

Sandra Gonçalves Figueiredo

Perturbações do sono e a qualidade de vida do utente hipertenso



Sandra Gonçalves Figueiredo

Perturbações do sono e a qualidade de vida do utente hipertenso

Tese de Mestrado

1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

Trabalho efectuado sob a orientação de
Professora Doutora Cláudia Chaves e Mestre Ana Andrade



Novembro de 2012

Pensamento

“O que sabemos é uma gota; o que ignoramos é um oceano”

Isaac Newton

Perturbações do sono e a qualidade de vida do utente hipertenso

Agradecimentos

Nesta caminhada, muitas pessoas, familiares, amigos, colegas contribuíram e se fizeram presentes. Nomear a todos seria difícil e correria o risco de me trair na importância que cada um teve nesta caminhada e tempo percorrido. Por isso o meu agradecimento vai para todos.

Não obstante, há alguns cuja presença se manifesta com mais intensidade neste processo de crescimento pessoal e intelectual.

Neste sentido expresso o meu agradecimento especial:

- Á Prof. Doutora Cláudia Chaves e á Mestre Ana Andrade pelo modo acolhedor como me receberam, encorajaram e orientaram nas várias etapas;
- Ao Professor Doutor João Duarte pela sua preciosa ajuda;
- A minha mãe, que lhe devo tudo o que sou, pelo amor, força, estímulo, disponibilidade e apoio incondicional dado em mais uma etapa da minha vida;
- Ao meu querido pai, pela pessoa maravilhosa que foi o meu muito obrigado por tudo o que fez por mim;
- A minha irmã Carla por todo o apoio e ajuda que me deu neste longo e árduo percurso.

A todos os que contribuíram, para a realização deste trabalho, o meu muitíssimo obrigado.

RESUMO

Enquadramento: Referenciados como fatores de risco da hipertensão, história familiar, sedentarismo, erros alimentares, tabagismo, sexo, raça e idade, existe outro menos convencional como as perturbações do sono que influenciam igualmente a qualidade de vida do hipertenso.

Objetivos: Identificar e relacionar as perturbações do sono com a qualidade de vida do hipertenso.

Método: Estudo quantitativo, transversal e descritivo-correlacional realizado numa amostra de 431 utentes hipertensos. Colheita de dados em CS da Região Centro, de junho a outubro de 2012. O protocolo de avaliação inclui a caracterização Socio-Demográfica, a avaliação dos parâmetros clínicos, o Questionário de Sono de Oviedo (QSO) e a Questionário da Qualidade de vida dos hipertensos (MINICHAL).

Resultados: 56,8% dos participantes são do sexo feminino e 43,2% do sexo masculino, com idades entre os 30 e os 95 anos. 72,2% são casados, residem na aldeia (40,6%), com os cônjuges (51,0%). Habilitações até ao 4.º ano de escolaridade (68,7%), encontram-se reformados (69,8%) e 87,9% praticam alguma religião 43,9%; auferem entre os 500-1000 euros de rendimento mensal. 44,5% da amostra encontra-se em pré-obesidade, 52,2% apresenta a hipertensão controlada. 55,2% dos inquiridos encontram-se satisfeitos com o seu sono. São as mulheres e os mais idosos que apresentam mais perturbações do sono. Quanto maior são as perturbações do sono, pior é a qualidade de vida.

Conclusão: a abordagem desta associação justifica uma atuação planeada e organizada no sistema de saúde; que tente não apenas evitar estas doenças e reduzir as incapacidades por elas causadas mas melhorar a qualidade de vida dos utentes.

PALAVRAS-CHAVE

Perturbações do sono, qualidade de vida, utente hipertenso

ABSTRAC

Background: Referenced as risk factors of hypertension are; family history, physical inactivity, dietary neglect, smoking, sex, race and age. There is another less conventional factor such as sleep disturbances which also influence the quality of life of hypertension patients.

Objectives: To identify and relate sleep disturbance with quality of life of hypertension patients.

Methods: A quantitative, descriptive and cross-correlation performed upon a sample of 431 hypertension sufferers. Data collection was carried out in CS Central Region, from June to October 2012. The evaluation protocol includes the Socio-Demographic characterization, assessment of clinical parameters, the Oviedo Sleep Questionnaire (QSO) and the Quality of Life Questionnaire of hypertensives (MINICHAL).

Results: 56.8% of participants were female and 43.2% male, aged between 30 and 95 years of age. 72, 2% are married, reside in villages (40.6%), with their spouses (51.0%). Those with only primary school education (68.7%) are retired (69.8%) and 87.9% practice some religion. 43,9% earn between 500-1000 euros monthly income. 44.5% of the sample who were pre-obese, presented 52.2% of the hypertension control. 55.2% of respondents are satisfied with their sleep. Women and the elderly tend to suffer from more sleep disturbances. The greater sleep disturbances there are, the worse the quality of life.

Conclusion: The approach of this association warrants a planned and organized action within the health system, not just to try to avoid these diseases and reduce the disabilities caused by them but to better improve the quality of life of patients.

KEYWORDS

Sleep disturbances, quality of life, hypertension sufferer

Índice Geral

	P.
1 - Introdução	17
2 - Metodologia	23
2.1 - Métodos	23
2.2 - Tipo de investigação	25
2.1.1 - Esquema conceptual de base (desenho de investigação)	26
2.3 - Participantes	27
2.3.1 - Tipo de amostra	27
2.3.2 - Caracterização sociodemográfica da amostra	27
2.4 - Instrumentos	35
2.5 - Procedimentos	45
2.6 - Análise de dados	45
3 - Resultados	49
3.1 - Análise descritiva	49
3.2 - Análise inferencial	58
4 - Discussão	69
4.1 - Discussão metodológica (limitações do estudo).....	69
4.2 - Discussão dos resultados	70

5 - Conclusões 73

Referências Bibliografia 76

Anexo I - Instrumento de recolha de dados

Anexo II - Pedido de autorização para aplicação do instrumento de recolha de dados.

Índice de Tabelas

	P.
Tabela 1	Distribuição da amostra por sexo e percentagem 28
Tabela 2	Estatísticas relativas à idade do utente hipertenso em função do sexo. 28
Tabela 3	Caracterização sociodemográfica da amostra em função do género 30
Tabela 4	Situação profissional e profissões do utente hipertenso. 32
Tabela 5	Estatísticas relativas a com quem vive o utente hipertenso. 33
Tabela 6	Religião dos utentes hipertensos 34
Tabela 7	Estatísticas relativas ao rendimento mensal. 34
Tabela 8	Estatísticas relativas ao peso atual em função do género 50
Tabela 9	Estatísticas relativas à altura dos utentes hipertensos 50
Tabela 10	Estatísticas relativas ao IMC 51
Tabela 11	Distribuição do IMC por grupos. 52
Tabela 12	Estatísticas relativas ao perímetro abdominal 52
Tabela 13	Grupo perímetro abdominal 53
Tabela 14	Relação de utentes por grupo de classificação da hipertensão segundo a classificação da DGS 53
Tabela 15	Relação dos utentes com hipertensão e sem hipertensão (controlada) 54
Tabela 16	Grupos de coabitação 54

Tabela 17	Grupo de rendimentos	55
Tabela 18	Estatísticas relativas aos fatores avaliados pelo Questionário de Oviedo	55
Tabela 19	Grau de Satisfação do utente hipertenso com o sono	56
Tabela 20	Estatísticas relativas aos fatores avaliados pelo questionário da qualidade de vida	57
Tabela 21	Test T para diferenças de médias entre as perturbações do sono e o género	58
Tabela 22	Anova entre a idade do utente hipertenso e as perturbações do sono	59
Tabela 23	Testes Post- Hoc de Tukey	60
Tabela 24	Teste T para diferenças de médias entre as perturbações do sono e o utente com ou sem hipertensão	61
Tabela 25	Correlação de Pearson entre o estado mental e as variáveis independentes	62
Tabela 26	Correlação de Pearson entre as manifestações somáticas e as variáveis independentes	64
Tabela 27	Correlação de Pearson a qualidade de vida do hipertenso e as variáveis independentes	66

Índice de Quadros

	P.
Quadro 1 Consistência interna do Questionário de Sono de Oviedo (QSO)	40
Quadro 2 Correlação entre itens e sub-escalas do Questionário de Sono de Oviedo	41
Quadro 3 Comparação dos valores de alfa do estudo atual	42
Quadro 4 Matriz de Correlação de Pearson	43
Quadro 5 Consistência interna do Questionário da Qualidade de Vida dos Hipertensos	44
Quadro 6 Regressão Múltipla entre fator 1 (estado mental) e as variáveis independentes	63
Quadro 7 Regressão Múltipla entre fator 2 (manifestações somáticas) e as variáveis independentes	65
Quadro 8 Regressão Múltipla entre a qualidade de vida do hipertenso e as variáveis independentes	67

Índice de Figuras

		P.
Figura 1	Síntese das relações entre o fator 1 e as variáveis independentes	63
Figura 2	Síntese das relações entre o fator 2 e as variáveis independentes	65
Figura 3	Síntese das relações entre a qualidade de vida do Utente hipertenso e as variáveis independentes	67

Índice de Esquemas

		P.
Esquema 1	Desenho de investigação	26

Abreviaturas e siglas

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
cm	Centímetros
D.	Dão
DI	Doença Isquémica
D.p.	Desvio padrão
DGS	Direção Geral de Saúde
ed.	Edição
et al.	E outros
Fem	Feminino
HTA	Hipertensão Arterial
I.C.D.	Instrumento de colheita de dados
IMC	Índice de massa corporal
Masc	Masculino
Max	Máximo
Min	Mínimo
Nº	Número
N.A.	Não aplicável

OMS	Organização Mundial de Saúde
P.	Página
P	Significância
QV	Qualidade de vida
TA	Tensão arterial
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SK	Skewness
K	Kurtosis
Kg	Kilogramas
K/S	Kolmogorod-Smirnov
Vol.	Volume

Símbolos

N	Frequência
%	Porcentagem
=	Igual
X²	Qui-Quadrado
X	Média
<	Menor
>	Maior
≥	Maior ou igual

1 - Introdução

A qualidade de vida é o bem pelo qual todo o ser humano anseia. Quando a expressão qualidade de vida (QV) vem à nossa mente, pensamos em primeiro lugar em saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde “como o completo estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (Añez, 2003, p.30).

Avaliar qualidade de vida revela-se como um elemento crítico na tomada de decisões a vários níveis. Os dados obtidos através de medidas de qualidade de vida são importantes preditores dos resultados de saúde e podem proporcionar a base para um planeamento racional dos cuidados a prestar, sendo ainda importantes na avaliação da efetividade de uma intervenção a um nível mais global, estas medições permitem às autoridades adotar estratégias de contenção de custos (Goswami, 1998 citado por David, 2008).

A perceção do doente relativamente à sua condição funcional, estado de saúde e satisfação com as dimensões importantes da sua vida, tem-se revelado de extrema importância na avaliação do estado funcional e estado de saúde relacionada com a qualidade de vida (Goswami, 1998; Reimer & Flemons, 2003 citados por David, 2008).

Mas o que realmente significa QV? Num sentido amplo a expressão QV refere-se a um indivíduo saudável, interligado ao seu grau de satisfação com a vida nos múltiplos aspetos que a integram: moradia, transporte, alimentação, lazer, autonomia, entre outros. Vincula-se, ao estilo de vida da pessoa (Nahas, 2003). Significa também uma preocupação em modificar hábitos quotidianos de vida à procura de um bem-estar. A QV está diretamente ligada ao ambiente, onde pode ser modificado ou transformado (Roeder, 2003, p.41).

Para que se possa optar pela escolha de uma melhor QV, é necessário que o indivíduo esteja consciente dos seus benefícios, conheça o seu corpo e saiba como se encontra a sua saúde, podendo assim provocar as mudanças necessárias. Guiselini (1996) citado por David (2008), afirma que para a maioria das pessoas o corpo permanece um desconhecido, conseqüentemente surgem as doenças hipocinéticas, obesidade, Hipertensão Arterial (HTA), diabetes, enfarte do miocárdio e outras doenças cardiovasculares.

