

**UNIVERSIDADE TIRADENTES  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA**

**AÉLIO MARCELO NASCIMENTO SANTOS  
IANNE KAROLINE ALMEIDA SOL POSTO**

**ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA E FATORES ASSOCIADOS EM  
INDIVÍDUOS HIPERTENSOS USUÁRIOS DE UM NÚCLEO AMPLIADO  
À SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ARACAJU**

**2021**

**AÉLIO MARCELO NASCIMENTO SANTOS  
IANNE KAROLINE ALMEIDA SOL POSTO**

**ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA E FATORES ASSOCIADOS EM  
INDIVÍDUOS HIPERTENSOS USUÁRIOS DE UM NÚCLEO AMPLIADO  
À SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à Universidade Tiradentes  
como um dos pré-requisitos para  
obtenção do grau de Bacharel em  
Fisioterapia.

ORIENTADOR (A): Dra. DANIELA  
TELES DE OLIVEIRA

**ARACAJU**

**2021**

# **ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA E FATORES ASSOCIADOS EM INDIVÍDUOS HIPERTENSOS USUÁRIOS DE UM NÚCLEO AMPLIADO À SAÚDE DA FAMÍLIA**

Aélio Marcelo Nascimento Santos<sup>1</sup>; Ianne Karoline Almeida Sol Posto<sup>2</sup>; Daniela Teles de Oliveira<sup>3</sup>

## **RESUMO**

A Atenção Primária à Saúde corresponde ao primeiro nível de atenção em saúde, caracterizando-se pelo conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que visa abranger a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Diante desse contexto foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, principal porta de entrada para o fisioterapeuta nesse nível de atenção à saúde. Esse profissional, dentro do NASF, possui atribuições específicas, dentre elas, dar assistência a todas as fases do ciclo de vida, atender pacientes com doenças exclusivas, a exemplo da hipertensão arterial sistêmica, bem como, orientar, prevenir e melhorar a qualidade de vida. A partir disso, o presente estudo tem como objetivo analisar a Qualidade de vida e fatores associados em indivíduos hipertensos usuários do Núcleo Ampliado à Saúde da Família. Este é um estudo do tipo transversal, observacional, de campo e com abordagem quantitativa, realizado com indivíduos com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica, envolvendo 25 indivíduos que foram incluídos por conveniência. Para avaliar a qualidade de vida, as desordens da coluna vertebral e os níveis de depressão, foram utilizados o SF-36 (Short-Form Health Survey), Índice de Incapacidade Oswestry e o Beck Depression Inventory, respectivamente. Destarte, foi possível observar que a maioria da amostra foi do sexo feminino (84%), com média de idade de 55,2 anos. Os mesmos apresentaram incapacidade moderada, boa qualidade de vida, no que se refere ao seu estado geral e níveis leves de depressão. Por conseguinte, foi possível evidenciar que a que a hipertensão arterial sistêmica traz à tona diversos aspectos negativos na saúde integral dos diagnosticados, sejam nas características físicas, sejam nas características mentais, apesar de níveis reduzidos, demonstrados pelos níveis de incapacidade, depressão e saúde.

**DESCRITORES:** Atenção Primária à Saúde; Fisioterapia; Hipertensão Arterial Sistêmica; Saúde da Família.

# **ANALYSIS OF THE QUALITY OF LIFE AND ASSOCIATED FACTORS IN HYPERTENSIVE INDIVIDUALS USERS OF AN EXPANDED FAMILY HEALTH CENTER**

Aélio Marcelo Nascimento Santos<sup>1</sup>; Ianne Karoline Almeida Sol Posto<sup>2</sup>; Daniela Teles de Oliveira<sup>3</sup>

## **ABSTRACT**

Primary Health Care corresponds to the first level of health care, characterized by the set of health actions, in the individual and collective scope, which aims to cover health promotion and protection, disease prevention, diagnosis, treatment, rehabilitation, harm reduction and health maintenance. In this context, the Family Health Support Centers were created, the main gateway for physical therapists at this level of health care. This professional, within the *NASF*, has specific duties, including providing assistance to all stages of the life cycle, attending patients with exclusive diseases, such as systemic arterial hypertension, as well as guiding, preventing and improving the quality of life. From this, the present study aims to analyze the Quality of life and associated factors in hypertensive individuals who use the Extended Family Health Center. This is a cross-sectional, observational, field study with a quantitative approach, carried out with individuals diagnosed with Systemic Arterial Hypertension, involving twenty-five individuals who were included for convenience. To assess quality of life, spinal disorders and depression levels, the SF-36 (Short-Form Health Survey), Oswestry Disability Index and the Beck Depression Inventory were used, respectively. Thus, it was possible to observe that the majority of the sample was female (84%), with a mean age of 55.2 years. They had moderate disability, good quality of life, with regard to their general condition and mild levels of depression. Therefore, it was possible to show that systemic arterial hypertension brings to light several negative aspects in the overall health of those diagnosed, whether in physical characteristics or mental characteristics, despite the low levels, demonstrated by the levels of disability, depression and health.

**DESCRIPTORS:** Primary Health Care; Physical Therapy; Systemic Arterial Hypertension; Family Health.

## 1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde constitui a base da assistência à saúde em países que adotam sistemas de saúde de caráter universal. A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, ocorrida em Alma-Ata em 1978, marcou o ideário que figura como consenso de que o sucesso de um sistema de saúde universal e resolutivo depende do acesso, de boa cobertura e de atendimento de qualidade (VENDRUSCOLO et al., 2019).

Diante das demandas e necessidades de saúde presentes no território e das dificuldades e dos limites das equipes de atenção básica, por meio da portaria n. 154/2008, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), para que esses atuem de forma a ampliar o escopo de ofertas de cuidado aos usuários. O trabalho do NASF é orientado pelo referencial teórico-metodológico do apoio matricial. Este último é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. Após a aprovação e publicação, pelo Ministério da Saúde, da portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017, a qual deu origem à nova versão da Política Nacional de Atenção Básica, o NASF passou a se chamar Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) (NASCIMENTO; CORDEIRO, 2019; SANTOS; UCHÔA-FIGUEIREDO; LIMA, 2017).

O profissional que atua no NASF tem como princípios básicos a integralidade, o conhecimento de território, a humanização, a educação popular e permanente em saúde, a interdisciplinaridade e a intersetorialidade direcionados para ações de promoção de saúde que interfiram diretamente na qualidade de vida dos cidadãos. O fisioterapeuta, quando inserido no NASF, precisa enfrentar os problemas que aportam ao serviço de saúde, tendo como eixos direcionadores o exercício de sua autonomia profissional, o desenvolvimento de intervenções criativas e o vínculo com a coletividade (SOUZA et al, 2013).

O profissional fisioterapeuta, ainda como componente da Estratégia Saúde da Família, possui atribuições específicas, dentre elas, dar assistência a todas as fases do ciclo de vida, atender pacientes com doenças exclusivas, bem como, orientar, prevenir e melhorar a qualidade de vida. Em relação a essas prerrogativas insere-se a responsabilidade desse profissional em relação a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (ARAÚJO; TONIOLLI; DRUMMOND, 2012).

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. 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 (RIBEIRO et al, 2015).

