acima dos limites preconizados pelo Programa Nacional de Controle da Hipertensão Arterial (PNCHA) foram selecionados para a segunda verificação da pressão em um prazo de sete dias<sup>6</sup>. Os que permaneciam com níveis acima dos preconizados foram inscritos no programa de hipertensão arterial do CMS. De forma alternada, os pacientes foram encaminhados para atendimento no presente projeto (grupo A) ou no ambulatório de clínica médica do CMS (grupo B), não sendo permitida a migração de doentes que já se encontravam em acompanhamento na unidade de saúde.

Constituíram nossa casuística os pacientes que preencheram os critérios de inclusão nos programas de hipertensão arterial de acordo com as normas da SMS do Rio de Janeiro, que são moradores e/ou trabalhadores da área de planejamento do CMS e que assinaram o termo de consentimento livre e por escrito.

Os critérios de inclusão no Programa de Hipertensão Arterial foram ser adulto, morador, trabalhador ou estudante da área programática do CMS, com níveis de pressão sistólica > 140 mmHg e/ou diastólica > 90 mmHg em duas aferições em datas diferentes ou com diagnóstico prévio de HAS em uso de medicação anti-hipertensiva.

O modelo proposto para estudo consiste no atendimento mensal ao paciente hipertenso por equipes interdisciplinares formadas por um médico, um nutricionista e um enfermeiro, em sistema de rodízio, e de um profissional de dança, com atividade semanal. Todos atendem de forma integral os pacientes, ou seja, analisam suas queixas, verificam a pressão arterial e exames complementares, avaliam efeitos colaterais do tratamento e prescrevem as receitas e orienta-

ções gerais. O médico é responsável pelo primeiro atendimento, pelo diagnóstico, pela orientação terapêutica e pelos cuidados gerais. O segundo atendimento cabe ao nutricionista, que, além do atendimento integral, orienta o controle dietético. O enfermeiro, na terceira consulta do paciente, promove as atividades educacionais e de cuidados gerais. O atendimento se faz em salas contíguas, favorecendo o contato mais próximo entre os profissionais, a troca de experiências nos casos de dúvidas ou mudança de conduta e uma maior participação do doente no seu tratamento. Foram incluídos no atual estudo todos os indivíduos em acompanhamento no modelo proposto, na época da aplicação do questionário, constituindo o grupo A.

Os profissionais do CMS fazem o atendimento na forma preconizada pela SMS do Rio de Janeiro por meio de consultas médicas e encaminhamento ocasional à nutrição por decisão do médico. O setor de enfermagem organiza grupos de atendimento coletivo, dirigidos aos pacientes inscritos nos programas. O número máximo de pacientes atendidos por turno de 4 horas é de 16 pacientes. Uma amostra, escolhida ao acaso na sala de espera, constituiu o grupo B, excluindo-se aqueles em tratamento por mais de um ano. Esta amostra foi escolhida com objetivo de poder ser comparada ao grupo-alvo, não havendo a preocupação de torná-la representativa dos pacientes atendidos no CMS ou da população do Rio de Janeiro.

Ambos os grupos foram orientados quanto à terapêutica medicamentosa, disponível na rede de saúde e distribuída gratuitamente. Os critérios de referência e contra-referência também foram idênticos.

Além do atendimento ambulatorial, foi oferecida aos pacientes de ambos os grupos uma atividade física semanal, que visava à motivação para a prática de exercícios físicos e à valorização da corporeidade. Esta atividade foi desenvolvida pelos professores do Departamento de Arte Corporal da Escola de Educação Física e Desporto da UFRJ, sendo denominada “Movimento e Saúde”.

Foram coletadas informações, em fichas próprias, contendo a idade, o sexo, a naturalidade e a escolaridade. Dados sobre complicações (consideradas como evidências

clínicas de doença cardiovascular e/ou alterações eletrocardiográficas) e presença de co-morbidades também foram levantados nos prontuários.

Em nosso trabalho, optamos pela utilização do Short Form Health Survey (SF-36), questionário genérico criado por Ware e Sherbourne<sup>7</sup> em 1992 e Ware e colaboradores<sup>8</sup> em 1993, a partir do Medical Outcomes Study (MOS) norte-americano, para avaliar estado de saúde. O SF-36, traduzido e validado para o português por Ciconelli<sup>9</sup>, é um instrumento de verificação de característica genérica, ou seja, pode ser utilizado em qualquer situação de agravo à saúde. Prevê escores de 0 a 100 para cada dimensão.