As doenças cardiovasculares, são a principal causa de mortalidade em Portugal, tal como se verifica em muitos países ocidentais, sendo considerada, no entanto, das mais elevadas da Europa e do Mundo. O sofrimento e os custos causados pelas doenças cardiovasculares, deram-lhes uma marcada preponderância, de tal forma que estas doenças se podem considerar, hoje, como verdadeiras doenças sociais: doenças com génese e com repercussão social.

A Hipertensão Arterial é um problema de saúde universal, acometendo todas as classes socioeconómicas e afetando populações de países em todos os estádios de desenvolvimento. A HTA portanto, seja pelas consequências que acarreta a longo prazo seja pelas modificações que seu controle impõe ao estilo de vida do portador, tem seguramente um impacto na qualidade de vida desse sujeito.

Nos últimos anos, a HTA tem sido apresentada como principal fator de risco das doenças cardiovasculares, convertendo-se assim num problema de saúde pública. Se tivermos em consideração que, em Portugal existem dois milhões de hipertensos, porém apenas 50% deles sabe ser portador desta patologia, situação que se agrava ainda mais, pelo que, segundo dados da Fundação Portuguesa de Cardiologia (2012) apenas 25% está medicado e 11% está com a HTA controlada. A HTA é um fator desencadeante de patologias como o Acidente Vascular Cerebral (AVC) e a Doença Isquémica (DI). O programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares (2003) estima que estas doenças são a principal causa de morte em Portugal, sendo que cerca de 52% dos óbitos devem-se a doenças cerebrovasculares e 22% a DI, perante estes dados torna-se prioritário intervir

As taxas de mortalidade por doenças cerebrovasculares têm, vindo a diminuir em Portugal, mas, apesar do notável decréscimo observado, somos, ainda o País da União Europeia que apresenta a taxa de mortalidade mais elevada para esta causa de morte. Segundo Pierin (2004, p.12) deverá decorrer uma diminuição de 5 mmHg nos níveis médios de tensão arterial (TA) sistólica para ocorrer uma diminuição, em cerca de 20% da mortalidade por doenças cardiovasculares.

Para podermos compreender a importância da prevenção da HTA, importa ter bem presente o que é a HTA e como esta afeta a qualidade de vida do indivíduo.

Neste sentido, Hipertensão arterial é uma situação clínica que se caracteriza por elevação dos níveis tensionais acima dos valores estabelecidos como normais da pressão

arterial sistémica. A hipertensão arterial é definida como uma entidade de etiologia múltipla, de fisiopatogenia multifactorial, e sua evolução é acompanhada de lesões de órgãos-alvo (cérebro, coração e rins) (Lene, 2002, p.22).

O limiar para a Hipertensão Arterial deve ser considerado flexível, sendo mais ou menos elevado, dependendo do perfil de risco cardiovascular global de cada indivíduo (Direção Geral de Saúde [DGS], 2003). É um valor irregular, pois varia de acordo com as necessidades momentâneas e fisiológicas do organismo, sendo influenciada pela atividade diária de cada indivíduo (Pierin, 2004, p.12). A sua regulação é efetuada através de mecanismos complexos que dependem do sistema nervoso autónomo e de algumas hormonas. Estes mecanismos de regulação atuam quer na dimensão dos vasos como também na quantidade de líquido em circulação.

Assim, a HTA refere-se a uma força maior que o habitual, exercida pelo fluxo sanguíneo, no interior das artérias por onde este circula. A TA é maior que a habitual, quando não está adaptada ao sistema cardiovascular, colocando em risco as artérias e os órgãos vitais (Borges e Silva, 2008, p. 29).

A TA depende do equilíbrio entre os mecanismos reguladores, o que faz com que as causas da HTA sejam variadas. Desta forma, no que diz respeito à causa, a hipertensão pode ser classificada em “essencial ou primária e secundária”, Carregeta (2006).

A HTA primária surge “quando não tem causa aparente” (Pires, 2003, p.34). Neste tipo de HTA não é possível identificar o que levou desenvolvê-la. Na maioria das vezes surge devido a fatores hereditários e estilos de vida inadequados, como é o caso do aumento do peso, ingestão excessiva de álcool, café e sal, os distúrbios do sono entre outras (Carregeta, 2006).

No que diz respeito à secundária, esta verifica-se quando a causa é mesmo verificável (Carregeta, 2006) é quando é possível encontrar uma patologia associada, tal como, doença renal crónica, terapêutica esteróide, doenças da tiróide, entre outras (DGS, 2006).

O reconhecimento das doenças cardiovasculares como a principal causa de morte no País e o seu lugar cimeiro entre os internamentos hospitalares, vem confirmar a hipótese de que a prevalência da HTA é elevada e o seu controlo é insuficiente. Para além do objetivo principal de “melhor controlo da pressão arterial”, importa agora considerar, também, a

abordagem integrada de outros fatores de risco de morbidade e mortalidade cardiovascular igualmente importantes. Embora os principais fatores de risco para a hipertensão, sejam história familiar, sedentarismo, má alimentação, tabagismo, sexo, raça e idade, a sua relação tem sido amplamente estabelecida, contudo existem outros menos convencionais como as perturbações do sono.

Atualmente, as perturbações do sono têm vindo a assumir um papel de grande relevo, enquanto, fator de risco da HTA, afetando a qualidade de vida do indivíduo. A discussão na literatura da associação entre as perturbações do sono e hipertensão arterial, tem vindo a aumentar nos nossos dias. Investigar essa associação fornece informação sobre a influência das perturbações do sono na variabilidade da pressão arterial na vigília e no sono. O que nos permite intervir de forma adequada (Rodrigues, 2010).

O sono tem função reparadora, de forma que, compreender o fenómeno do sono e seus diversos aspetos e buscar soluções para os seus distúrbios, significa a possibilidade de alcançar um rendimento satisfatório nas tarefas diárias. O sono interfere no humor, na memória, na atenção, nos registos sensoriais, no raciocínio, enfim nos aspetos cognitivos que relaciona uma pessoa ao seu ambiente e que determinam a qualidade do seu desempenho, a sua saúde e qualidade de vida (Valle, 2011).

Pelo menos um terço da vida do Homem é passado a dormir, apesar das funções do sono não se encontrarem ainda totalmente esclarecidas. O mesmo autor relatou que o sono desempenha funções ao nível da conservação da energia, ao nível da restauração celular e ao nível da aprendizagem. As perturbações do sono apresentam elevada prevalência na população em geral e encontram-se associados a perturbações médicas, psicológicas e sociais (Vgontzas & Kales, 1999 citado por Rodrigues, 2010). *“If sleep does not serve an absolutely vital function, then it is the biggest mistake the evolutionary process has ever made”*(Rechtschaffen citado por Mignot, 2008), seguindo o pensamento deste autor, o sono desempenha um papel fundamental e é essencial à vida (Mignot, 2008).

O sono é um fator que contribui para a saúde, qualidade de vida e vitalidade ideal do indivíduo. Os estudos mostram uma prevalência de apneia obstrutiva do sono em 35% a 50% nos hipertensos, chegando a 70% em caso de hipertensão refratária (Wiegand & Zwilich, 1994 citado por Domingues, 2009). No entanto, são poucos os estudos em Portugal que analisaram a relação da duração e qualidade do sono com a hipertensão.

Um estudo realizado pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC, 2008), com base em auto-relatos, mostrou que 11% dos adultos nos Estados Unidos tem descanso insuficiente. Dada a sua importância, não foi surpreendente que os pesquisadores encontrassem uma associação entre a má qualidade de sono e negativos comportamentos de saúde. Vários estudos têm mostrado uma ligação entre sono curto e hipertensão nos adultos, com diferença por sexo (maior entre as mulheres) e idade (nenhuma associação entre os idosos entre os 58 - 98 anos) (Rodrigues, 2010).

Além disso, associações similares com hipertensão têm sido documentados para os distúrbios sono (apneia, insônia, síndrome das pernas inquietas) e para a qualidade do sono. Até ao momento, os resultados dos estudos realizados foram um pouco limitados por causa de variações nas populações, desenhos dos mesmos, amostras pequenas, e um foco em grande parte numa anomalia do sono em um tempo e sua relação com hipertensão (Halász *et al.*, 2004 citado por Rodrigues, 2010).

Como os hábitos do sono podem ser um marcador para o estado da saúde e qualidade de vida, do hipertenso são necessários estudos para melhor compreender esta complexa interação.

As doenças cardiovasculares tem graves consequências, negativas e diretas, para o cidadão, para a sociedade e para o sistema de saúde, por isso, devem ser encaradas como um dos mais importantes problemas de saúde pública, que urge minorar. Pelo que, a abordagem destas doenças justifica uma atuação planeada e organizada ao longo de todo o sistema de saúde, que tente não apenas evitar estas doenças e reduzir as incapacidades por elas causadas como prolongar a vida, promovendo a saúde, prolongando a vida ativa, diminuindo a morbidade e melhorando a qualidade de vida (DGS, 2003).

Face a estas considerações é propósito deste estudo identificar e relacionar as Perturbações do sono e a qualidade de vida do utente hipertenso. Assim, delineou-se um estudo de natureza quantitativa, transversal e descritivo-correlacional realizado numa amostra de 431 utentes hipertensos. Para tal, foi realizada a colheita de dados em Centros de Saúde da Região Centro, no período que decorreu desde junho a outubro de 2012. Para este estudo, definiram-se os seguintes objetivos:

- 1- Analisar a influência das características sociodemográficas do utente hipertenso nas perturbações do sono;

- 2- Analisar o grau de Satisfação do utente hipertenso em relação ao sono;
- 3- Relacionar as perturbações do sono com a qualidade de vida do utente hipertenso.

Pretende-se com esta investigação melhorar o conhecimento acerca das perturbações do sono e como estas influenciam a qualidade de vida do utente hipertenso, visando uma melhoria na abordagem e resolução dos seus problemas.

O relatório final encontra-se estruturado em cinco partes: numa primeira parte introdutória, faz-se uma contextualização da problemática em estudo que se constitui como um quadro conceptual promotor de um maior conhecimento do tema. Na segunda parte aborda-se o processo de investigação levado a cabo, onde são clarificados os objetivos propostos e as questões metodológicas que permitiram o seu desenvolvimento. Faz-se ainda a descrição, análise dos resultados na terceira parte, e por fim a discussão e principais conclusões assim como uma reflexão crítica acerca dos procedimentos metodológicos adotados e os resultados obtidos, com as respetivas implicações práticas.

2 - Metodologia

Esta pesquisa constitui a contribuição pessoal que se inicia com as considerações metodológicas, procuramos apresentar as estratégias utilizadas no estudo do problema das Perturbações do sono e a qualidade de vida do doente hipertenso.

Assim, tendo por base a revisão teórica definimos os procedimentos metodológicos que nos ajudaram a dar resposta às questões que inicialmente formulámos. Iremos deste modo, descrever e explicar de uma forma clara e objetiva o tipo de investigação, as variáveis em estudo, a amostragem utilizada, os instrumentos de colheita de dados e os procedimentos estatísticos realizados.

2.1 - Métodos

No processo da tomada de decisão dos sujeitos, grupos, comunidades, políticos e profissionais, intervêm uma grande variedade de elementos, como por exemplo a cultura, os costumes, a ideologia, os custos, a informação disponível, entre outros aspectos (Chaves *et al.*, 2010).

A investigação constitui uma atividade que pode produzir conhecimentos úteis para as tomadas de decisão, e nesse sentido o seu objetivo é a aquisição de conhecimentos que conduzam à melhoria da sua prática.

Cabe, assim, não apenas aos serviços de saúde, sejam centros de saúde ou hospitais, mas, por ser um imperativo de natureza ética, a todos os agentes informativos e educativos da população, esclarecê-la da forma como pode cada pessoa escolher, adotar e assumir, as opções mais saudáveis e desejáveis dentro do seu próprio estilo de vida (DGS, 2003).

Foi neste contexto que optamos por desenvolver um estudo sobre as Perturbações do sono e a qualidade de vida do utente hipertenso. A escolha metodológica teve por base o tipo de estudo, os objetivos e as questões de investigação e a fundamentação teórica que realizámos.