A HAS é considerada uma das principais causas de óbitos associados a doenças cardiovasculares e, por outro, a dor está entre os distúrbios não letais que mais provocam incapacidades e perda de produtividade no trabalho. Embora sejam fenômenos aparentemente distintos, investigações utilizando animais de laboratório e humanos demonstraram forte associação entre HAS e reduzida percepção de estímulos dolorosos. Em outras palavras, pessoas com hipertensão relataram menor sensibilidade à dor (hipoalgesia) quando comparadas a indivíduos normotensos. Considerando que a dor é um sinal que auxilia a proteger o corpo de lesões potenciais, dentre as implicações dessa relação para a saúde está o fato de que a hipoalgesia pode servir como um método de diagnosticar risco de HAS na população, bem como sinais dolorosos de advertência, uma vez que pessoas normotensas, com parentes hipertensos de primeiro grau, demonstraram menor sensibilidade a isquemia e a dor experimental do que indivíduos sem histórico familiar (FERREIRA et al, 2015).

Diante disso, o presente estudo tem como objetivo analisar a Qualidade de vida e fatores associados em indivíduos hipertensos usuários do Núcleo Ampliado à Saúde da Família (NASF), bem como observar a incidência dos sintomas de ansiedade que são compartilhados de forma mínima com depressão em pacientes do NASF na condição de hipertensos e avaliar as desordens da coluna frente às atividades diárias em paciente com Hipertensão Arterial Sistêmica que são atendidos pelo NASF.

## **2. METODOLOGIA**

### **2.1. DELINEAMENTO DA PESQUISA**

Estudo do tipo transversal, observacional, de campo e com abordagem quantitativa, realizado com indivíduos com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica.

### **2.2. LOCAL DA PESQUISA E CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA**

A pesquisa foi realizada através do recrutamento de pacientes da Clínica de Saúde Da Família Doutor Geraldo Luiz Souza Mota, localizada na Avenida Quintino Bocaiuva, nº 740, Bairro Centro, no município de Capela, Sergipe. Esta unidade é de atendimento à Saúde da Família a qual possui ampla infraestrutura para a atividade proposta e é referência no atendimento de cardiovascular concentrando grande parte da população hipertensa do município de Capela, em Sergipe. A amostra foi por conveniência de acordo com a disponibilidade dos pacientes da clínica supracitada.

### **2.3. CRITÉRIO DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO**

Foram incluídos os pacientes de ambos os sexos, com faixa etária compreendida entre 20 e 65 anos, com diagnóstico clínico de Hipertensão Arterial Sistêmica e que possua ou não outra patologia associada. Foram excluídos indivíduos que apresentem doença cardíaca grave, neoplasia, injúria musculoesquelética prévia ou insuficiência respiratória.

### **2.4. ASPECTOS ÉTICOS**

O trabalho foi realizado de acordo com as recomendações éticas para a realização de pesquisas no Brasil. Foram seguidas as normas expressas na Resolução de 12 de dezembro de 2012 e resoluções complementares do Conselho Nacional de Saúde. O material coletado foi de uso exclusivo do pesquisador, sendo utilizado com a única finalidade de fornecer elementos para a

realização do trabalho. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 1) foi entregue aos participantes da pesquisa tendo a opção de desistirem a qualquer momento.

## 2.5. INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE PESQUISA

Os dados foram coletados de forma presencial, através de um formulário criado pelos autores impresso, constituído por três questionários validados e por algumas perguntas sociodemográficas, educacionais, socioeconômicas e ocupacionais.

Para avaliar a qualidade de vida foi utilizado o questionário SF-36 (Short-Form Health Survey) (ANEXO I). Este instrumento de qualidade de vida (QV) multidimensional foi desenvolvido em 1992 por Ware e Sherbourne e validado no Brasil por Ciconelli et al (Campolina et al., 2011).

Utilizamos o Beck Depression Inventory (BDI) (ANEXO II), que é um instrumento de auto-avaliação utilizado para detectar sinais de ansiedade e depressão, foi criado por Beck et al (1961) e validado para português em 2012 por Oliveira et al. Esse instrumento é composto por 21 itens, referindo-se à Dormência; Sensação de calor; Tremores; Incapacidade de relaxar; Medo que aconteça o pior; Tontura; Palpitações; Perda de equilíbrio; Aterrorização; Nervosismo; Sensação de sufocamento; Medo de perder o controle; Dificuldade para respirar; Medo de morrer; suor, entre outros. Cada item um score de zero a três, quanto maior o score, pior o prognóstico (OLIVEIRA et al., 2012).

Para avaliar as desordens e dores na coluna, foi utilizado o Índice de Incapacidade Oswestry (ODI) (ANEXO III) que é um instrumento que foi publicado pela primeira vez em 1980, posteriormente sendo traduzido para português em 2007 por Vigatto, Alexandre, Filho. Possui 10 critérios, cada um com seis alternativas, o total para cada critério será de cinco pontos, quando a primeira alternativa for marcada, a pontuação será 0 e se for a última, será cinco. O score total pode chegar a cinquenta pontos, desta forma, o cálculo para resultado será feito da seguinte forma: o valor que der será dividido por cinquenta e multiplicado por cem. Dessa forma, de 0% a 20% -



Incapacidade mínima, 21% a 40%- Incapacidade moderada, 41% a 60% Incapacidade intensa, 61% a 80%- aleijado e 81% a 100% considerado inválido (VIGATTO; ALEXANDRE; FILHO, 2007).

Além dos questionários foram avaliadas variáveis sociodemográficas como: Sexo, idade, Cidade/Estado, curso, raça, estado Civil, nível socioeconômico, ocupação, tipo de alimentação etc., através de um Protocolo de avaliação dos dados sociodemográficos (APÊNDICE II).

## 2.6. ANÁLISE ESTATÍSTICA

A tabulação e organização do banco de dados ocorreu por meio do programa Excel 365 e, em seguida, analisado estatisticamente pelo software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 25,0, onde foram obtidos resultados em frequência absoluta e relativa. O intervalo de confiança utilizado foi padronizado em 95% para apresentar significância estatística ( $p < 0,05$ ).

O cálculo realizado para obter os parâmetros dos scores seguiu a equação:

$$Score = \frac{((\text{Soma de todos os itens} - \text{Limite inferior}))}{\text{Variação dos itens}} * 100$$

Após obtenção dos valores, para análise dos scores, foi necessário verificar a distribuição da normalidade dos escores por meio do teste **Kolmogorov-Smirnov com Correção de Lilliefors**. Para avaliar a correlação entre as variáveis, utilizou-se a **correlação de Pearson** para as variáveis paramétricas (distribuição homogênea), enquanto para as não paramétricas (distribuição heterogênea) utilizou-se o teste **tau b de kendall**. A força de correlação foi determinada pela tabela abaixo.

Size of Correlation	Interpretation
.90 to 1.00 (— .90 to —1.00)	Very high positive (negative) correlation
.70 to .90 (— .70 to —.90)	High positive (negative) correlation
.50 to .70 (— .50 to —.70)	Moderate positive (negative) correlation
.30 to .50 (— .30 to —.50)	Low positive (negative) correlation
.00 to .30 (.00 to —.30)	negligible correlation

Tabela 1. Força da relação entre variáveis numéricas.

Fonte: Hinkle DE. Wiersma W. Jurs SG. Applied Statistics for the Behavioral Sciences. 5th ed. Boston: Houghton Mifflin; 2003.

Ademais, para a comparação dos valores do score diante do sexo do paciente, foi necessário visualizar a distribuição dos scores agrupados pelo sexo, utilizando o teste **Shapiro-Wilk**. Após visualizar a não parametria das variáveis agrupadas, foi utilizando o teste **U de Mann-Whitney**, enquanto para as variáveis paramétricas, utilizou-se o teste de **teste T de amostras independentes** a fim de visualizar a distribuição dos scores agrupadas pelo sexo.