O questionário de qualidade de vida SF36 foi aplicado na sala de espera dos consultórios aos pacientes dos grupos A e B que aceitaram participar do presente estudo por meio da assinatura no formulário de consentimento informado livre e esclarecido para participação em pesquisa clínica, de acordo com as orientações da Comissão de Ética da UFRJ.

As dimensões do SF-36 têm por objetivo avaliar oito aspectos:

- 1- Dor - avalia a presença, a extensão e a limitação provocadas pela dor.
- 2- A capacidade funcional - avalia o desempenho físico, considerando a presença e a extensão das limitações em diversos tipos de atividades físicas em uma escala de resposta de três níveis.
- 3- O aspecto físico - avalia as dificuldades, na realização do trabalho e nas atividades diárias, decorrentes dos problemas de saúde.
- 4- O estado geral de saúde - reflete a avaliação do paciente sobre sua saúde e suas perspectivas sobre ela.
- 5- Aspectos sociais - avalia a influência da doença na integração social do indivíduo, considerando os aspectos físicos e emocionais.
- 6- Aspectos emocionais - avalia as dificuldades relacionadas ao trabalho ou outras atividades diárias decorrentes de problemas emocionais.
- 7- Saúde mental - é um índice do humor em geral e avalia

as quatro maiores dimensões da saúde mental: ansiedade, depressão, perda do controle emocional, distúrbios do comportamento e bem-estar psicológico.

8- Vitalidade - avalia o nível de disposição e de fadiga.

Os pacientes dos dois grupos responderam ao questionário por entrevista realizada por profissional contratado e treinado exclusivamente para este fim, e que não pertencia às equipes de assistência. A opção pelo entrevistador, e não pela forma auto-aplicada do questionário, foi feita tendo em vista a possibilidade da existência de analfabetos no universo estudado.

O controle da pressão arterial foi avaliado comparando-se os níveis registrados pré-tratamento (consulta 1) e pós-tratamento (última consulta do primeiro ano de acompanhamento), pelo teste de Mann Whitney.

Foi realizada uma análise para avaliar a qualidade de vida pelos escores do SF-36, para as comparações entre os dois grupos, pelo teste de Mann Whitney.

Foram também feitos testes de correlação de Spearman entre as pressões pré-tratamento, pós-tratamento e as diferenças entre elas ( $\Delta$ PS e  $\Delta$ PD), comparando cada uma delas com os escores de desempenho de cada dimensão do questionário SF-36. O nível de significância mínimo adotado foi de 5% para toda a análise estatística.

### 3. Resultados

A tabela 1 ilustra os dados sociodemográficos das populações estudadas, homogêneas em relação ao sexo, à idade, à escolaridade e à naturalidade. A presença de complicações da hipertensão e de co-morbidades está ilustrada na tabela 2. Embora em maior frequência no grupo A do que no B, as diferenças entre complicações encontradas não foi significativa, mesmo excluindo-se aquelas que evoluem sem sintomas. As co-morbidades ocorreram em número maior no grupo A. A diferença não foi significativa, porém mostrou uma tendência com valor de  $p=0,06$ .

A tabela 3 mostra que os níveis de pressões, tanto sistólicas quanto diastólicas, pré-tratamento, foram significativamente mais altos no grupo A, e não diferiram

entre os grupos após o tratamento. No entanto, houve queda de níveis tensionais apenas no grupo A, refletindo uma reposta clínica, o que não ocorreu no grupo B - neste não houve modificação importante na resposta ao tratamento.

Na tabela 4, houve melhores resultados no grupo A em todas as dimensões referentes ao componente físico do questionário de qualidade de vida, mas a diferença foi significativa apenas para a capacidade funcional. Em relação

ao componente mental, houve melhor desempenho das dimensões do SF-36 que avaliaram aspectos emocionais e vitalidade no grupo A e saúde mental e aspectos sociais no grupo B, sendo a diferença significativa para a saúde mental.

No grupo A, não houve correlação importante entre os escores de qualidade de vida, as pressões arteriais pré-tratamento e pós-tratamento e o grau de resposta ao tratamento (tabela 5).