A investigação e a intervenção psicológica tem vindo, ainda que lentamente a dar um importante contributo não só para a compreensão dos fatores comportamentais associados à qualidade de vida do utente hipertenso, mas também para as intervenções dirigidas para a modificação de estilos de vida. Com efeito os estudos realizados têm centrado a sua atenção a fatores de risco da hipertensão, tais como tabagismo, alimentação, sedentarismo, entre outros, mas, são escassos os estudos dirigidos para as perturbações do sono e a sua relação com a qualidade de vida do utente hipertensão.

Nesta perspetiva, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, fruto do seu conhecimento e experiência clínica, assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos, comunidades), proporcionando ganho efetivo em saúde. Intervêm em múltiplos contextos, assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados, nomeadamente a grupos sociais com necessidades específicas.

Não admira por isso que nos últimos anos, se tenha vindo a assistir a um reconhecimento consensual da necessidade de dirigir mais a atenção dos investigadores e especialistas para a investigação junto de populações.

Face ao exposto questionamo-nos:

1. Existe influência das características sociodemográficas do utente hipertenso nas perturbações do sono?
2. Há influência da hipertensão nas perturbações do sono?
3. Em que medida as perturbações do sono influenciam a qualidade de vida do utente hipertenso?

Ao conjunto de interrogações formuladas no âmbito desta pesquisa, procurámos analisar a relação existente entre as diferentes variáveis consideradas pertinentes para o nosso estudo sobre Perturbações do sono e a qualidade de vida do utente hipertenso.

Neste sentido, delineamos um conjunto de objetivos que procuram responder a algumas das inquietações que esta problemática nos suscita, ou seja, procuram genericamente:

- 1- Analisar a influência das características sociodemográficas do utente hipertenso e as perturbações do sono;

- 2- Analisar o grau de Satisfação do utente hipertenso em relação ao sono;
- 3- Relacionar as perturbações do sono com a qualidade de vida do utente hipertenso.

2.2 - Tipo de investigação

O estudo realizado enquadra-se no tipo de pesquisa quantitativa, transversal, não experimental, possuindo as características dos estudos descritivos, correlacionais e explicativos. Compartilha porém algumas características estruturais e de planificação com a investigação quase experimental, mas em virtude da ausência de manipulação das variáveis independentes cria dificuldades na determinação de relações causais (Polit & Hungler, 1995), o que leva a correr o risco de cometer erros tipo I (Kiess & Bloomquist, 1985; Polit & Hungler, 1995), embora não seja impeditiva de fazer predições pois, tal como referem os autores citados, a finalidade deste tipo de estudos é o de descrever os comportamentos dos sujeitos tal qual se manifestam nos seus ambientes naturais de vida e de identificar a inter-relação entre as variáveis dependentes e independentes, sendo também nossa intenção obter evidências para explicar por que ocorre um determinado fenómeno. É com base neste pressuposto que se tornou possível avaliar a eficácia preditiva de algumas variáveis em estudo como as Perturbações do sono em relação à qualidade de vida do utente hipertenso.

É de natureza quantitativa, caracterizado pela colheita de dados observáveis e quantificáveis. Inclui uma colheita metódica de informação numérica, utilizada em procedimentos estatísticos (Polit & Hungler, 1995).

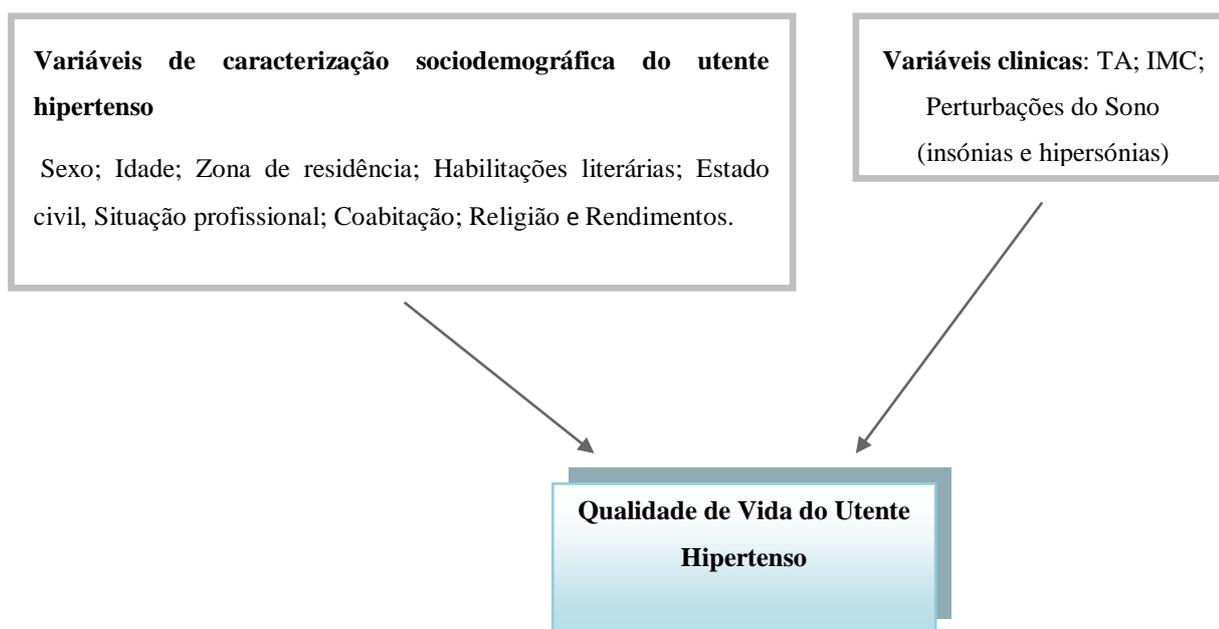
A utilização do método descritivo e correlacional deveu-se ao facto de ser o mais adequado para atingir alguns dos objetivos que nos propusemos. Este tipo de estudos se por um lado permitem recolher informação de maneira independente ou conjunta sobre conceitos ou variáveis que se analisam especificando as suas propriedades e características e oferecem ainda a possibilidade de fazer predições, por outro têm como propósito avaliar a relação que existe entre dois ou mais conceitos, categorias ou variáveis (Sampieri *et al.*, 2003) ou como refere Fortin (1999) assenta no estudo das relações entre pelo menos duas variáveis, sem que o investigador intervenha ativamente para influenciar essas variáveis.

É um estudo explicativo, já que o seu propósito é o de responder às causas dos eventos, sucessos e fenómenos físicos e sociais, ou seja, o seu interesse centra-se em explicar as razões porque ocorre uma boa ou má informação acerca da qualidade de vida do utente hipertenso e como esta variável se relaciona com variáveis de natureza sociodemográfica, académica, económicas e clínicas.

Trata-se de um estudo descritivo, pois vai descrever um fenómeno relativo à população em estudo (Fortin, 2003).

2.2.1 - Esquema conceptual de base (desenho de investigação)

Face, ao que foi anteriormente exposto, elaboramos a representação esquemática que procura dar a conhecer a inter-relação que se pretende estabelecer entre a variável dependente e independentes deste estudo.



Esquema 1- Desenho de investigação

2.3 - Participantes

O processo de seleção de uma amostra carece de alguns cuidados metodológicos, de modo que a tornem representativa da população à qual pertence e que permita a generalização de resultados ao universo populacional da qual foi retirada.

De seguida passamos a descrever a nossa amostra.

2.3.1- Tipo de amostra

Optamos por uma amostra não probabilística por conveniência constituída por Utentes Hipertensos, de ambos os sexos distribuídos por diferentes grupos etários, que na altura do preenchimento do instrumento de colheita de dados (I.C.D.) se encontravam em sala de Consulta de Enfermagem de Hipertensão. A amostra foi seleccionada entre os utentes hipertensos que foram à consulta de enfermagem nos ACES D. Lafões II; Baixo Vouga I e Cova da Beira, no período de junho a outubro de 2012. Pertencem à nossa amostra os sujeitos que aceitaram colaborar no estudo.

A escolha destes Centros de Saúde, deve-se fundamentalmente ao facto da maior acessibilidade e facilidade na aplicação dos questionários. Sendo assim, após a aplicação dos questionários no período estipulado obteve-se uma amostra constituído por 431 utentes hipertensos.

2.3.2 - Caracterização sócio-demográfica da amostra

A amostra é constituída por 431 utentes hipertensos, dos quais 56,8% são sexo feminino e os restantes 43,2% do sexo masculino.

Tabela 1 – Distribuição da amostra por sexo e percentagem

Sexo	Nº	%
Masculino	186	43,2
Feminino	245	56,8
Total	431	100

Idade

As estatísticas sobre a idade para a totalidade dos inquiridos revelam que os utentes hipertensos apresentam uma idade mínima de 30 anos, uma máxima de 95 sendo a média de 66,97 anos e o desvio padrão de 11,75 anos.

Para os indivíduos do sexo masculino a idade mínima e máxima é respetivamente de 40 e 91 anos, sendo a média de 67,24 anos e o desvio padrão de 10,78 anos e para os hipertensos do sexo feminino encontramos uma idade mínima de 30 e uma máxima de 95 anos, com uma média de 66,76 anos e um desvio padrão de 12,46 anos (ver tabela 2)

Tabela 2 - Estatísticas relativas á idade do utente hipertenso em função do sexo.

Sexo/Idade	N	Max	Min	Média	D.P.	P	Variância	SK/erro	K/erro
Masculino	186	91	40	67,24	10,78	0,034	116,130	-1,848	-0,712
Feminino	245	95	30	66,76	12,46	0,003	155,134	-3,576	-0,241
Total	431	95	30	66,97	11,75	0,000	138,050	-4,177	-0,280

Dada a amplitude de variação encontrada e com finalidade de uma melhor clarificação dos resultados, agrupamos a idade em grupos etários homogéneos com amplitudes obtidas em função das frequências observadas (ver tabela 3).

Após a análise das idades dos utentes hipertensos, verifica-se que 24,1% tem idade inferior ou igual a 59 anos, dos quais 25,7% são do sexo feminino e 22,0% são do sexo masculino.

Tem idades compreendidas entre 60 a 68 anos, 26,9% dos hipertensos, entre os 69 e os 75 anos situam-se 23,4% do total dos inquiridos. Com idade superior ou igual aos 76 anos, 26,9% são do sexo feminino e 23,7% são do sexo masculino.

O teste de Qui-quadrado não afere significância estatística ($X^2=2,130$; $p= 0,546$).

Zona de residência

Ao analisar a tabela 3, no que diz respeito à zona de residência, verifica-se que 40,6% dos utentes hipertensos residem na aldeia, sendo que destes 42,0% são mulheres e 38,7% são homens. Na cidade residem 36,6% dos inquiridos e na vila 23,4%.

O teste de Qui-quadrado não afere significância estatística ($X^2=2,137$; $p=0,343$).

Habilitações literárias

No que diz respeito aos resultados relativos às habilitações literárias e dada a heterogeneidade da amostra, constituíram-se os seguintes grupos: até ao 4.º Ano; 5.º ao 9.º Ano; 10.º ao 12.º Ano e Ensino Superior.

Observamos que 68,7% da amostra apenas possui até ao 4.º ano de escolaridade, dos quais 70,6% são do sexo feminino e 66,1% são do sexo masculino. 17, 2%. E 6,0% possuem 10-12º ano de escolaridade, sendo que apenas 8,1% da amostra possui o Ensino Superior (ver Tabela 3).

O teste de Qui – quadrado ($X^2=11,926$; $p= 0,008$), diz-nos que existem diferenças significativas e que se situam, após a análise dos valores residuais, nos inquiridos que possuem a escolaridade ente o 5.º e o 9.º ano no sexo masculino (22,0%) e nos inquiridos do sexo feminino (8,1%) que possuem o Ensino Superior

Estado civil

Na continuação da caracterização da amostra, apresentamos na tabela 3 os resultados obtidos com o estado civil dos utentes hipertensos, agrupou-se em 5 grupos: Solteiro; Casado/ União de facto; Separado; Divorciado e Viúvo.

A nossa amostra é constituída na sua maioria por indivíduos casados ou em união de facto 72,2% e apenas 1,2% são separados.

Após a aplicação do teste de Qui-quadrado ($X^2=15,991$; $p = 0,003$), podemos observar a existência de diferenças estatisticamente significativas e que pela análise dos valores residuais, as mesmas se encontram nos utentes casados / união de facto do sexo masculino (80,6%) e nos utentes viúvos do sexo feminino (25,2%).