### 3. RESULTADOS

Foram avaliados 25 indivíduos, sendo 84% do sexo feminino e 16% do sexo masculino, com média de idade de 55,2 anos, apresentando diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica. A ocupação da maioria foi doméstica, 32%. TABELA 2.

**Tabela 2. Dados gerais das participantes com Hipertensão Arterial Sistêmica. Valores apresentados em média  $\pm$  desvio padrão, frequência absoluta (n) e relativa (%). DP = desvio padrão.**

<b>Variável</b>	<b>N (%)</b>
<i>Sexo</i>	
Feminino	21 (84)
Masculino	4 (16)
<i>Ocupação</i>	
Agricultor(a)	1 (4)
Aposentado(a)	2 (8)
Artesão(a)	1 (4)
Auxiliar de serviços básicos	1 (4)
Auxiliar de serviços gerais	1 (4)
Doméstico(a)	8 (32)
Feirante	2 (8)
Policia	1 (4)
Professor(a)	2 (8)
Soldador(a)	1 (4)
Vendedor(a)	3 (12)
Vigilante	2 (8)
<i>Idade</i>	55,2 (7,326) <sup>a</sup>

a – Média (desvio padrão)

Mediante os resultados obtidos, pode-se perceber que as variáveis mais acentuadas foram limitação por aspectos emocionais 31,299%, seguido por dor e limitação por aspectos físicos, sendo

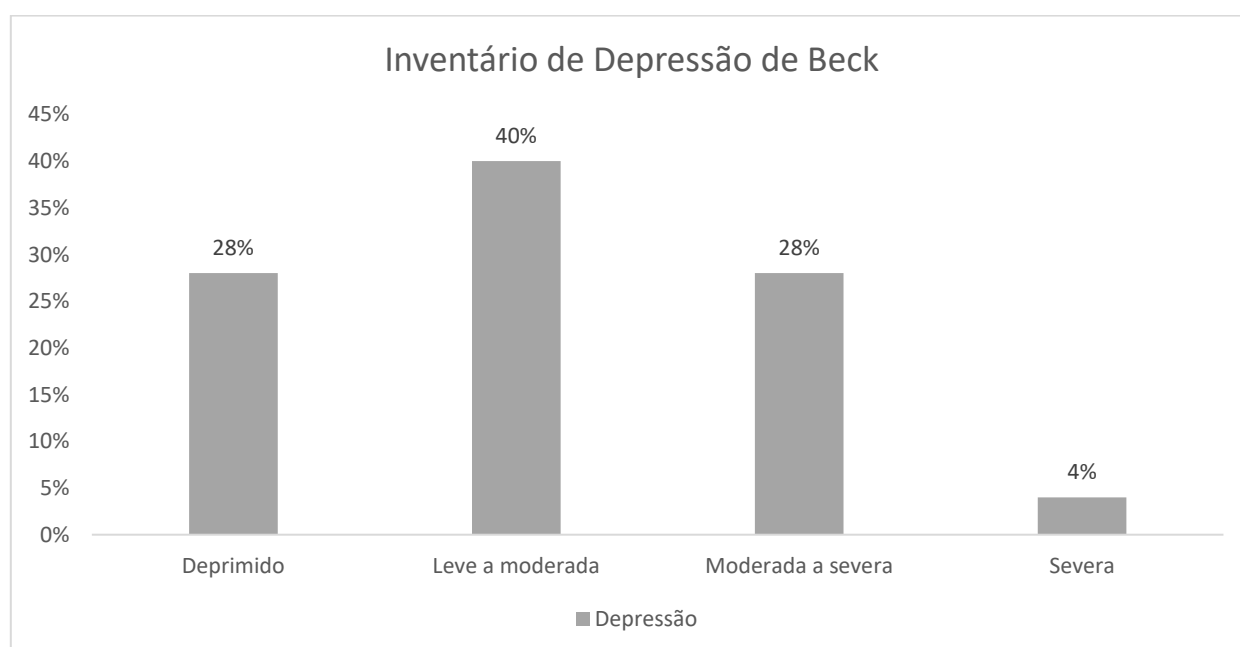
28,891% e 28,520% respectivamente. A partir disso, é possível observar Score final que corresponde a 15,449% (57,3). TABELA 3.

**Tabela 3. Escores brutos por pontuações apresentadas por Ranger Score do Questionário de Qualidade de Vida (SF36). Valores apresentados em média  $\pm$  desvio padrão, frequência absoluta (n) e relativa (%). DP = desvio padrão.**

Variável	N (%)
<i>Score de incapacidade</i>	32,6 (18,821) <sup>a</sup>
<i>Capacidade funcional</i>	45,4 (25,287) <sup>a</sup>
<i>Limitação por aspectos físicos</i>	47,7 (28,520) <sup>a</sup>
<i>Dor</i>	54,6 (28,891) <sup>a</sup>
<i>Estado geral</i>	69 (10,971) <sup>a</sup>
<i>Vitalidade</i>	57,4 (16,528) <sup>a</sup>
<i>Aspectos sociais</i>	57,1 (14,482) <sup>a</sup>
<i>Limitação por aspectos emocionais</i>	60,3 (31,299) <sup>a</sup>
<i>Saúde mental</i>	66,9 (18,130) <sup>a</sup>
<i>Score final</i>	57,3 (15,449) <sup>a</sup>

a – Média (desvio padrão)

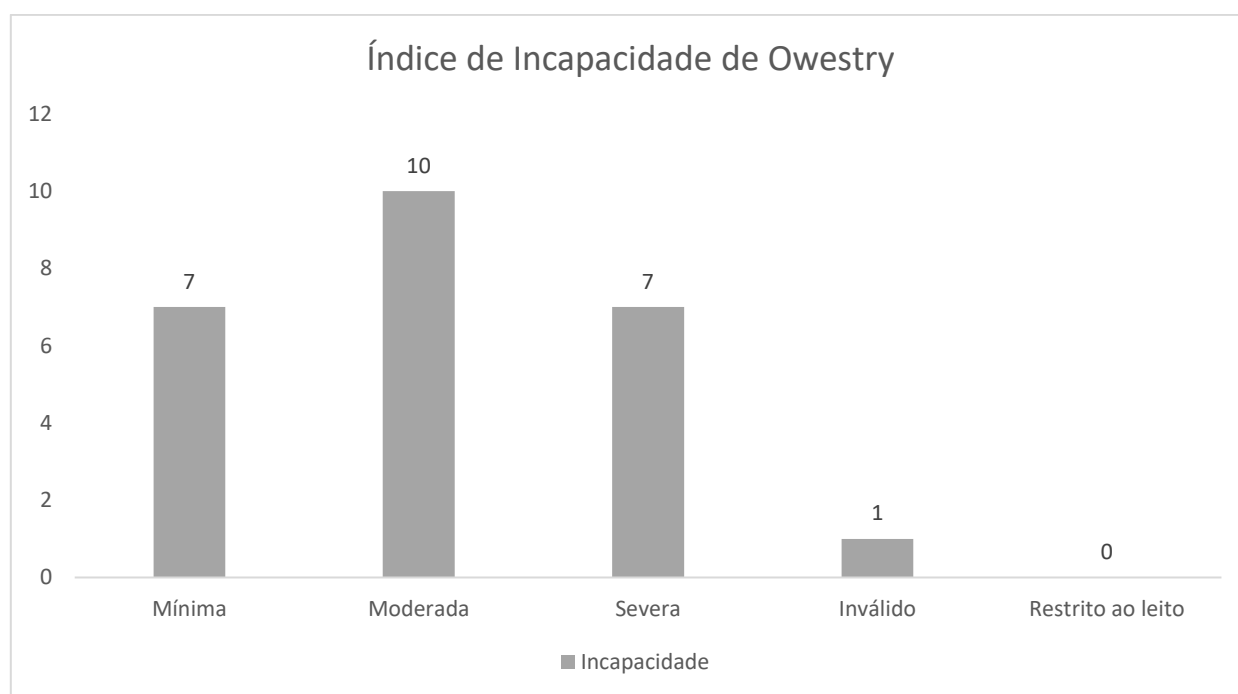
Ao analisar os resultados obtidos de acordo com as demandas dispostas no Inventário de Beck, foi possível observar que 40% (10) dos entrevistados apresentaram Depressão leve a moderada e 4% (1) apresentou depressão severa. FIGURA 1.