**Tabela 1:** Características demográficas dos pacientes

grupo	sexo		Idade em anos					naturalidade			Escolaridade (grau)				
	feminino	masculino	<39	40-49	50-59	60-69	≥70	Rio de Janeiro	outros	s/ informação	1º	2º	3º	analfabetos	s/ informação
A	45	24	02	15	21	25	06	40	22	07	48	07	04	03	07
B	41	28	04	14	20	23	08	39	28	02	49	13	02	05	00

\*Resultados expressos em números absolutos; p>0,05 para todas as comparações. 1º, 2º, 3º graus: foram considerados os graus completos ou incompletos.

**Tabela 2:** Complicações e co-morbidades mais encontradas

	A n	B n	valor de p
<b>Complicações:</b>	21	15	0,33
Alterações eletrocardiográficas	9	2	
Dor pré-cordial	3	2	
Infarto do miocárdio	2	0	
Acidente vascular cerebral	5	0	
Crise hipertensiva sintomática	3	1	
Arritmia	1	2	
Outros*:	3	4	
<b>Co-morbidades:**</b>	26	15	0,06
Doenças osteoarticulares	8	6	
Diabetes mellitus	7	5	
Insuficiência venosa/edema	3	2	
Outros**:	11	8	

\* Pacientes com achados eletrocardiográficos não necessariamente conseqüentes à H.A. \*\* Achados clínicos: **Grupo A:** • não comprometiam a qualidade de vida: leucopenia, hepatomegalia, hipertrofia benigna da próstata – total de 3 casos-; • comprometiam a qualidade de vida: dengue, erisipela, tricomoníase vaginal e labirintite – 5 casos -; surdez, insônia, bronquite crônica; – 3 casos. **Grupo B:** • não comprometiam a qualidade de vida: hepatite B e histerectomia - 2 casos -; • comprometiam a qualidade de vida: claudicação intermitente, catarata, glaucoma, doença de Chron, bronquite crônica - 5 casos -; • labirintite – 1 caso.

**Tabela 3:** Resposta clínica ao tratamento:

grupos	Pressão arterial pré-tratamento		Pressão arterial pós-tratamento		Diferença de pressão pré-tratamento e pós-tratamento	
	PS	PD	PS	PD	$\Delta$ PS	$\Delta$ PD
A	162,4+/-20,7	95,6+/-14,5	145,8+/-19,6	91,0+/-12,3	-16,5+/-21,4	-4,6+/-14,9
B	143,4+/-19,4	86,0+/-10,2	149,6+/-20,68	90,5+/-13,3	+6,2+/-24,7	+4,5+/-13,0
<i>p</i>	<0,0001	0,001	0,36	0,74	<0,0001	0,002

Resultados expressos em mm Hg; os valores de *p* referem-se às comparações entre os grupos A e B.

**Tabela 4:** Medianas dos escores obtidos no questionário de Qualidade de Vida:

	Dimensão	Grupo A	Grupo B	Valor de <i>p</i>
Componente físico	Dor	51,0 (22-100)	42,0 (00-090)	>0,05
	Capacidade funcional	75,0 (00-100)	62,5 (05-100)	0,02
	Aspecto físico	75,0 (00-100)	50,0 (00-100)	0,27
	Estado geral de saúde	65,0 (05-100)	57,0 (20-095)	0,35
Componente mental	Aspecto social	62,5 (00-100)	75 (12,5-100)	0,24
	Aspecto emocional	67,0 (00-100)	33,0 (00-100)	0,15
	Saúde mental	48,0 (16-076)	60,0 (20-088)	0,01
	Vitalidade	50,0 (05-090)	45,0 (10-085)	0,33

Resultados expressos em medianas. Os escores para todas as variáveis podem ser de 0 a 100. Quanto maior o escore obtido para a variável, melhor o desempenho.

#### 4. Discussão

Nas últimas décadas, os resultados da atenção à saúde têm sido medidos, valorizando, cada vez mais, a ótica do paciente. Os benefícios de tratamentos específicos e dos sistemas de assistência à saúde em geral vêm sendo avaliados considerando a extensão da mudança provocada no estado funcional e no bem-estar do indivíduo, à luz de suas necessidades e expectativas.

Em nosso trabalho, aplicamos o questionário de qualidade de vida SF-36 em dois grupos, procurando compará-los após diferentes modos de intervenção. As variáveis sociodemográficas foram semelhantes em ambos os grupos, não interferindo nos achados. No entanto, apesar da maior frequência de pacientes com complicações da hipertensão arterial no grupo A em relação ao B, esta diferença não foi significativa, provavelmente não interferindo

na qualidade de vida dos pacientes.