Tabela 3 - Caracterização sociodemográfica da amostra em função do género

Sexo	Masculino		Feminino		Total		V. Residuais	
	Nº (186)	% (43,2)	Nº (245)	% (56,8)	Nº (431)	% (100,0)	Masc	Fem
Grupos etários								
<= 59anos	41	22,0	63	25,7	104	24,1	-0,9	-0,9
60 – 68	55	29,6	61	24,9	116	26,9	1,1	1,1
69 – 75	46	24,7	55	22,4	101	23,4	0,6	0,6
>= 76 anos	44	23,7	66	26,9	110	25,5	-0,8	0,8
Zona de Residência								
Aldeia	72	38,7	103	38,7	175	40,6	-0,7	0,7
Vila	40	21,5	61	24,9	101	23,4	-0,8	0,8
Cidade	74	39,8	81	33,1	155	36,0	1,4	1,4
Habilitações Literárias								
Não sabe ler nem escrever	22	11,8	55	22,4	77	17,9	-2,9	2,9
Até ao 4.º Ano	101	54,3	118	48,2	291	50,8	1,3	-1,3
5.º - 6.º Ano	23	12,4	20	8,2	43	10,0	1,4	-1,4
7.º- 9.º Ano	18	9,7	13	5,3	31	7,2	1,7	-1,7
11.º- 12.º Ano	14	7,5	12	4,9	26	6,8	1,1	-1,7
Bacharelato	-	0,0	5	2,0	5	1,2	-2,0	2,0

Licenciatura	8	4,3	20	8,2	28	6,5	-1,6	1,6
Mestrado	–	0,0	1	0,4	1	0,2	-0,9	0,9
Doutoramento	–	0,0	1	0,4	1	0,2	-0,9	0,9
Habilitações Literárias por grupos								
Até ao 4.º Ano	123	66,1	173	70,6	296	68,7	-1,0	1,0
5.º - 9.º Ano	41	22,0	33	13,5	74	17,2	2,3	-2,3
10.º- 12.º Ano	14	7,5	12	4,9	26	6,0	1,1	-1,1
Ensino Superior	8	4,3	27	11,0	35	8,1	-2,5	2,5
Estado Civil								
Solteiro	5	2,7	10	4,1	15	3,5	-0,8	0,8
Casado/união de facto	150	80,6	161	65,7	311	72,2	3,4	-3,4
Separado	2	1,1	3	1,2	5	1,2	-0,1	0,1
Divorciado	9	4,8	9	3,7	18	4,2	0,6	-0,6
Viúvo	20	10,8	62	25,3	82	19,0	-3,8	3,8
Estado civil por grupos								
Solteiro/ separado/divorciado	36	19,4	84	34,3	120	27,8	-3,4	3,4
Casado/União de facto	150	80,5	161	65,7	311	70,2	3,4	-3,4

Situação Profissional

Ainda com o intuito de caracterizar a amostra apresentamos na tabela 4 os dados relativos à situação profissional e profissão que os constituintes da amostra exercem atualmente ou que já exerceram.

Observamos que 69,8% das pessoas inquiridas, estão reformadas, das quais 72,0% são do sexo masculino e 68,2% são do sexo feminino. Dos utentes hipertensos inquiridos 22,5% estão empregados e 7,7% estão desempregados.

No que diz respeito à profissão que exercem ou exerceram, verifica-se que a maioria 32,4% dos hipertensos, pertencem ou pertenceram ao grupo de trabalhadores não qualificados, seguido do grupo Operários, artífices e trabalhadores similares que representam 22,7% da nossa amostra. As profissões menos exercidas são as dos quadros superiores e técnicos e profissionais de nível intermedio com 2,5%.

Ao aplicar o teste de Qui-quadrado ($X^2=29,417$; $p = 0,000$), podemos observar a existência de diferenças estatisticamente significativas e que pela análise dos valores residuais, as mesmas se encontram nos especialistas das profissões intelectuais e científicas, no sexo feminino (14,4%), no pessoal de serviços e vendedores, no sexo masculino com (16,8%), operários, artificies e trabalhadores similares no sexo masculino (31,2%) e nos trabalhadores não qualificados do sexo feminino (20,8%).

Tabela 4 - Situação profissional e profissões do utente hipertenso.

Sexo	Masculino		Feminino		Total		V. Residuais	
	Nº (186)	% (43,2)	Nº (245)	% (56,8)	Nº (431)	% (100,0)	Masc	Fem
Situação profissional								
Empregado	42	22,6	55	22,4	97	22,5	NA	NA
Desempregado	10	5,4	22	9,4	33	7,7	-1,6	1,6
Reformado	134	72,0	167	68,2	301	69,8	0,69	-0,9
Profissão								
Quadros Superiores	3	2,4	4	2,6	7	2,5	-0,1	0,1
Especialistas das profissões intelectuais e científicas	6	4,8	22	14,4	28	10,1	-2,6	2,6
Técnicos e profissionais de nível intermedio	4	2,5	3	2,0	7	2,5	0,7	-0,7
Pessoal administrativo e similares	7	16,0	5	3,3	12	4,3	1,0	-1,0
Pessoal de serviços e vendedores	21	16,8	12	7,8	33	11,9	2,3	-2,3
Agricultores e trabalho qualificado de agricultores e pesca	11	8,8	10	6,5	21	7,6	0,7	-0,7
Operários e artificies e trabalhadores similares.	39	31,2	24	15,7	63	22,7	3,1	-3,1
Operadores de instalações e máquinas	8	6,4	9	5,9	17	6,1	0,2	-0,2
Trabalhadores não qualificados.	26	20,8	64	41,8	90	32,4	-3,7	3,7

Com quem vive

Ao analisar a tabela 5, verifica-se que a maioria dos inquiridos 51,0% vive com Marido/esposa/companheiro, dos quais 58,6% são do sexo masculino e 45,3% e apenas 0,9% da nossa amostra vive com irmão.

Através teste de Qui-quadrado ($X^2=21,137$; $p = 0,003$), podemos verificar a existência de diferenças significativas e que pela análise dos valores residuais, as mesmas se encontram nos utentes que vivem com o marido/esposa/companheiro no sexo masculino (58,6%) e nos utentes que vivem com os filhos, no sexo feminino (11,4%).

Tabela 5 - Estatísticas relativas a com quem vive o utente hipertenso.

Sexo	Masculino		Feminino		Total		V. Residuais	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Masc	Fem
Com quem vive	(186)	(43,2)	(245)	(56,8)	(431)	(100,0)		
Marido/esposa/companheiro	109	58,6	111	45,3	220	51,0	2,7	-2,7
Marido/esposa/companheiro/filhos	34	18,3	45	18,4	79	18,3	NA	NA
Marido/esposa/companheira/filhos e netos	4	2,2	4	1,6	8	1,9	0,4	-0,4
Marido/esposa/companheiro e outros familiares	5	2,7	2	0,8	7	1,6	1,5	-1,5
Irmão	-	0,0	4	1,6	4	0,9	-1,8	1,8
Filhos	5	2,7	28	11,4	33	7,7	-3,4	3,4
Outros familiares	3	1,6	3	1,2	6	1,4	0,3	-0,3
Sozinho	26	14,0	48	19,6	74	17,2	-1,5	1,5

Religião

Ao analisar a tabela 6, relativa à religião, observamos, que a maioria da nossa amostra 87,9% pratica uma religião, sendo que 93,5% são do sexo feminino e 80,6% são do sexo masculino. Os restantes 12,1% não praticam nenhuma religião.

Após realizar o teste de Qui-quadrado ($X^2=16,390$; $p = 0,000$), podemos observar a existência de diferenças significativas e que pela análise dos valores residuais, as mesmas se

encontram nos utentes que praticam uma religião no sexo feminino (93,5%) e nos utentes que não praticam nenhuma religião no sexo masculino (19,4%). A religião mais praticada pelos inquiridos é a religião católica com 94,7% dos quais 95,3% são do sexo masculino e 94,3% são do sexo feminino.

Tabela 6 - Religião dos utentes hipertensos

Sexo	Masculino		Feminino		Total		V. Residuais	
	Nº (186)	% (43,2)	Nº (245)	% (56,8)	Nº (431)	% (100,0)	Masc	Fem
Religião								
Não	36	19,4	16	6,5	52	12,1	4	-4
Sim	150	80,6	229	93,5	379	87,9	-4	4
Qual religião								
Católica	143	95,3	216	94,3	359	94,7	0,4	-0,4
Outras	7	4,7	13	5,7	20	5,3	-0,4	0,4

Rendimentos

No que diz respeito ao rendimento mensal da nossa amostra e pela análise da tabela 7, podemos observar que 43,9% dos inquiridos auferem de um rendimento mensal entre 500-1000 euros e apenas 2,1% auferem mensalmente mais de 2000 euros.

Tabela 7 - Estatísticas relativas ao rendimento mensal.

Sexo	Masculino		Feminino		Total		V. Residuais	
	Nº (186)	% (43,2)	Nº (245)	% (56,8)	Nº (431)	% (100,0)	Masc	Fem
Rendimento Mensal								
<500 euros	49	26,3	83	33,9	136	30,6	-1,7	1,7
500-1000 euros	88	47,3	101	41,2	186	43,9	1,3	-1,3
1000-1500 euros	32	17,2	37	15,1	69	16,0	0,6	-0,6
1500-2000 euros	15	8,1	17	6,9	32	7,4	0,4	-0,4
>2000 euros	2	1,1	7	2,9	9	2,1	-1,3	1,3

Em síntese:

- Da amostra de 431 utentes hipertensos, 56,8% é constituída por indivíduos do sexo feminino, sendo que estes têm idades compreendidas entre 30 e os 95 anos de idades e 26,9% da amostra têm idade compreendida entre 60 e 68 anos;
- Verifica-se que 40,6% dos inquiridos reside na aldeia;
- Observamos que 68,7% da amostra possui apenas até ao 4.º ano de escolaridade e só 8,1% dos inquiridos possui o Ensino Superior;
- A nossa amostra é constituída na sua maioria por indivíduos casados ou em união de facto (72,2%,) e apenas 1,2% são separados;
- Observamos que 69,8% das pessoas inquiridas estão reformadas e 7,7% estão desempregados;
- No que diz respeito à profissão que exercem ou exerceram, verifica-se que 32,4% dos hipertensos, pertencem ou pertenceram ao grupo de trabalhadores não qualificados;
- Que 51,0% dos inquiridos vive com Marido/esposa/companheiro;
- 87,9% da nossa amostra pratica uma religião, sendo a católica a mais praticada com 94,7%;
- Podemos observar que 43,9% dos inquiridos tem um rendimento mensal entre 500-1000 euros e apenas 2,1% auferem mensalmente mais de 2000 euros.

2.4 - Instrumentos

A recolha de dados da população, como etapa fundamental de um trabalho de investigação, torna necessário a utilização de instrumentos de avaliação que vão de encontro aos objetivos traçados inicialmente e às características da população.

Assim, definida a população e selecionada a amostra, foi necessária a elaboração do protocolo de avaliação, com vista a atingir os objetivos propostos.

A escolha destes instrumentos de medida no nosso estudo teve por base a revisão bibliográfica que efetuamos. Dado não existir em Portugal o estudo psicométrico do QSO propusemo-nos efectuá-lo para a amostra em estudo, com a avaliação de algumas das suas propriedades psicométricas nomeadamente os estudos de fiabilidade e estudos de validade.

Os instrumentos utilizados para medir as variáveis em estudo, foram os seguintes, segundo a ordem de apresentação aos sujeitos:

- 1) Questionário de caracterização Socio-Demográfica;
- 2) Questionário de avaliação dos parâmetros clínicos do utente hipertenso;
- 3) Questionário de Sono de Oviedo (QSO);
- 4) Escala da Qualidade de vida dos hipertensos (MINICHAL).

De seguida será explicado pormenorizadamente cada um dos instrumentos do protocolo de avaliação:

1. Socio-Demográfico

Esta área temática compõe-se de 10 questões, dirigidas à totalidade dos inquiridos com o objetivo de obtermos informação respeitante a alguns dos seus atributos sociodemográficos. As 10 primeiras, Sexo; Idade; Zona de residência; Habilitações literárias; Estado civil, Situação profissional; Coabitação; Religião e Rendimentos procuram caracterizar a amostra.