**Figura 1. Resultados dos scores apresentados em percentual a partir dos pontos de corte do Inventário de Depressão de Beck.**

Referente aos resultados apresentados pelo Índice de Incapacidade de Owesstry, observou-se que 40% (10) dos entrevistados foram caracterizados a partir de uma incapacidade severa, enquanto apenas 4% (1) caracterizado por incapacidade referente a invalidez, sendo superior apenas a incapacidade por restrição ao leito, que não foi apresentado em nenhum dos indivíduos.

FIGURA 2.



**Figura 2. Resultados dos *scores* apresentados a partir dos pontos de corte do Índice de Incapacidade de Owesstry.**

No teste de correlação tau b de *kendall*, foi possível observar que ao correlacionar as variáveis apresentadas a partir dos *Scores* do SF36 com a idade, o p não foi significativo, ultrapassando o valor base de  $p < 0,05$ . Por outro lado, as correlações realizadas entre os *scores* de incapacidade e ansiedade com os mesmos *Scores* do SF36, o p apresentou-se com valores inferiores a 0,05, sendo díspar apenas nas correlações com a variável Aspectos sociais do SF36. TABELA 4.

**Tabela 4. Correlação entre as variáveis. Teste de correlação de tau b de kendall, \*p < 0,05.**

Correlação	Correlação					
	Idade		Score incapacidade		Score ansiedade	
	R	P	R	p	r	P
Score incapacidade	-0,158 <sup>a</sup>	0,450	-	-	0,766 <sup>a</sup>	<0,001*
Limitação por aspectos físicos	-0,109 <sup>a</sup>	0,605	-0,648 <sup>a</sup>	<0,001*	-0,616 <sup>a</sup>	0,001*
Vitalidade	0,023 <sup>a</sup>	0,912	-0,763 <sup>a</sup>	<0,001*	-0,732 <sup>a</sup>	<0,001*
Aspectos sociais	-0,120 <sup>a</sup>	0,568	0,110 <sup>a</sup>	0,602	-0,015 <sup>a</sup>	0,943
Saúde mental	0,136 <sup>a</sup>	0,517	-0,537 <sup>a</sup>	0,006*	-0,674 <sup>a</sup>	<0,001*
Score final	0,031 <sup>a</sup>	0,885	-0,819 <sup>a</sup>	<0,001*	-0,775 <sup>a</sup>	<0,001*
Dor	0,018 <sup>b</sup>	0,906	-0,558 <sup>b</sup>	<0,001*	-0,358 <sup>b</sup>	0,017*
Estado geral	0,025 <sup>b</sup>	0,868	-0,318 <sup>b</sup>	0,034*	-0,446 <sup>b</sup>	0,003*
Limitação por aspectos emocionais	0,213 <sup>a</sup>	0,160	-0,430 <sup>b</sup>	0,004*	-0,466 <sup>b</sup>	0,002

a – Correlação de *Pearson* ; b – Correlação tau b de *kendall*

Ao realizar a comparação direta entre as variáveis sexo e scores apresentados no SF36, é possível observar resultados semelhantes no que se refere a média das respostas apresentadas. Sendo que apenas as variáveis capacidade funcional e dor demonstraram disparidade acentuada quando comparados ambos os sexos. TABELA 5.

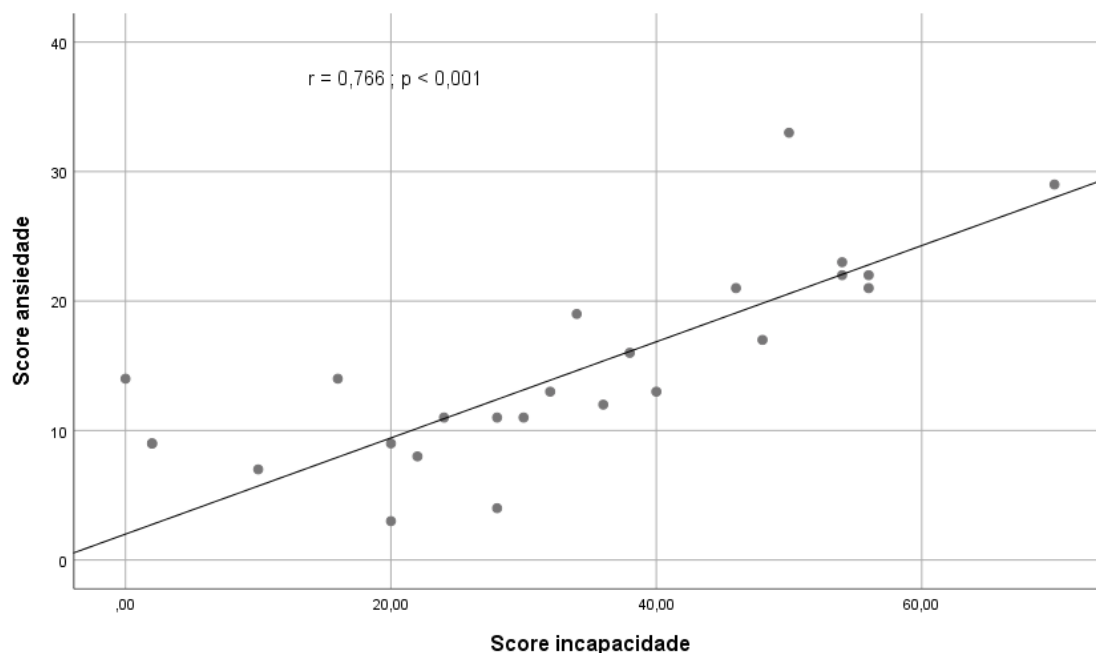
**Tabela 5. Valores apresentados pelo Questionário de Qualidade de Vida SF36 a partir dos sexos apresentados no estudo. Valores apresentados em média ± desvio padrão, valor mínimo e máximo. Teste de U de Mann-Whitney, \*p < 0,05**

Sexo X Variável	Termo de tendência central e parâmetros de amplitude				P
	Média <sup>a</sup> /Mediana <sup>b</sup>	Desvio padrão <sup>a</sup> /Amplitude interquartil <sup>b</sup>	Mínimo	Máximo	
<i>Score incapacidade<sup>a</sup></i>					
Feminino	33,7	3,721	0	70	0,681
Masculino	27	14,525	2	56	
<i>Score de ansiedade</i>					
Feminino	14,9	1,692	3	33	0,867