Por outro lado, as co-morbidades ocorreram em frequência maior no grupo A, provavelmente influenciando a comparação dos resultados de qualidade de vida obtidos. Um outro fato importante é que as pressões pré-tratamento dos pacientes do grupo A eram significativamente mais altas do que no B. Estes dados, analisados em conjunto, permitem afirmar que os pacientes do grupo A tinham maior comprometimento de sua saúde do que os do outro grupo, apesar dos critérios randômicos de seleção utilizados.

Houve melhor resposta clínica ao tratamento da hipertensão arterial no grupo A, evidenciada pela diferença significativa na comparação entre a variação de pressões obtidas por este grupo, em relação ao grupo B. Esta melhor resposta foi obtida a despeito dos maiores agravos

**Tabela 5:** Correlações entre qualidade de vida e níveis tensionais:

Dimensão estudada	Pressão arterial pré-tratamento				Pressão arterial pós-tratamento				Diferença pré-tratamento e pós-tratamento			
	sistólica		diastólica		sistólica		diastólica		sistólica		diastólica	
	r (%)	p	r (%)	p	r (%)	p	r (%)	p	r (%)	p	r (%)	p
Dor	-0,01	0,93	-0,04	0,77	-0,15	0,27	0,06	0,66	0,15	0,28	0,09	0,51
Capacidade funcional	0,08	0,53	-0,24	0,08	-0,23	0,10	-0,07	0,61	0,16	0,25	0,26	0,06
Aspecto físico	0,02	0,87	0,09	0,53	0,18	0,20	0,06	0,63	0,08	0,57	0,01	0,90
Estado geral de saúde	-0,04	0,76	-0,22	0,11	-0,04	0,78	-0,04	0,78	0,05	0,70	0,20	0,15
Aspecto social	-0,24	0,09	-0,07	0,63	-0,22	0,11	-0,08	0,53	-0,03	0,82	-0,03	0,82
Aspecto emocional	-0,08	0,55	0,08	0,57	-0,25	0,08	-0,10	0,45	0,17	0,23	0,14	0,31
Saúde mental	0,07	0,62	0,08	0,57	-0,03	0,80	0,01	0,90	0,03	0,79	0,03	0,81
Vitalidade	-0,20	0,15	-0,28	0,06	0,08	0,55	-0,23	0,10	0,03	0,81	0,19	0,17

Teste de correlação de Spearman

existentes nas condições pré-tratamento do grupo A. Tendo em vista que as condições demográficas entre os grupos eram as mesmas, este fato sugere que o modelo de atendimento possa ter tido uma função importante. É necessário ressaltar que o modelo proposto para os pacientes do grupo A inclui atendimento com hora marcada, avaliação laboratorial descentralizada, consultas mensais individuais, interação direta com a equipe de suporte operacional e a adesão voluntária dos doentes a um novo modelo de assistência, fatos que podem interferir, ao menos em parte, nas respostas obtidas no tratamento da hipertensão arterial. Ademais, a satisfação dos usuários no modelo multidisciplinar proposto foi maior do que no

grupo B<sup>10</sup>.

Considerando a faixa etária dos pacientes de ambos os grupos, os escores para QV não foram superiores a 75% em qualquer das dimensões estudadas, o que pode refletir a baixa condição de escolaridade e, conseqüentemente, de renda e condições de vida em geral. É importante esclarecer que a maioria dos pacientes atendida nos dois grupos residia em duas grandes favelas urbanas próximas ao CMS, submetidas a um estado de violência constante. Esta hipótese é compatível com o achado de escores mais baixos no componente mental (aspecto social, aspecto emocional, saúde mental e vitalidade) do que no físico (dor, capacidade funcional, aspecto físico e estado geral de

saúde) no grupo A. No componente físico, a dimensão dor foi a que teve menores escores, sendo habitualmente mais influenciada pelas condições sociais e emocionais. Causa surpresa o achado de 75% no escore de aspecto social e 33% no aspecto emocional encontrado no grupo B, resultados discrepantes entre si e com os demais, sem explicação que possa justificá-los.