2. Parâmetros clínicos dos utentes hipertensos

Constituído por 6 questões seguintes dizem respeito aos parâmetros clínicos: peso atual; peso na última consulta (há 3 meses); altura; IMC; perímetro abdominal atual; tensão arterial atual avaliada no membro superior esquerdo ou direito, tensão arterial última consulta (há 3 meses) avaliada no membro superior no esquerdo ou direito.

3. Questionário de Sono de Oviedo (QSO)

Para melhor compreender este questionário, é necessário fazer uma breve introdução, sobre insónia e hipersónia, dado que estes são conceitos fulcrais na compreensão deste questionário.

Muitas pessoas têm dificuldade em dormir. A insônia é um distúrbio do sono que consiste na incapacidade de iniciar ou manter o dormir, ou de ter uma duração e qualidade sono adequado para restaurar energia e o estado normal de vigília. O problema de insónia tem sido associada com diminuição do desempenho do trabalho e aumento das taxas de acidentes de viação, e uma maior propensão para sofrer doenças médicas. A classificação de doenças da OMS, na sua décima revisão (CID-10), define insónia como: “dificuldade para iniciar ou manter o dormir, ou não ter um bom sono, durante pelo menos um mês, e que, além disso, é acompanhado por fadiga diurna, existindo sofrimento pessoal significativo e prejuízo social, ocupacional e em outras áreas importantes” (Sarrais, 2007).

A insônia é o distúrbio do sono mais comum em EUA. A prevalência foi estimada em aproximadamente um terço da população adulta. A insônia é 1,3 vezes mais comum em mulheres do que em homens e a incidência aumenta com a idade (Quesada *et al.*, 2003).

A hipersónia é sonolência excessiva. Ninguém sabe a verdadeira prevalência de hipersónia. Cerca de 5% a 10% dos indivíduos que frequentam centros especializados do sono é lhes diagnosticada hipersónia primária. Estudos epidemiológicos demonstram que 0,5% e 5% da população adulta sofrem deste distúrbio do sono. É menos comum que a insônia e, de acordo com várias séries estudos, atinge mais os jovens e os desempregados (Urzola *et al.*, 2003).

O Questionário de Sono de Oviedo é uma breve entrevista semiestruturada de ajuda diagnóstica para os transtornos do sono do tipo insónia e hipersonia segundo os critérios DSM-IV(e CIE-10 (Bobes *et al.*, 1998). A sua versão final é constituída por 15 itens, 13 dos quais agrupam-se em 3 escalas categoriais diagnósticas: satisfação subjetiva do sono (1 ítem), insónia (9 itens) e hipersónia (3 ítems). Para além disto, a escala de insónia é também dimensional e proporciona informação sobre a gravidade da insónia em caso de estar presente. A pontuação em cada escala oscila entre 9 e 45, a maior pontuação corresponde a maior gravidade. Os dois itens restantes proporcionam ao clínico informação adicional sobre

a possível existência de parasomnias e transtornos de tipo orgânico e sobre o tipo e frequência do uso de qualquer tipo de ajuda para dormir (fármacos, chás, etc.)

Todos os itens são respondidos mediante uma escala tipo Lickert, uma das técnicas de medida mais utilizada em estudos científicos (Cañadas & Sánchez, 1998). Exceto o primeiro item (satisfação com o sono) em que a escala é medida por 7 valores (de 1 a 7), em todas as outras escalas temos 5 valores (de 1 a 5) que se referem á frequência, tempo e percentagens.

Assim, no nosso estudo:

- Cos1 - Diz respeito à qualidade do sono;
- Insónias – Referente à sintomatologia das insónias;
- Hipersónias – Relativo à sintomatologia das hipersónias;
- Total de Oviedo – Alusivo ao global das perturbações do sono.

É uma entrevista semi-estruturada, breve, desenvolvida para avaliar exaustivamente o ritmo sono-vigília dos utentes.

De seguida apresentamos a avaliação de algumas das suas propriedades psicométricas nomeadamente os estudos de fiabilidade e estudos de validade. Os estudos de fiabilidade dizem algo sobre o grau de confiança ou de exatidão que podemos ter na informação obtida. Avaliam a estabilidade temporal e a consistência interna ou homogeneidade dos itens.

A consistência interna refere-se ao grau de uniformidade e de coerência entre as respostas dos inquiridos a cada um dos itens que compõem a prova, isto é, avalia o grau em que a variância geral dos resultados se associa ao somatório da variância item a item.

Deste modo, o estudo da homogeneidade dos itens (consistência interna) foi conduzido realizando os seguintes passos:

- Determinação do coeficiente de correlação de *Pearson* das diversas questões com a nota global. Indica-nos “se cada parte se subordina ao todo”, ou seja, se cada item se define como um todo “operante” do “constructo geral” que pretende medir (Vaz Serra, 1994).

- Determinação do coeficiente alfa de *Cronbach*. - Mede a correlação entre cada escala com as restantes que, supostamente, pertencem a um mesmo universo e o valor obtido corresponde ao limite inferior de consistência interna. Este indicador, permite avaliar a forma como os diversos itens se complementam na avaliação dos diferentes aspectos de um factor pertencentes a uma mesma sub-escala. Os parâmetros variam entre zero (0) e um (1). A partir de 0.8 a consistência interna é considerada de muito boa.
- Determinação do coeficiente de bipartição ou método das metades (*split-half*). Este coeficiente divide os itens de uma escala em dois grupos e examina a correlação dentro de cada grupo e entre os dois grupos isto é procura comprovar se uma das metades dos itens da escala é tão consistente a medir o constructo como a outra metade.

Reportando-nos aos resultados da fiabilidade, o quadro 1 mostra-nos as estatísticas (médias e desvios padrão) e as correlações obtidas entre cada item e o valor global o que nos dá uma ideia da forma como o item se combina com o valor global.

Como verificamos os valores de alfa de *Cronbach* são classificados de muito bons pois variam entre 0,918 e 0,929. Os coeficientes de correlação item total corrigido revelam que os itens 2.4 e os item 5 são os que têm os valores mais baixos ($r=0,542$; $r=0,572$, respetivamente) e a correlação máxima é obtida no item 2.1 ($r=0,0778$). Os valores médios e respetivos desvios padrões dos diversos itens, permitem-nos dizer que se encontram bem centrados.

Calculado o índice de fiabilidade pelo método das metades os valores de alfa de *Cronbach* revelaram-se mais fracos, do que o alfa para a globalidade da escala (0,928) já que para a primeira metade se obteve um valor de 0,875 e para a segunda de 0,876.

Quadro 1 - Consistência interna do Questionário de Sono de Oviedo (QSO)

Itens	X	Dp	R	R2	Alpha Cronbach
2.1 -Quantos dias da semana teve dificuldade para adormecer?	2,40	1,494	0,778	0,720	0,918
2.2 -Quantos dias da semana teve dificuldade para Permanecer a dormir?	2,40	1,500	0,740	0,666	0,920
2.3 - Quantos dias da semana teve dificuldade para Alcançar um sono reparador?	2,24	1,415	0,775	0,649	0,918
2.4 -Quantos dias da semana teve dificuldade para Despertar à hora habitual?	2,26	1,501	0,542	0,337	0,929
2.5 -Quantos dias da semana teve excessiva sonolência?	1,94	1,286	0,663	0,544	0,923
3-Quanto tempo demora a adormecer depois de se deitar?	2,24	1,372	0,681	0,538	0,922
4-Quantas vezes acorda durante a noite?	2,83	1,329	0,655	0,498	0,923
5 -Se acorda, pensa que se deve a...?	1,70	1,088	0,572	0,384	0,926
6 -Tem notado que acorda antes do habitual? Se sim, quanto tempo antes?	2,47	1,358	0,759	0,630	0,919
7 -Eficiência do sono (horas dormidas / horas na cama). Em termos médios, quantas horas tem dormido cada noite em relação ao número de horas que tem permanecido habitualmente na cama?	1,92	1,219	0,777	0,686	0,919
8 -Quantos dias por semana tem estado preocupado(a) ou tem notado cansaço, ou diminuição no funcionamento socio-laboral por não ter dormido bem na noite anterior?	1,91	1,161	0,656	0,633	0,923
9- Quantos dias por semana se tem sentido demasiado sonolento(a), deixando-se dormir durante o dia ou dormindo mais do que o habitual à noite?	1,75	1,072	0,740	0,712	0,921
Coefficiente de Split-half				1ªavaliação	
				Primeira metade	0,875
				Segunda metade	0,876
Alpha Cronbach global					0,928

Na continuação do estudo da fiabilidade da escala, apresentamos no quadro 2 os parâmetros de validade e de precisão das sub-escalas avaliadas pelo questionário do sono de Oviedo.

No que concerne às **insónias**, que diz respeito à sintomatologia das insónias, obtêm-se valores de alfa classificados como muito bons, uma vez que oscilam entre os 0,893 no item 2.1 e 0,914 no item 2.4. Salienta-se ainda que o item 2.1 é o que está mais correlacionado com as insónias ($r=0,815$) e o que melhor representa esta sub-escala e o menor é o item 5 ($r=0,529$).

Passando às **hipersónias**, que avalia a sintomatologia das hipersónias e atendendo à consistência da sub-escala obtiveram-se valores de alfa a oscilarem entre 0,781 no item 9 e 0,863 no item 2.5 que podem classificar-se de bastante razoáveis. O item 2.5 é ainda o que está mais correlacionado com as hipersónias ($r=0,786$).

Quadro 2 - Correlação entre itens e sub-escalas do Questionário de Sono de Oviedo

Itens	R	R2	Alpha Cronbach
Insónia			
1 -Quantos dias da semana teve dificuldade para adormecer?	0,815	0,715	0,893
2.2 -Quantos dias da semana teve dificuldade para Permanecer a dormir ?	0,762	0,663	0,897
2.3 - Quantos dias da semana teve dificuldade para Alcançar um sono reparador?	0,766	0,636	0,896
2.4 -Quantos dias da semana teve dificuldade para Despertar à hora habitual?	0,537	0,315	0,914
3-Quanto tempo demora a adormecer depois de se deitar?	0,694	0,533	0,902
4-Quantas vezes acorda durante a noite?	0,679	0,497	0,903
5 -Se acorda, pensa que se deve a...?	0,529	0,356	0,912
6 -Tem notado que acorda antes do habitual? Se sim, quanto tempo antes?	0,769	0,627	0,896
7 -Eficiência do sono (horas dormidas / horas na cama). Em termos médios, quantas horas tem dormido cada noite em relação ao número de horas que tem permanecido habitualmente na cama?	0,719	0,570	0,901
Hipersónia			
2.5 -Quantos dias da semana teve excessiva sonolência?	0,699	0,491	0,863
8 -Quantos dias por semana tem estado preocupado(a) ou tem notado cansaço, ou diminuição no funcionamento socio-laboral por não ter dormido bem na noite anterior?	0,763	0,613	0,794
9- Quantos dias por semana se tem sentido demasiado sonolento(a), deixando-se dormir durante o dia ou dormindo mais do que o habitual à noite?	0,786	0,635	0,781

Como podemos verificar no quadro 3 o valor mais elevado de alfa encontra-se nas insónias (0,912), embora os valores sejam bons em ambas as escalas.

Calculado o índice de fiabilidade pelo método das metades os valores de alfa de *Cronbach* revelaram-se mais fracos, do que o alfa para a globalidade da escala que avalia as insónias.

Quadro 3 - Comparação dos valores de alfa do estudo atual

	Nº itens	Cronbach's Alpha	Coeficiente de Split-half	
			1ª Metade	2ª Metade
Insónias	9	0,912	0,871	0,820
Hipersónias	3	0,866	—	—

Uma contribuição para o estudo da validade da escala é a determinação da matriz de correlação entre os diversos fatores e o valor global da escala. Refere Vaz Serra (1994) que as correlações não devem ser demasiado elevadas pois este facto indica-nos que os itens são redundantes, sendo preferível existir uma correlação moderada entre si, facto que nos revela uma sensibilidade a aspetos diferentes do mesmo constructo.