Masculino	14,2	3,198	9	22	
<i>Capacidade funcional<sup>b</sup></i>					
Feminino	40	25	10	95	0,496
Masculino	62,5	70	20	95	
<i>Limitação por aspectos físicos<sup>a</sup></i>					
Feminino	46,1	6,212	6,25	100	0,582
Masculino	56,2	15,728	25	100	
<i>Dor<sup>b</sup></i>					
Feminino	45,5	47,78	11,11	100	0,331
Masculino	76,6	61,67	22,2	93,3	
<i>Estado geral<sup>b</sup></i>					
Feminino	75	15	55	90	0,915
Masculino	67	29	50	82	
<i>Vitalidade<sup>a</sup></i>					
Feminino	55,9	3,742	25	80	0,326
Masculino	65	5,774	55	75	
<i>Aspectos sociais<sup>a</sup></i>					
Feminino	57,6	3,347	25	92,5	0,690
Masculino	54,3	4,934	42,5	62,5	
<i>Limitação por aspectos emocionais<sup>b</sup></i>					
Feminino	50	66,6	16,7	100	0,642
Masculino	75	60,42	25	100	
<i>Saúde mental<sup>a</sup></i>					
Feminino	66,1	4,192	28	96	0,630
Masculino	71	5,972	56	84	
<i>Score final<sup>a</sup></i>					
Feminino	56,1	3,180	34,7	89	0,383
Masculino	63,6	10,365	36,9	84,8	

a – Variáveis paramétricas (média, desvio padrão e teste t); b – Variáveis não paramétricas (mediana, amplitude interquartil e teste U de Mann-Whitney)

Ao realizar a correlação entre os Scores de Ansiedade e Incapacidade através de apresentação em gráfico de dispersão, observou-se que a correção apresenta pouca dispersão, formando uma descendência dos resultados, ou seja, as variáveis apresentam uma boa correlação, sendo que o p apresentado foi um  $p < 0,05$ . FIGURA 3.



**Figura 3. Correlação entre as variáveis. Teste de correlação de tau b de Pearson, \*p < 0,05.**

#### **4. DISCUSSÃO**

JARDIM et al (2017) que investigaram a respeito do tratamento multiprofissional da hipertensão arterial sistêmica (HAS) e os pacientes com HAS do sexo masculino representaram 26,8% da amostra, enquanto os pacientes do sexo feminino representavam 73,2% dos admitidos, sendo que a idade média do grupo estudado era 69,2 anos (mínimo de 57 e máximo de 91 anos). Tais resultados mantêm uma consonância com o presente estudo, uma vez que o mesmo demonstra que a maioria dos indivíduos que apresentam HAS são do sexo feminino. Não obstante, ao que se refere a média de idade dos indivíduos, pode-se observar que o estudo apresentado não corrobora com o atual, já que a média de idade desse era 55,2 anos. De maneira díspar do estudo de SILVA; BOUSFIELD (2016) que ao investigar a representações sociais da hipertensão arterial encontrou uma média de idade de 54 anos e 9 meses (DP = 7 anos e 10 meses), muito semelhante à do presente estudo.

A partir disso, pode-se observar que no presente estudo, os indivíduos investigados compunham uma faixa etária que corresponde a fase de meia-idade, assim como ANTUNES; SILVA (2013), ao investigar nos descritores da Saúde (DeCS), encontraram definições baseadas exclusivamente em determinantes cronológicos, em que o descritor “adulto” foi definido como “Uma pessoa que atingiu crescimento total ou maturidade, sendo que adultos vão dos 19 até 44 anos de idade“ e “meia-idade”, como idade entre “45-64”. A semelhante modo do apresentado pela classificação etária proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que considera na meia-idade pessoas com 45 a 59 anos. O que valida a ideia de MALTA et al (2018) que aponta que o aumento da prevalência da hipertensão mantém relação com a idade, o que está em conformidade com a literatura e é explicado pelas alterações fisiológicas do envelhecimento, com maior enrijecimento dos vasos sanguíneos, maior resistência vascular periférica e comorbidade em idosos.

Ao se referir as pontuações apresentadas pelos Escores do Questionário de Qualidade de Vida (SF36), foram apresentadas no estudo atual, pontuações mais elevadas no Estado Geral, na Saúde Mental e na Limitação por Aspectos Emocionais, de maneira respectiva correspondendo ao maior número apresentado no Escore para o menor número. Tais dados corroboram com os resultados apresentados por SUZANO et al (2016) que em seu estudo, investigaram a importância da qualidade de vida em pacientes hipertensos a partir de três grupos/perfis 1, 2 e 3, sendo que o primeiro grupo – perfil 1 – é formado por pacientes com diagnóstico de hipertensão que não apresentam outras doenças associadas, o segundo grupo – perfil 2 – é composto pelos pacientes hipertensos que tiveram pelo menos um episódio de AVC, o terceiro grupo – perfil 3 – está relacionado aos pacientes que tem diagnóstico de diabetes associada à hipertensão. Ao observar os resultados apresentados pelo Escore da SF36 referente ao perfil 1 (perfil que corresponde as características do presente estudo), foi observado que o maior escore foi Estado Geral, a semelhança do apresentado neste estudo.

Ainda avaliando os aspectos da qualidade de vida, apresentados pela SF36, POLIDORO; KOLLING (2016) diferentemente dos estudos anteriormente citados, identificaram que a qualidade de vida dos pacientes hipertensos em uma unidade de saúde, que o critério melhor avaliado na SF36 foi Aspectos Sociais, enquanto o pior aspecto foi Dor, sendo que no estudo atual, foi



apresentado que o aspecto social foi o quarto critério maior pontuado entre os oito apresentados e a Dor foi o terceiro critério menor pontuado dentre os oito apresentados.

No que se refere a Escore de Incapacidade, medido pelo Inventário de Incapacidade de Oswestry, o estudo atual concluiu que a grande maioria foi classificado tinha incapacidade mínima ou moderada. CAMPOS (2018), ao investigar as variáveis preditivas de resposta ao tratamento neurocirúrgico da dor crônica através da estimulação elétrica da medula espinhal ou infiltração de facetas articulares em pacientes com HAS, 15 (35%) desses pacientes tiveram incapacidade mínima ou moderada, 14 pacientes (32,5%) incapacidade severa e 14 pacientes (32,5%) incapacidade total, corroborando com este estudo. Já no estudo de SALVETTI (2010), que buscou a prevalência e os fatores preditos referente a incapacidade em pessoas com dor lombar crônica em hipertensos mostrou uma prevalência de incapacidade de 53% e a maior parte dos indivíduos apresentou incapacidade de moderada; mais uma vez corroborando com o presente estudo.

Neste estudo, foi possível realizar um levantamento do índice de depressão de paciente com diagnóstico clínico de hipertensão arterial sistêmica, a partir do Inventário de Depressão de Beck, foi descoberto que 40% dos entrevistados apresentaram depressão de leve a moderada, sendo o maior índice apresentado, seguido tanto de indivíduos deprimidos, quanto de indivíduos com depressão moderada, correspondendo a 28% ambos, e por fim, 4% apresentaram depressão severa. DUALIBE et al (2018), em seu estudo, ao realizar a comparação da ansiedade e depressão, qualidade de vida e capacidade funcional ao exercício em pacientes com câncer de pulmão com e sem hipertensão arterial sistêmica, foi observado, um índice de depressão com média de 11 pontos (média  $\pm$  DP, 11  $\pm$  8), configurando um nível de depressão de leve a moderada, a semelhança do atual estudo. Enquanto isso, no estudo de SOUSA; FERREIRA (2020), que investigava a avaliação de sintomas depressivos em pacientes hipertensos, sendo que 86,36% do total de pacientes apresentaram um quadro normal, ou seja, sinal de deprimido, 9,09% apresentaram uma leve depressão e 4,54% depressão moderada e nenhum foi classificado como grave, diferindo dos resultados apresentados no estudo, em que a caracterização é para indivíduos que apresentaram depressão leve ou moderada.