A diferença entre os dois grupos foi estatisticamente significativa na capacidade funcional, que foi melhor no grupo A. Embora a hipertensão arterial evolua com poucos sintomas, sobretudo em pacientes com graus leves a moderados, como a capacidade funcional é avaliada no questionário pelos sintomas de cansaço aos esforços, provavelmente ela foi melhor no grupo A pelo melhor controle da pressão arterial, que reduz em muito estes sintomas. A capacidade funcional do questionário SF-36 é a dimensão mais sensível de pequenos descontroles da pressão arterial pela taquicardia decorrente de esforços físicos de mínima intensidade. No entanto, não houve correlação significativa entre os escores de capacidade funcional e os níveis de PS e PD pós-tratamento, assim como com a diferença entre ambos.

Em relação ao componente mental (aspectos sociais, aspecto emocional, saúde mental e vitalidade), espera-se que a saúde mental e estado emocional sejam afetados, particularmente em estágios avançados de doenças que levem a limitações físicas que provoquem depressão e perda do controle emocional, o que não é a realidade dos pacientes estudados. Os resultados foram controversos, já que houve melhor desempenho da saúde mental no grupo B e do estado emocional no A. A violência urbana na área de residência dos pacientes pode ter influenciado estes escores, porém não justifica as diferenças encontradas na saúde mental, já que ambos os grupos são da mesma comunidade.

Finalmente, é importante questionarmos se o instrumento utilizado foi adequado para esclarecimento da hipótese, e ainda se o tempo de acompanhamento dos pacientes foi suficiente para este tipo de análise. Seria, portanto, de grande interesse a reavaliação destes pacientes em

um tempo mais prolongado, utilizando-se simultaneamente um questionário voltado especificamente para avaliação de QV de indivíduos com hipertensão arterial.

## 5. Conclusões

Pacientes com hipertensão arterial atendidos pelo modelo interdisciplinar em uma unidade básica de saúde durante um ano tiveram maior queda nos níveis de pressão arterial, quando comparado aos atendidos apenas pelos médicos; porém, a relação da resposta ao tratamento com a qualidade de vida não pode ser, satisfatoriamente, comprovada utilizando-se o questionário SF-36.

## 6. Referências

1. Ware JE Jr. Standards for validating health measures: definition and content. *J Chron Dis* 1987; 40(6):473-480.
2. Wood-Dauphinee S. Assessing quality of life in clinical research: from where have we come and where are we going? *J Clin Epid* 1999; 52:355-363.
3. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva* 2000; 5(1):7-18.
4. Klein CH, Silva NA, Nogueira A, Ada R, Bloch KV, Campos LH. Estudo multicêntrico sobre Hipertensão Arterial no Brasil. Parte II: prevalência. *Cad Saúde Pública* 1995; 11(3): 389-94.
5. Halfoun VLRC, Araujo, MC, Malveira, EAP, Gonçalves MC, Griep RH, Mattos D et al. Custo/efetividade de um modelo assistencial multidisciplinar nos programas de hipertensão arterial e diabetes mellitus em uma unidade de saúde do município do Rio de Janeiro. In: *Anais do VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Ciência e Saúde Coletiva, 2000; Salvador, Brasil. Rio de Janeiro: ABRASCO; 5 (supl): 193, 2000.*
6. Brasil. Ministério da Saúde. Normas técnicas para o programa nacional de educação e controle da hipertensão arterial. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1998.
7. Ware JE & Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30, 473-482.



8. Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health Survey. Manual and Interpretation Guide. Ed. The Health Institute. New England Med. Center. Boston, Mass. 1993. Nimrod .
9. Ciconelli RM. Tradução para o português e avaliação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "medial outcome study 36-item short-form health survey (SF36)". [Tese de Doutorado], São Paulo, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, 1997.
10. Halfoun VLRC, Curvello MSC, Aguiar OB, Mattos D. A satisfação do usuário em dois modelos de atendimento no programa de hipertensão arterial em uma unidade do Município do Rio de Janeiro. Cadernos de Saúde Coletiva 13(3): 617-630, 2005.

Trabalho realizado pelo Programa de Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da UFRJ. Fonte de auxílio: Fundação Universitária José Bonifácio/ UFRJ.

**Endereço para correspondência:**

Programa de Atenção Primária à Saúde / FM-UFRJ  
Rua Laura de Araújo, 36 – 2o andar  
Cidade Nova – Rio de Janeiro  
CEP: 20211-170

**Endereço eletrônico:**

papsfm@ig.com.br