De acordo com os resultados obtidos, que apresentamos no quadro 4, verificamos que as correlações são negativas e altamente correlacionadas entre as insónias e o Cos 1 ($r = -0,689$) e entre o hipersónias e o Cos 1 ($r = -0,521$). As correlações são positivas entre as hipersónias e as insónias ($r = 0,706$).

Quanto às correlações existentes entre as diferentes sub-escalas e o valor global notamos a apenas é negativa com o cos 1 ($r = -0,616$) e sendo positivas e elevadas com as restantes; com as insónias ($r = 0,796$) e hipersónias ($r = 0,828$).

Quadro 4 - Matriz de Correlação de Pearson

	Cos 1	Insónia	Hipersónia
Insónias	-0,689**	-	-
Hipersónias	-0,521**	0,706**	-
Total Oviedo	-0,616**	0,796**	0,828**

*** p < 0.001

4. Escala da Qualidade de vida dos hipertensos (MINICHAL)

De acordo com o nosso estudo, a escala Minichal foi aferida para a amostra em causa. Mantivemos os **três domínios**, no entanto no domínio estado mental (**fator 1**) passou a incluir os itens de 1 a 10 com pontuação máxima de 30 pontos. O domínio das manifestações somáticas (**fator 2**) inclui os itens de 11 a 16 e tem pontuação máxima de 18 pontos. O **último** item tem pontuação máxima de 3 pontos, avalia o impacto geral da hipertensão na qualidade de vida do hipertenso. Todas as questões referem-se aos últimos sete dias.

A escala é do tipo likert, com quatro respostas possíveis: 0– não, absolutamente; 1 – sim, um pouco; 2 - sim, médio; 3 – sim, muito. A pontuação varia de 0 (melhor nível de saúde) a 27 (pior nível de saúde) para a dimensão “estado mental” e para a dimensão “manifestações somáticas” a pontuação varia de 0 (melhor nível de saúde) a 21 (pior nível de saúde).

É chegado o momento de procedermos a validação da Escala da Qualidade de vida do hipertenso. Esta necessidade prende-se com o facto de saber o quanto os dados são válidos e confiáveis.

Pela análise do quadro 4 verificamos que os valores de alfa de Cronbach são classificados de muito bons pois variam entre 0,946 nos itens 6,8,9,10 e 0,953 no item 7. Os coeficientes de correlação item total corrigido revelam que os itens 7 e 17 são os que apresentam os valores mais baixos ($r=0,518$ e $r=0,520$, respetivamente) não se revelando por isso homogéneos face a outros itens, e a correlação máxima é obtida no item 6 ($r=0,811$). Os valores médios e respetivos desvios padrões dos diversos itens, permitem-nos dizer que se encontram bem centrados.

O alfa para a globalidade da escala é considerado muito bom (0,951).

Quadro 5 - Consistência interna do Questionário da Qualidade de Vida dos Hipertensos

Itens	M	DP	R	Alpha s/ítem
1 -Tem dormido mal?	0,93	1,035	0,589	0,951
2. Tem tido dificuldade em manter suas relações sociais habituais?	0,57	0,870	0,793	0,947
3. Tem tido dificuldade em relacionar-se com as pessoas?	0,51	0,832	0,791	0,947
4. Sente que não está a exercer ou não está a ter um papel útil na vida?	0,64	0,845	0,762	0,947
5. Sente se incapaz de tomar decisões e iniciar coisas novas?	0,69	0,863	0,720	0,948
6. Tem- se sentido constantemente agoniado e tenso?	0,69	0,850	0,811	0,946
7. Tem a sensação de que a vida é uma luta contínua?	1,20	1,034	0,518	0,953
8. Sente-se incapaz de desfrutar as suas atividades habituais de cada dia?	0,77	0,888	0,805	0,946
9. Tem-se sentido esgotado e sem forças?	0,89	0,894	0,812	0,946
10. Teve a sensação de que estava doente?	0,85	0,935	0,808	0,946
11. Tem notado dificuldade em respirar ou sensação de falta de ar sem causa aparente?	0,50	0,765	0,766	0,947
12. Teve edema (inchaço) nos tornozelos?	0,69	0,826	0,601	0,950
13. Percebeu que tem urinado com mais frequência?	0,55	0,770	0,663	0,949
14. Tem sentido a boca seca?	0,64	0,806	0,665	0,949
15. Tem sentido dor no peito sem fazer esforço físico?	0,45	0,717	0,648	0,948
16. Tem notado adormecimento ou formiguento em alguma parte do corpo?	0,65	0,819	0,610	0,949
17. Você diria que a sua hipertensão e o tratamento dessa têm afetado a sua qualidade de vida?	0,63	0,790	0,520	0,949
Alpha Cronbach global				0,951

2.4 - Procedimentos

Os instrumentos utilizados foram aplicados aos utentes hipertensos nos Centros de Saúde dos ACES: D. Lafões II; Baixo Vouga I e Cova da Beira, após o consentimento do ACES e dos utentes hipertensos.

Para tal, enviou-se um pedido ao responsável do ACES a requer autorização para aplicação dos questionários. Depois de obtida a devida autorização, procedeu-se à sua aplicação, que decorreu no período de junho a outubro de 2012.

Os questionários foram aplicados individualmente, pela investigadora e por ela preenchidos. Após Consulta de Enfermagem e sem prejudicar o seu funcionamento.

Para o efeito, foram tidos em conta os seguintes princípios éticos e metodológicos: confidencialidade e anonimato; e foi ainda solicitado aos participantes que respondessem a todas as questões.

A todos os participantes foi solicitado o seu consentimento, tendo sido devidamente esclarecidos e informados do estudo a desenvolver, dos seus objetivos e da possibilidade de poderem, a qualquer momento, desistir da sua participação, não sofrendo por isso qualquer transtorno.

É de salientar que, no que diz respeito aos instrumentos de colheita de dados utilizados neste trabalho, foram cumpridos todos os requisitos legais para a sua utilização

2.5 - Análise de dados

Após a respectiva recolha de dados, estes foram introduzidos e tratados no programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences* – versão 20.0), onde se realizaram as análises estatísticas em função das hipóteses consideradas, recorreu-se a métodos da estatística descritiva e inferencial. Para uma melhor interpretação e análise, os dados serão apresentados em tabelas.

No que se refere à estatística descritiva, usou-se as seguintes medidas estatísticas:

- Frequências: absolutas (n) e percentuais (%)
- Medidas de tendência central: média (x)
- Medidas de dispersão: desvio padrão (DP)
- Medidas de simetria (SK-Skewness) e de achatamento (K-Kurtosis)
- Coeficiente de variação: possibilita a comparação da variabilidade de duas variáveis devendo os resultados obtidos serem interpretados, de acordo com Pestana e Gageiro, (2008), do seguinte modo:

Coeficiente de variação	Classificação do Grau de dispersão
0% - 15% Dispersão baixa	Dispersão baixa
16% - 30% Dispersão moderada	Dispersão moderada

Calcula-se achando o quociente entre o desvio padrão e a média amostral e apenas quando o dividendo e o divisor têm o mesmo sinal, positivo ou negativo (Pestana & Gageiro, 2008).

Medidas de simetria (SK-Skewness) e de achatamento (K-Kurtosis). Os autores anteriores referem que, para $p=0,05$ uma distribuição é:

- Simétrica – quando o “ $| \text{Skewness}/\text{std}_{\text{error}} | < 1,96$ e $> -1,96$, a mediana pertence ao intervalo de confiança a 95% ou está perto de um dos limites de esse intervalo”;
- Assimétrica – quando “ $| \text{Skewness}/\text{std}_{\text{error}} | > 1,96$ e $< -1,96$, a mediana não pertence ao intervalo de confiança nem está perto de um dos extremos do intervalo, e as medidas de tendência central aproximam-se mais do valor mínimo (assimetria positiva) ou do valor máximo (assimetria negativa)”.

Do mesmo modo, uma distribuição pode ser:

- Mesocúrtica quando $|\text{Kurtosis}/\text{std}_{\text{error}}| < 1,96$;
- Platicúrtica quando $|\text{Kurtosis}/\text{std}_{\text{error}}| < -1,96$;
- Leptocúrtica quando $|\text{Kurtosis}/\text{std}_{\text{error}}| > 1,96$.

- Matrizes de correlação de Pearson, que são uma prova paramétrica que avalia o grau de associação entre duas variáveis não estabelecendo uma relação de causalidade. O seu valor varia entre -1 e 1. Quanto mais próximo estiver destes extremos maiores serão a associação linear entre as variáveis. Para avaliar os resultados obtidos, Pestana e Gageiro (2005) consideram os seguintes valores:

- $R < 0,2$ associação linear muito baixa
- $0,2 < R < 0,39$ associação linear baixa
- $0,4 < R < 0,69$ associação linear moderada
- $0,7 < R < 0,89$ associação linear alta
- $0,9 < R < 1$ associação linear muito alta

Relativamente à estatística inferencial, utilizaremos para testar as hipóteses formuladas os testes paramétricos e não paramétricos. As hipóteses foram testadas com uma probabilidade de 95%, do qual resulta um nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$) que nos indica que podemos aceitar a probabilidade de engano 5 vezes em cada 100 ao rejeitar a hipótese estatística.

Os critérios de decisão para os testes de hipóteses baseiam-se no estudo das probabilidades, confirmando-se a hipótese se a probabilidade for inferior a 0,05 e rejeitando-se se superior a esse mesmo valor. Foi utilizada a estatística inferencial com os seguintes níveis de significância:

- $p \geq 0,05$ – não significativo
- $p < 0,05$ – significativo
- $p < 0,01$ – bastante significativo
- $p < 0,001$ – altamente significativo

Regressões múltiplas para testar modelos preditivos com mais de uma variável independente. O método de inclusão das variáveis utilizado foi o *Stepwise* (passo a passo) que origina tantos modelos quanto os necessários até conseguir determinar as variáveis que são preditivas da variável dependente.

Análise de variância a um fator (Anova): teste paramétrico para comparação de médias entre três ou mais variáveis.

O Teste t para amostras emparelhadas: permite inferir sobre a igualdade de médias de duas amostras emparelhadas.

O Teste t para duas amostras independentes: permite inferir sobre a igualdade de médias de dois grupos diferentes de sujeitos.

- O Teste do Qui-Quadrado compara frequências observadas de uma variável nominal que tem duas ou mais categorias.
- O Teste de Kruskal-Wallis: teste não paramétrico para comparação de médias em três ou mais grupos diferentes de sujeitos. É a alternativa não paramétrica ao One-Way Anova e permite generalizar o teste de Mann-Whitney (U de M-W): teste não paramétrico utilizado para comparar o centro de localização das duas amostras, como forma de detetar diferenças entre as duas populações correspondentes.

Terminada a descrição dos procedimentos estatísticos, iremos apresentar os resultados óbitos no próximo capítulo.

3 - Resultados

Neste capítulo, pretendemos dar a conhecer os resultados obtidos, referentes ao tratamento de toda a informação recolhida através do protocolo aplicado ao utente hipertenso.

A apresentação dos resultados será feita num primeiro momento através da análise descritiva com a qual procuraremos estudar as variáveis que caracterizam o grupo estudado e a variável principal e suas dimensões que serviram para a sua mensuração e num segundo momento através da análise inferencial onde se procurará estabelecer a relação entre as variáveis secundárias seleccionadas e a variável principal.

3.1 - Análise descritiva

Neste capítulo procederemos à apresentação descritiva dos resultados obtidos através do protocolo aplicado aos utentes hipertensos, de forma a conseguir caracterizar a nossa amostra.

Parâmetros clínicos

Peso

Pela análise da tabela 8, relativa ao peso atual dos inquiridos, revelam que os utentes hipertensos apresentam um peso mínimo de 38 Kg, um máximo de 125 Kg sendo a média de 74,401 Kg e o desvio padrão de 14,330 Kg

Para os indivíduos do sexo masculino o peso mínimo e máximo é respetivamente de 52 e 125 Kg, sendo a média de 81,020 Kg e o desvio padrão de 13,791 Kg para os hipertensos do sexo feminino encontramos um peso mínimo de 38 e um máximo de 110 Kg, com uma média de 69,376 Kg e um desvio padrão de 12,606 Kg.