## **5. CONCLUSÃO**

A partir dessa pesquisa, foi possível evidenciar que a Hipertensão Arterial Sistêmica é uma condição patológica que interfere em diversos aspectos. Com isso, a mesma apresenta resultados negativos na capacidade funcional, na limitação por aspectos emocional e na dor apresentados pela SF-36, enquanto, relacionado a depressão, os hipertensos foram caracterizados como depressão leve ou moderada, a semelhança do nível de incapacidade que também se apresentou como leve ou moderada. Outrossim, pode-se concluir que a hipertensão arterial sistêmica traz à tona diversos aspectos negativos na saúde integral dos diagnosticados, sejam nas características físicas, sejam nas características mentais, apesar de níveis reduzidos.

## **6. Sobre os autores:**

<sup>1</sup>Graduando em Fisioterapia pela Universidade Tiradentes;

<sup>2</sup>Graduanda em Fisioterapia pela Universidade Tiradentes;

<sup>3</sup>Mestre e Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Sergipe; Professora Titular do curso de Fisioterapia da Universidade Tiradentes.

## 7. REFERÊNCIAS

- ANTUNES, P.C.; SILVA, A.M. Elementos sobre a concepção da Meia Idade, no processo de envelhecimento humano. **Revista Kairós Gerontologia**.v.16, n.5, p.123-140, 2013.
- BARBOSA, E.G. et al. Physiotherapy experience on Family Health Support Center in Governador Valadares, MG. **Fisioter. mov.** v.23, n.2, 2010.
- CAMPOS, W.K. **Variáveis preditivas de resposta ao tratamento neurocirúrgico da dor crônica através da estimulação elétrica da medula espinhal ou infiltração de facetas articulares**. 2018. 170 f. Tese (Doutorado em Neurociências) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018.
- CARVALHO, M.V. et al. A influência da hipertensão arterial na qualidade de vida. **Arq. Bras. Cardiol.** v.100, n.2, 2013.
- DAVID, M.L.O et al. Proposal for a performance of physical therapy on the health of children and adolescents: a need in primary care. **Saúde em Debate.** v. 37, n. 96, p. 120-129, 2013.
- DUAILIBE, M.A.B. et al. Comparação da ansiedade e depressão, qualidade de vida e capacidade funcional ao exercício em pacientes com câncer de pulmão com e sem hipertensão arterial sistêmica. **ASSOBRAFIR Ciência.** v.9, n.1, p.11-21, 2018.
- FERREIRA, S. A. et al. Percepção de dor musculoesquelética e hipertensão arterial. **Rev. Dor.** v.16, n.1. 2015.
- JARDIM, L.M.S.S.V. et al. Tratamento multiprofissional DA hipertensão arterial sistêmica EM pacientes muito idosos. **Arq Bras Cardiol.** v.108, n.1, p.53-59, 2017.
- JUNIOR, J.P.B. Physiotherapy and collective health: challenges and new professional responsibilities. **Ciênc. saúde coletiva.** v.15, 2010.
- MALTA, D.C. et al. Prevalência da hipertensão arterial segundo diferentes critérios diagnósticos, Pesquisa Nacional de Saúde. **Rev Bras Epidemiol.** v.21, n.1, 2018.
- NASCIMENTO, A.G., CORDEIRO, J.C. family health and primary health care expanded support center: analysis of the work process. **Trab. educ. saúde.** v.17, n.2, 2019.

PEIXOTO F.F., MATTOS M.F.O, BARBOSA E.G. **Atuação da fisioterapia na atenção básica: revisão bibliográfica.** Governador Valadares: Universidade Vale do Rio Doce; 2007.

POLIDORO, A.A.; KOLLING, M.G. Qualidade de vida dos pacientes hipertensos em uma unidade de saúde. **Rev Bras Med Fam Comunidade.** v.11, n.38, p.1-7, 2016.

RIBEIRO, I.J.S. et al. Quality of life of people with high blood pressure at the Primary Health Care. **Saúde debate.** v.39, n.105, 2015.

SALVETTI, M.G. **Incapacidade em pessoas com dor lombar crônica:** prevalência e fatores preditores. 2010. 109 f. Tese (Doutorado em Enfermagem na Saúde do Adulto) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

SANTOS, R. A. B. G.; UCHÔA-FIGUEIREDO, L. R.; LIMA, L. C. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf. **Saúde debate.** v.41, n.114. 2017.

SCALCO, A. Z. et al. Hypertension and depression. **CLINICS.** v.60, n.3, p.241-50. 2005.

SILVA, M.L.B.; BOUSFIELD, A.B.S. Representações sociais da hipertensão arterial. **Temas psicol.** v.24, n.3, 2016.

SILVA, N.C.A., CHIAPETA, A.V. atuação da fisioterapia na saúde pública. **Revista Científica Univiçosa.** v.9, n. 1, 2017.

SOUSA, E.S.M.; FERREIRA, T.L.G.S. Avaliação de sintomas depressivos em pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. In: MATOS, T.N.F. (Org.). **A psicologia na construção de uma sociedade mais justa.** 2. ed. Ponta Grossa: Atena, 2020. p.129-134.

SOUZA, M.C. et al. Physiotherapy and Support Center for Family Health: knowledge, tools and challenges. **O Mundo da Saúde.** v.37, n.2, 2013.

SUZANO, D.S. et al. A importância da qualidade de vida em pacientes hipertensos. **Saúde em Redes.** v.2, n.1, p.53-63, 2016.

VENDRUSCOLO et al. Family health support center: an intersection between primary and secondary health care. **Texto & Contexto Enfermagem.** v.28, 2019.

## APÊNDICE I

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo a Universidade Tiradentes – UNIT, por intermédio dos alunos, Aélío Marcelo Nascimento Santos e Ianne Karoline Almeida Sol Posto, devidamente assistidos pela sua orientadora Daniela Teles de Oliveira, a desenvolver a pesquisa abaixo descrita:

**1-Título da pesquisa:** Análise da Qualidade de vida e fatores associados em indivíduos hipertensos usuários do Núcleo Ampliado à Saúde da Família.

**2-Objetivos Primários:** Analisar a Qualidade de vida e fatores associados em indivíduos hipertensos usuários do Núcleo Ampliado à Saúde da Família.

**Secundários:** Observar a incidência dos sintomas de ansiedade que são compartilhados de forma mínima com depressão em pacientes do NASF na condição de hipertensos;

Avaliar as dores da coluna frente às atividades diárias em paciente com Hipertensão Arterial Sistêmica que são atendidos pelo NASF;

Relacionar a incidência de sintomas de ansiedade e dor na coluna com a qualidade de vida de pacientes hipertensos atendidos pelo NASF.

**3-Descrição de procedimentos:** Os dados serão coletados de forma presencial, através de um formulário criado pelos autores impresso, constituído por três questionários validados e por algumas perguntas sociodemográficas, educacionais, socioeconômicas e ocupacionais.

**4-Justificativa para a realização da pesquisa:** Como sabido, as abordagens Fisioterapêuticas mantêm uma enorme correlação com bem-estar e melhora funcional de pacientes com hipertensão arterial sistêmica. No entanto, existe uma escassez de estudos que justifiquem como as estratégias de abordagens em Atenção Primária são utilizadas não somente para promoção da saúde desses indivíduos, mas também na prevenção de incidências e agravos dos mesmos. Além disso, a prática a atenção primária utiliza-se de estratégias educacionais para educar os familiares desses, para uma regularização dos cuidados domiciliares.

**5-Desconfortos e riscos esperados:** Os participantes se sentirem desconfortáveis ao responder alguma pergunta presente no questionário. Fui devidamente informado dos riscos acima descritos e de qualquer risco não descrito, não previsível, porém que possa ocorrer em decorrência da pesquisa será de inteira responsabilidade dos pesquisadores.