Tabela 8 - Estatísticas relativas ao peso atual em função do género

Sexo/peso	N	Max	Min	Média	D.P.	P	Variância	SK/erro	K/erro
Masculino	186	125	52	81,020	13,791	0,020	190,195	3,736	1,2
Feminino	245	110	38	69,376	12,606	0,001	158,931	3,679	1,461
Total	431	125	38	74,401	14,330	0,000	205,305	4,940	1,897

Altura

Pela análise da tabela 9, relativa à altura dos inquiridos, observamos que os utentes hipertensos apresentam uma altura mínima de 142 cm, uma máxima de 190 cm sendo a média de 162,43 cm e o desvio padrão de 8,611 cm.

Para os indivíduos do sexo masculino a altura mínima e máxima é respetivamente de 152 cm e 190cm, sendo a média de 168,73 cm e o desvio padrão de 6,888cm para os hipertensos do sexo feminino encontramos uma altura mínima de 142 cm e uma máxima de 180cm, com uma média de 158,00 e um desvio padrão de 6,448 cm.

Tabela 9 - Estatísticas relativas à altura dos utentes hipertensos

Sexo/altura	N	Max	Min	Média	D.P.	P	Variância	SK/erro	K/erro
Masculino	186	190	152	168,73	6,8888	0,001	47,441	1,252	0,608
Feminino	245	180	142	158,00	6,448	0,004	41,578	1,256	0,154
Total	431	190	142	162,43	8,611	0,000	74,153	2,042	-0,859

IMC

Ao analisar a tabela 10, relativa ao IMC dos inquiridos, mostram que os utentes hipertensos apresentam um IMC mínimo de 17, um máximo de 54 sendo a média de 28,32 e o desvio padrão de 4,839.

Para os indivíduos do sexo masculino o IMC mínimo e máximo é respetivamente de 19 e 45, sendo a média de 28,55 e o desvio padrão de 4,346 para os hipertensos do sexo feminino encontramos um IMC mínimo de 17 e um máximo de 54, com uma média de 28,17 e um desvio padrão de 5,184.

Tabela 10 - Estatísticas relativas ao IMC

Sexo/IMC	N	Max	Min	Média	D.P.	P	Variância	SK/erro	K/erro
Masculino	186	19	45	28,55	4,346	0,004	18,890	3,337	2,177
Feminino	245	17	54	28,17	5,184	0,000	20,875	6,506	7,496
Total	431	17	54	28,32	4,839	0,000	23,416	7,364	8,246

No que diz respeito à distribuição do IMC por grupos, dividimos em 6 grupos, são eles: Baixo Peso; Variação normal; Pré-obesidade; Obesidade; Obesidade classe1; Obesidade classe 2 e Obesidade classe 3.

Observamos que 44,5% dos inquiridos se situa no grupo dos pré-obesos, no grupo do baixo peso apenas se situam 0,7% dos hipertensos.

O teste de Qui – quadrado ($X^2=9,885$ $p = 0,079$), diz-nos que existem diferenças significativas e que se situam, após a análise dos valores residuais, nos inquiridos que se situam no grupo da obesidade classe 1, no sexo feminino (18,4%).

Tabela 11 - Distribuição do IMC por grupos.

Grupo IMC	Masculino		Feminino		Total		V. Residuais	
	Nº (186)	% (43,2)	Nº (245)	% (56,8)	Nº (431)	% (100,0)	Masc	Fem
Baixo Peso	-	0,0	3	1,2	3	0,7	-1,5	1,5
Varição Normal	34	18,3	57	23,3	91	21,1	-1,3	1,3
Pré-obesidade	83	44,6	109	44,9	192	44,5	NA	NA
Obesidade classe 1	53	28,5	45	18,4	98	22,7	-2,5	2,5
Obesidade classe 2	13	7,0	24	10,2	38	8,8	-1,2	1,2
Obesidade classe 3	3	1,6	6	62,4	9	2,1	-0,6	0,6

Perímetro Abdominal

Ao analisar a tabela 12, relativa ao perímetro abdominal atual dos inquiridos, observamos que os utentes hipertensos apresentam um perímetro abdominal mínimo 70,0 cm e um máximo de 149,0 cm sendo a média de 99,095 cm e o desvio padrão de 11,566 cm.

Para os indivíduos do sexo masculino o perímetro abdominal mínimo e máximo é respetivamente de 149 e 70 cm, sendo a média de 101,868 e o desvio padrão de 11,514 cm para os hipertensos do sexo feminino encontramos um perímetro abdominal com um mínimo de 70 cm e um máximo de 132 cm, com uma média de 96,990 cm e um desvio padrão de 11,176 cm.

Tabela 12 - Estatísticas relativas ao perímetro abdominal

Sexo/peso	N	Max	Min	Média	D.P.	P	Variância	SK/erro	K/erro
Masculino	186	149	70	101,868	11,514	6,200	132,579	1,550	2,664
Feminino	245	132	70	96,990	11,176	0,001	124,913	2,044	1,364
Total	431	149,0	70,0	99,095	11,566	0,000	133,772	2,533	2,472

Pela análise da tabela seguinte, observados que a maioria dos inquiridos 68,0%, encontram-se no grupo com risco, dos quais 83,3% são do sexo feminino e 47,8% são do sexo masculino.

Tabela 13 - Grupo perímetro abdominal

Sexo	Masculino		Feminino		Total		V. Residuais	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Masc	Fem
Grupo Perímetro abdominal	(186)	(43,2)	(245)	(56,8)	(431)	(100.0)		
Sem risco	97	52,2	41	16,7	138	32,0	7,8	-7,8
Com risco	89	47,8	204	83,3	293	68,0	-7,8	7,8

Tensão Arterial

Pela análise da tabela 14, verifica-se que 33,4% dos inquiridos tem um TA normal, dos quais 33,9% são sexo masculino e 33,1% são do sexo feminino.

Tabela 14 - Relação de utentes por grupo de classificação da hipertensão segundo classificação da DGS

Sexo	Masculino		Feminino		Total		V. Residuais	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Masc	Fem
TA	(186)	(43,2)	(245)	(56,8)	(431)	(100.0)		
Ótima	16	8,6	29	11,8	45	10,4	-1,0	1,1
Normal	63	33,9	81	33,1	144	33,4	0,2	-0,2
Normal-alta	16	8,6	20	0,2	36	8,4	0,2	-0,2
Hipertensão arterial	23	12,4	33	13,5	56	13,0	-0,3	0,3

Na tabela seguinte, observamos que 52,2% dos inquiridos estão no grupo sem hipertensão, dos quais 51,1% são homens e 53,1% são mulheres. No grupo com hipertensão situa-se 47,8% do total dos inquiridos.

Após realização do teste de Qui – quadrado ($X^2=0,167$; $p = 0,683$) diz-nos que não existem diferenças significativas.

Tabela 15 - Relação dos utentes com hipertensão e sem hipertensão (controlada)

Sexo	Masculino		Feminino		Total		V. Residuais	
	Nº (186)	% (43,2)	Nº (245)	% (56,8)	Nº (431)	% (100,0)	Masc	Fem
Sem hipertensão	95	51,1	130	53,1	225	52,2	-0,4	0,4
Com hipertensão	91	46,9	114	16,9	206	47,8	0,4	-0,4

Coabitação

Pela análise da tabela seguinte, verificamos que a maior parte dos inquiridos habita com o cônjuge 51,0%, seguido dos que habitam com familiares com 31,8% e por fim os que habitam sozinhos com 17,2%.

Após realização do teste de Qui – quadrado ($X^2=7,566$; $p = 0,023$) diz-nos que existem diferenças significativas e que se situam, após a análise dos valores residuais, nos inquiridos que se situam no grupo dos cônjuges, no sexo masculino (58,6%).

Tabela 16 - Grupos de coabitação

Sexo	Masculino		Feminino		Total		V. Residuais	
	Nº (186)	% (43,2)	Nº (245)	% (56,8)	Nº (431)	% (100,0)	Masc	Fem
Cônjuge	109	58,6	111	45,3	220	51,0	2,7	-2,7
Familiares	51	27,4	86	35,1	137	31,8	-1,7	1,7
Sozinho	26	14,0	48	19,6	74	17,2	-1,5	1,5

Rendimentos

No que diz respeito ao rendimento, observamos pela análise da próxima tabela, que a maioria dos inquiridos auferem mensalmente entre 500-1000 euros 43,9% e apenas 9,5% se recebe mensalmente mais de 1500 euros.

Tabela 17 - Grupo de rendimentos

Grupo rendimentos	Masculino		Feminino		Total		V. Residuais	
	Nº (186)	% (43,2)	Nº (245)	% (56,8)	Nº (431)	% (100,0)	Masc	Fem
<500	49	26,3	83	33,9	132	30,6	-1,7	1,7
500-1000	88	47,3	101	41,2	186	43,9	1,3	-1,3
1000-1500	32	17,2	37	15,1	69	16,0	0,6	-0,6
>1500	17	9,1	24	9,8	41	9,5	-0,2	0,2

Sono

Na tabela 18 apresentamos as estatísticas relativas aos fatores avaliados pelo questionário de Oviedo. Observamos que as **insónias** apresentam um mínimo de 9 e um máximo de 45, com uma média de 20,459 e um desvio padrão de 9,439. Em relação às **hipersónias**, estas apresentam um máximo de 15 e um mínimo de 3, uma média de 5,605 e um desvio padrão de 3,133. O **total** apresenta um mínimo de 16 e um máximo de 61, uma média de 30,348 e um desvio padrão de 10,956.

Tabela 18 - Estatísticas relativas aos fatores avaliados pelo Questionário de Oviedo

	Min	Max	Média	D.p.	P	Variância	SK/erro	K/erro
Insónia	9	45	20,459	9,439	0,000	89,105	5,483	-2,753
Hipersónias	3	15	5,605	3,133	0,000	9,816	10,449	2,421
Valor total de QSO	16	61	30,348	10,956	0,000	120,037	6,771	-0,873

Grau de satisfação do utente hipertenso com ao sono

Pela análise da tabela seguinte, observa-se que 42,0% dos inquiridos, referem estar satisfeitos com o seu sono, sendo que destes 50,0% são do sexo masculino e 35,5% são do sexo feminino.

19,3% dos hipertensos, referem estar insatisfeitos com o sono. Apenas 2,8% da nossa amostra refere estar muito insatisfeito com o sono.

Tabela 19 - Grau de Satisfação do utente hipertenso com o sono.

Sexo	Masculino		Feminino		Total		V. Residuais	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Masc	Fem
Grau de satisfação	(186)	(43,2)	(245)	(56,8)	(431)	(100,0)		
Muito insatisfeito	1	0,5	11	4,5	12	2,8	-2,5	2,5
Bastante insatisfeito	12	6,5	26	10,6	38	8,8	-1,5	1,5
Insatisfeito	29	15,6	54	22,0	83	19,3	-1,7	1,7
Nem insatisfeito, nem satisfeito	23	12,4	37	15,1	60	13,9	-0,8	0,8
Satisfeito	93	50,0	88	35,9	181	42,0	2,9	-2,9
Bastante satisfeito	18	9,7	17	6,9	35	8,1	1,0	-1,0
Muito satisfeito	10	5,4	12	4,9	22	5,1	0,2	-0,2

Qualidade de vida do utente hipertenso

Na tabela 20 apresentamos as estatísticas relativas aos fatores avaliados pela escala Minichal, o **Fator 1** que avalia o estado mental, apresenta um mínimo de 0 e um máximo de 30 com uma média de 7,730 e um desvio padrão de 7,244. O **Fator 2** que diz respeito às manifestações sintomáticas, apresenta um mínimo de 0 e um máximo de 18, uma média de 3,482 e um desvio padrão de 3,482.

O último item da escala Minichal (**Item 17**) avalia o impacto geral da hipertensão na qualidade de vida do hipertenso, apresenta um mínimo de 0, máximo de 3 com uma média de 0,560 e um desvia padrão de 0,790.