**6-Benefícios esperados:** Espera-se evidenciar que indivíduos com diagnóstico de HAS demonstrem uma baixa qualidade de vida, bem como, espera-se encontrar uma relação direta entre

tal e outros fatores associados, como o aumento dos sintomas de ansiedade que são compartilhados de forma mínima com depressão e desordens da coluna vertebral frente às atividades diárias.

**7-Informações:** Os participantes têm a garantia que receberão respostas a qualquer pergunta e esclarecimento de qualquer dúvida quanto aos assuntos relacionados à pesquisa. Também os pesquisadores supracitados assumem o compromisso de proporcionar informações atualizadas obtidas durante a realização do estudo.

**8-Retirada do consentimento:** O voluntário tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, não acarretando nenhum dano ao voluntário.

**9-Aspecto Legal:** Elaborado de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos atende à Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde - Brasília – DF.

**10-Confabilidade:** Os voluntários terão direito à privacidade. A identidade (nomes e sobrenomes) do participante não será divulgada. Porém os voluntários assinarão o termo de consentimento para que os resultados obtidos possam ser apresentados em congressos e publicações.

**11-Quanto à indenização:** Não há danos previsíveis decorrentes da pesquisa, mesmo assim fica prevista indenização, caso se faça necessário.

12-Os participantes receberão uma via deste Termo assinada por todos os envolvidos (participantes e pesquisadores).

**13-Dados do pesquisador responsável:**

Nome: Daniela Teles de Oliveira

Endereço profissional/telefone/e-mail: danidto@yahoo.com.br

*ATENÇÃO:* A participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em casos de dúvida quanto aos seus direitos, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tiradentes. CEP/Unit – DPE Av. Murilo Dantas, 300 bloco F – Farolândia–CEP:49032-490, Aracaju-SE.

Telefone:(79)32182206 E-mail: [cep@unit.br](mailto:cep@unit.br).

Aracaju, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021

---

ASSINATURA DO VOLUNTÁRIO

---

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

**APÊNDICE II**

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS ANÁLISE DA  
QUALIDADE DE VIDA E FATORES ASSOCIADOS EM INDIVÍDUOS USUÁRIOS DO  
NÚCLEO AMPLIADO À SAÚDE DA FAMÍLIA

-SEXO:

MASCULINO  FEMININO

-IDADE:

\_\_\_\_\_ ANOS

- CIDADE:

---

-OCUPAÇÃO EXTRA (ex: estudantes, auxiliar administrativo, etc.):

---

-RAÇA:

BRANCO(A)

PRETO (A)

PARDO(A)

MULATO(A)

AMARELO(A)

-ESTADO CONJUGAL:

SOLTEIRO(A)

CASADO(A)

DIVORCIADO(A)

VIÚVO

-NÍVEL SOCIOECONÔMICO (marcar apenas 1):

RENDA BAIXA: ATÉ 3 VEZES O VALOR DO SALÁRIO MÍNIMO

RENDA MÉDIA: DE 4 A 9 VEZES O VALOR DO SALÁRIO MÍNIMO

RENDA ALTA: 10 OU MAIS VEZES O VALOR DE SALÁRIO MÍNIMO

NÃO TENHO RENDA



## ANEXO I

# QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE (SF-36V2)

**INSTRUÇÕES:** As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e responda o mais honestamente possível. se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

**Para as perguntas 1 e 2, por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.**

**1. Em geral, diria que a sua saúde é:**

**Ótima**  
1

**Muito boa**  
2

**Boa**  
3

**Razoável**  
4

**Fraca**  
5

**2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual:**

Muito melhor	Com algumas melhoras	Aproximadamente igual	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

**3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?**  
*(Por favor assinale com um círculo um número em cada linha)*

	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
a. <b>Actividades violentas</b> , tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes.....	1	2	3
b. <b>Actividades moderadas</b> , tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa.....	1	2	3
c. Levantar ou pegar nas compras da mercearia.....	1	2	3
d. Subir <b>vários</b> lanços de escadas.....	1	2	3
e. Subir <b>um</b> lanço de escadas.....	1	2	3
f. Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se.....	1	2	3
g. Andar <b>mais de 1 Km</b> .....	1	2	3
h. Andas <b>várias</b> centenas de metros.....	1	2	3
i. Andar <b>uma</b> centena de metros.....	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se sozinho/a.....	1	2	3

**4. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?**

Quanto tempo, nas <b>últimas quatro semanas</b> ...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o <b>tempo gasto</b> a trabalhar ou outras actividades .....	1	2	3	4	5
b. Fez <b>menos</b> do que queria?.....	1	2	3	4	5
c. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades .....	1	2	3	4	5
d. Teve <b>dificuldade</b> em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço).....	1	2	3	4	5

**5. Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?**

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o <b>tempo gasto</b> a trabalhar ou outras actividades .....	1	2	3	4	5
b. Fez <b>menos</b> do que queria?.....	1	2	3	4	5
c. Executou o seu trabalho ou outras actividades <b>menos</b> cuidadosamente do que era costume.....	1	2	3	4	5

Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8, por favor ponha um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

**6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?**

<b>Absolutamente nada</b>	<b>Pouco</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Bastante</b>	<b>Imenso</b>
1	2	3	4	5

**7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?**

<b>Nenhumas</b>	<b>Muito fracas</b>	<b>Ligeiras</b>	<b>Moderadas</b>	<b>Fortes</b>	<b>Muito fortes</b>
1	2	3	4	5	6

**8. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?**

<b>Absolutamente nada</b>	<b>Pouco</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Bastante</b>	<b>Imenso</b>
1	2	3	4	5

**9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas.**

**Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu.**

**Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.**

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	<b>Sempre</b>	<b>A maior parte do tempo</b>	<b>Algum tempo</b>	<b>Pouco tempo</b>	<b>Nunca</b>
a. Se sentiu cheio/a de vitalidade?.....	1	2	3	4	5
b. Se sentiu muito nervoso/a?.....	1	2	3	4	5
c. Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?.....	1	2	3	4	5
d. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?.....	1	2	3	4	5
e. Se sentiu com muita energia?.....	1	2	3	4	5
f. Se sentiu deprimido/a?.....	1	2	3	4	5
g. Se sentiu estafado/a?.....	1	2	3	4	5
h. Se sentiu feliz?.....	1	2	3	4	5
i. Se sentiu cansado/a?.....	1	2	3	4	5

**10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?**

**Sempre**

**A maior parte  
do tempo**

**Algum  
tempo**

**Pouco  
tempo**

**Nunca**

1

2

3

4

5

**11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações.  
Ponha um círculo para cada linha.**

**Absolutamente  
verdade**

**Verdade**

**Não  
sei**

**Falso**

**Absolutamente  
falso**

a. Parece que adoço mais facilmente  
do que os outros.....

1

2

3

4

5

b. Sou tão saudável como qualquer  
outra pessoa.....

1

2

3

4

5

c. Estou convencido/a que a minha  
saúde vai piorar.....

1

2

3

4

5

d. A minha saúde é óptima.....

1

2

3

4

5

## ANEXO II

### ANÁLISE DA DEPRESSÃO - Beck Depression Inventory (BDI)

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer sua escolha.**

<b>1</b>	0 Não me sinto triste 1 Eu me sinto triste 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar	<b>7</b>	0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo 1 Estou decepcionado comigo mesmo 2 Estou enojado de mim 3 Eu me odeio
<b>2</b>	0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro 2 Acho que nada tenho a esperar 3 Acho o futuro sem esperanças e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar	<b>8</b>	0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece
<b>3</b>	0 Não me sinto um fracasso 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum 2 Quando olho pra trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso	<b>9</b>	0 Não tenho quaisquer idéias de me matar 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria 2 Gostaria de me matar 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade
<b>4</b>	0 Tenho tanto prazer em tudo como antes 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes 2 Não encontro um prazer real em mais nada 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo	<b>10</b>	0 Não choro mais que o habitual 1 Choro mais agora do que costumava 2 Agora, choro o tempo todo 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queria
<b>5</b>	0 Não me sinto especialmente culpado 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo 3 Eu me sinto sempre culpado	<b>11</b>	0 Não sou mais irritado agora do que já fui 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava 2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo 3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar
<b>6</b>	0 Não acho que esteja sendo punido 1 Acho que posso ser punido 2 Creio que vou ser punido 3 Acho que estou sendo punido	<b>12</b>	0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas 3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas

<b>13</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0 Tomo decisões tão bem quanto antes</li> <li>1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava</li> <li>2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes</li> <li>3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões</li> </ul>	<b>18</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0 O meu apetite não está pior do que o habitual</li> <li>1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser</li> <li>2 Meu apetite é muito pior agora</li> <li>3 Absolutamente não tenho mais apetite</li> </ul>
<b>14</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes</li> <li>1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo</li> <li>2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo</li> <li>3 Acredito que pareço feio</li> </ul>	<b>19</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente</li> <li>1 Perdi mais do que 2 quilos e meio</li> <li>2 Perdi mais do que 5 quilos</li> <li>3 Perdi mais do que 7 quilos</li> </ul> <p>Estou tentando perder peso de propósito, com o objetivo de: Sim _____ Não _____</p>
<b>15</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0 Posso trabalhar tão bem quanto antes</li> <li>1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa</li> <li>2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa</li> <li>3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho</li> </ul>	<b>20</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual</li> <li>1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação</li> <li>2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa</li> <li>3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa</li> </ul>
<b>16</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0 Consigo dormir tão bem como o habitual</li> <li>1 Não durmo tão bem como costumava</li> <li>2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir</li> <li>3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir</li> </ul>	<b>21</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo</li> <li>1 Estou menos interessado por sexo do que costumava</li> <li>2 Estou muito menos interessado por sexo agora</li> <li>3 Perdi completamente o interesse por sexo</li> </ul>
<b>17</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0 Não fico mais cansado do que o habitual</li> <li>1 Fico cansado mais facilmente do que costumava</li> <li>2 Fico cansado em fazer qualquer coisa</li> <li>3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa</li> </ul>		

## ANEXO III

### Índice Oswestry 2.0 de Incapacidade.

Por favor, você poderia completar este questionário? Ele é elaborado para nos dar informações de como seu problema nas costas (ou pernas) têm afetado seu dia-a-dia.

Por favor, responda a todas as seções. Marque apenas um quadrado em cada seção, aquele que mais de perto descreve você hoje.

#### Seção 1: Intensidade da dor.

<input type="checkbox"/>	Sem dor no momento
<input type="checkbox"/>	A dor é leve nesse momento
<input type="checkbox"/>	A dor é moderada nesse momento
<input type="checkbox"/>	A dor é mais ou menos intensa nesse momento
<input type="checkbox"/>	A dor é muito forte nesse momento
<input type="checkbox"/>	A dor é a pior imaginável nesse momento

#### Seção 2: Cuidados pessoais (Vestir-se, tomar banho etc)

<input type="checkbox"/>	Eu posso cuidar de mim sem provocar dor extra
<input type="checkbox"/>	Posso me cuidar mas me causa dor
<input type="checkbox"/>	É doloroso me cuidar e sou lento e cuidadoso
<input type="checkbox"/>	Preciso de alguma ajuda, mas dou conta de me cuidar
<input type="checkbox"/>	Preciso de ajuda em todos os aspectos para cuidar de mim
<input type="checkbox"/>	Eu não me visto, tomo banho com dificuldade e fico na cama.

#### Seção 3: Pesos

<input type="checkbox"/>	Posso levantar coisas pesadas sem causar dor extra
<input type="checkbox"/>	Se levantar coisas pesadas sinto dor extra
<input type="checkbox"/>	A dor me impede de levantar coisas pesadas, mas dou um jeito, se estão bem posicionadas, e.g., numa mesa.
<input type="checkbox"/>	A dor me impede de levantar coisas pesadas mas dou um jeito de levantar coisas leves ou pouco pesadas se estiverem bem posicionadas.
<input type="checkbox"/>	Só posso levantar coisas muito leve
<input type="checkbox"/>	Não posso levantar nem carregar nada.

#### Seção 4: Andar

<input type="checkbox"/>	A dor não me impede de andar (qualquer distância)
<input type="checkbox"/>	A dor me impede de andar mais que 2 Km
<input type="checkbox"/>	A dor me impede de andar mais que ? Km
<input type="checkbox"/>	A dor me impede de andar mais que poucos metros
<input type="checkbox"/>	Só posso andar com bengala ou muleta
<input type="checkbox"/>	Fico na cama a maior parte do tempo e tenho que arrastar para o banheiro

#### Seção 5: Sentar

<input type="checkbox"/>	Posso sentar em qualquer tipo de cadeira pelo tempo que quiser
<input type="checkbox"/>	Posso sentar em minha cadeira favorita pelo tempo que quiser



	A dor me impede de sentar por mais de 1 hora
	A dor me impede de sentar por mais de ? hora
	A dor me impede de sentar por mais que 10 minutos
	A dor me impede de sentar

**Seção 6- De pé**

	Posso ficar de pé pelo tempo que quiser sem dor extra
	Posso ficar de pé pelo tempo que quiser, mas sinto um pouco de dor
	A dor me impede de ficar de pé por mais de 1 h
	A dor me impede de ficar de pé por mais ? hora
	A dor me impede de ficar de pé por mais de 10 minutos
	A dor me impede de ficar de pé

**Seção 7: Sono**

	Meu sono não é perturbado por dor
	Algumas vezes meu sono é perturbado por dor
	Por causa da dor durmo menos de 6 horas
	Por causa da dor durmo menos de 4 horas
	Por causa da dor durmo menos de 2 horas
	A dor me impede de dormir.

**Seção 8: Vida sexual (se aplicável)**

	Minha vida sexual é normal e não me causa dor extra
	Minha vida sexual é normal, mas me causa dor extra
	Minha vida sexual é quase normal, mas é muito dolorosa
	Minha vida sexual é muito restringida devido à dor
	Minha vida sexual é praticamente inexistente devido à dor.
	A dor me impede de ter atividade sexual.

**Seção 9: vida social**

	Minha vida social é normal e eu não sinto dor extra
	Minha vida social é normal, mas aumenta o grau de minha dor.
	A dor não altera minha vida social, exceto por impedir que faça atividades de esforço, como esportes, etc
	A dor restringiu minha vida social e eu não saio muito de casa
	A dor restringiu minha vida social a minha casa
	Não tenho vida social devido a minha dor.

**Seção 10: Viagens**

	Posso viajar para qualquer lugar sem dor.
	Posso viajar para qualquer lugar, mas sinto dor extra

	A dor é ruim, mas posso viajar por 2 horas
	A dor restringe minhas viagens para distâncias menores que 1 hora
	A dor restringe minhas viagens para as necessárias e menores de 30 minutos
	A dor me impede de viajar, exceto para ser tratado.