Tabela 20 - Estatísticas relativas aos fatores avaliados pela escala da qualidade de vida

	Min	Max	Média	D.p.	P	Variância	SK/erro	K/erro
Fator 1 – Estado Mental	0	30	7,730	7,244	0,000	52,486	9,389	3,012
Fator 2 – Manifestações Sintomáticas	0	18	3,482	3,829	0,000	14,664	11,754	7,489
Item 17 - Impacto geral da hipertensão na qualidade de vida do hipertenso.	0	3	0,560	0,790	0,000	0,624	10,025	3,846

Síntese

- O peso atual dos inquiridos, revelam que os utentes hipertensos apresentam um peso mínimo de 38 Kg, um máximo de 125 Kg;
- No que diz respeito à altura dos inquiridos, observamos que os utentes hipertensos apresentam uma altura mínima de 142 cm, uma máxima de 190 cm sendo a média de 162,43 cm e o desvio padrão de 8,61 cm;
- Em relação ao IMC dos inquiridos, os dados mostram que os utentes hipertensos apresentam um IMC mínimo de 17, um máximo de 54;
- Observamos que 44,5% dos inquiridos se situa no grupo dos pré-obesos, no grupo do baixo peso apenas se situam 0,7% dos hipertensos;
- Perímetro abdominal dos inquiridos, tem como valor mínimo 70,0 cm e um máximo de 149,0 cm sendo a média de 99,095 cm e o desvio padrão de 11,566 cm;
- 52,2% dos inquiridos estão no grupo sem hipertensão (com hipertensão controlada), dos quais 51,1% são homens e 53,1% são mulheres. No grupo com hipertensão situa-se 47,8% do total dos inquiridos;
- Dos utentes hipertensos inquiridos 42,0% referem estar satisfeitos com o seu sono, sendo que 30,9,% se encontram insatisfeitos.

3.2 - Análise inferencial

A primeira etapa deste estudo, teve por finalidade a caracterização da amostra. Procuraremos nesta segunda parte, avaliar as relações existentes entre as variáveis independentes com a qualidade de vida do utente hipertenso.

De seguida, pretendemos dar resposta às premissas por nós formuladas para este estudo.

1 - Existe influência das características sociodemográficas do utente hipertenso nas perturbações do sono?

Relação entre o género e as perturbações do sono.

No intuito de verificarmos se as perturbações do sono são discriminadas pelo género do utente hipertenso efetuamos um teste t para diferença de médias.

Notamos pelo teste de Levene que as variâncias não são homogéneas e pelos índices médios observa-se que o sexo feminino apresenta índices médios mais elevados em todas as sub-escalas e total do que os homens, com diferenças estatísticas significativas, em todas as sub-escalas. Podemos então dizer que são as mulheres hipertensas que apresentam mais perturbações do sono. O que nos permite aferir que o género é preditor das perturbações do sono.

Tabela 21 - Test T para diferenças de médias entre as perturbações do sono e género

Sexo	Masculino		Feminino		Test Levene's	T	P
	X	D.p	X	D.p			
Insónias	18,086	8,195	22,261	9,927	0,00	-4,779	0,000
Hipersónia	4,989	2,671	6,073	3,373	0,00	-3,723	0,000
Total	27,629	9,501	32,412	11,540	0,01	-4,715	0,000

Relação entre a idade do utente hipertenso e as perturbações do sono

Como podemos observar pela tabela 22, os utentes hipertensos com idades compreendidas entre os 68 e os 75 anos são aqueles que apresentam mais insónias ($X=22,455$; $D.p.= 9,552$), seguidos daqueles que apresentam idade superior ou igual a 76 anos ($X=22,445$; $D.p.= 9,546$). Os que apresentam menos insónias são os utentes do grupo etário dos 60 aos 68 anos ($X=18,250$; $D.p.= 8,930$).

Os utentes com um nível mais elevado de hipersónia são os que tem idade superior ou igual aos 76 anos ($X=6,154$; $D.p.= 3,568$), e os hipertensos que apresentam menos hipersónias são os que tem idade inferior ou igual aos 59 anos ($X=5,048$; $D.p.= 2,763$).

Verificamos que as perturbações do sono são mais elevadas nos utentes com 76 ou mais anos. Podemos então aferir que são os utentes mais idosos que apresentam mais perturbações do sono.

Tabela 22 - Anova entre a idade do utente hipertenso e as perturbações do sono

Grupos etários	<= 59 anos		60-68 anos		68-75 anos		>=76 anos		F	P	VE %
	X	Dp	X	dp	X	dp	X	Dp			
Insónias	18,884	9,0439	18,250	8,930	22,455	9,552	22,445	9,546	6,448	0,000	0,017
Hipersónia	5,048	2,763	5,353	2,990	5,871	3,061	6,154	3,568	2,749	0,042	0,018
Total QSO	28,394	9,916	28,120	10,411	32,306	11,044	32,745	11,664	5,714	0,001	0,038

Existem diferenças significativas, por esse motivo procedeu-se aos testes Post-Hoc Tukey para verificar onde residem as diferenças, que se situam nas insónias entre os utentes da faixa etária dos 60-68 anos e os 69-75 anos ($p= 0,005$) e ainda entre os utentes na faixa etária dos 60-68 anos e os com idade igual ou superior aos 76 anos ($p= 0,004$). Existem ainda diferenças significativas no total da escala ($p=0,007$) que se situam entre os utentes com idade compreendidas 60-68 anos e os com idade superior ou igual aos 76 anos.

Tabela 23 – Testes Post- Hoc de Tukey

Tukey	1 / 2	1 / 3	1 / 4	2/3	2 / 4	3 / 4
Insónias	0,957	0,031	0,027	0,005	0,004	1,000
Hipersónias	0,887	0,233	0,048	0,613	0,216	0,912
Total QSO	0,998	0,048	0,018	0,023	0,007	0,991

Síntese

- As mulheres apresentam níveis superiores de perturbações do sono. O que nos permite aferir que o sexo é preditor das perturbações do sono.
- São os utentes mais idosos que apresentam mais perturbações do sono.

2 - Há influência da hipertensão nas perturbações do sono?

Relação entre a hipertensão e as Perturbações do sono.

Tendo como objetivo verificar se as perturbações do sono são influenciadas pela hipertensão controlada ou não, realizamos um teste t para diferença de médias.

Observamos através do teste de Levene que as variâncias não são homogêneas e pelos índices médios observa-se que estes são ligeiramente superiores nos utentes sem hipertensão (hipertensão controlada), não existem diferenças significativas para se poder afirmar que a hipertensão influencia as perturbações do sono.

Tabela 24 - Teste T para diferenças de médias entre as perturbações do sono e o utente com ou sem hipertensão

Hipertensão	Sem hipertensão		Com hipertensão		Test Levene's	t	p
	X	dp	X	Dp			
Insónias	20,800	9,603	20,087	9,266	0,259	0,723	0,434
Hipersónia	5,653	3,198	5,553	3,067	0,524	0,330	0,741
Total QSO	30,764	11,252	29,893	10,631	0,277	0,824	0,410

Síntese

- A hipertensão não é preditora das perturbações do sono.

3 - Em que medida as perturbações do sono influenciam a qualidade de vida do utente hipertenso?

Relação entre o fator 1 (estado mental) e variáveis independentes

Quanto ao estado mental, a tabela 25, demonstra que as correlações com as variáveis independentes variam entre ($r= 0,590$) nas hipersónias e ($r= 0,647$) no total da escala de Oviedo.

Todas as variáveis em estudo estabelecem com o estado mental (Fator 1) uma relação direta e significativa. ($p=0,000$).

Tabela 25 - Correlação de Pearson entre o estado mental e as variáveis independentes

Variáveis	R	R ²	p
Insónias	0,625	0,390	0,000
Hipersónias	0,590	0,348	0,000
Total QSO	0,647	0,418	0,000

Face aos resultados acima apresentados, a primeira variável a entrar no modelo de regressão foi as insónias com um valor de correlação de 0.625.

O erro padrão de regressão no último modelo é de 5.459, e os valores de F e t ao apresentarem-se estatisticamente significativos leva à rejeição de nulidade entre as variáveis que entraram no modelo, que assim se constituíram como predictoras do estado mental.

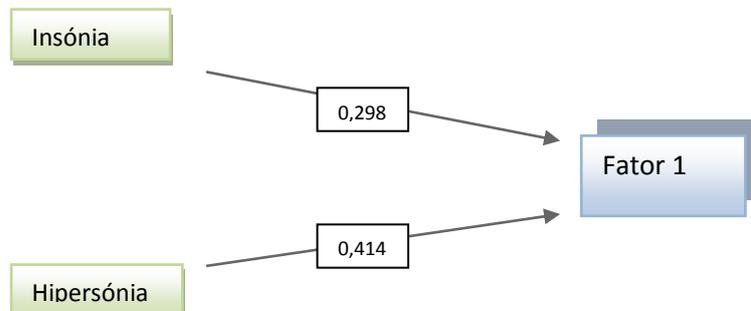
Também não se denotam problemas de colinearidade uma vez que os valores do VIF se situam no 1,994 quer nas insónias quer nas hipersónias.

A correlação que estas duas variáveis estabelecem com o estado mental é positiva e razoável ($r=0,659$) e os coeficientes padronizados beta sugerem-nos que as hipersónias (0,414) são as que apresentam maior peso preditivo sendo o de menor as insónias (0,298).

Todas as variáveis que entraram no modelo estabelecem uma relação positiva com o estado mental o que significa que quanto menor forem as insónias e as hipersónias menor é o score do estado mental, ou seja, melhor é estado mental (uma vez que quanto maior é o score do estado mental pior é a qualidade de vida do hipertenso).

Quadro 6- Regressão Múltipla entre fator 1 (estado mental) e as variáveis independentes

Variável dependente = Fator 1					
R = 0,659					
R ² = 0,435					
R ² Ajustado = 0,434					
Erro padrão da estimativa = 5,459					
F = 164,532					
p = 0,000					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente Padronizado (Beta)	t	P	Colinearidade VIF
Constante	-2,635	-	-4,146	0,000	-
Insónias	0,689	0,298	5,809	0,000	1,994
Hipersónias	0,318	0,414	8,068	0,000	1,994
Análise de variância					
Efeito	Soma Quadrados		F	P	
Regressão	9809,696		164,532	0,000	
Residual	12759,084				
Total	22568,780				

Figura 1- Síntese das relações entre o fator 1 e as variáveis independentes

Relação entre o fator 2 (manifestações sintomáticas) e variáveis independentes

No que diz respeito às manifestações sintomáticas, podemos verificar pela análise da tabela 26, que as correlações com as variáveis independentes variam entre ($r=0,517$) nas hipersónias e ($r= 0,549$) no total do Questionário de Oviedo.

Todas as variáveis em estudo estabelecem com as manifestações somáticas (Fator 2) uma relação direta e significativa (0,000).

Tabela 26- Correlação de Pearson entre as manifestações somáticas e as variáveis independente

Variáveis	R	R ²	P
Insónias	0,526	0,276	0,000
Hipersónias	0,517	0,267	0,000
Total QSO	0,549	0,301	0,000

Tendo em conta os resultados anteriormente apresentados, a primeira variável a entrar no modelo de regressão foi as insónias com um valor de correlação de 0,526. O erro padrão de regressão no último modelo é de 3,168, e os valores de F e t ao apresentarem-se estatisticamente significativos leva à rejeição de nulidade entre as variáveis que entraram no modelo, que assim se constituíram como predictoras das manifestações sintomáticas.

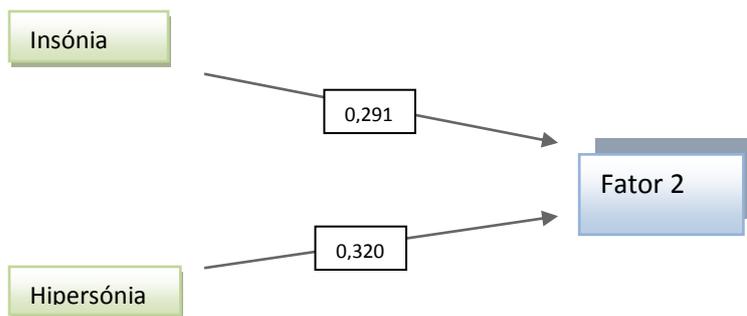
Também não se denotam problemas de colinearidade uma vez que os valores do VIF se situam no 1,994 quer nas insónias quer nas hipersónias.

A correlação que estas duas variáveis estabelecem com as manifestações sintomáticas é positiva e razoável ($r=0,565$) e os coeficientes padronizados beta sugerem-nos que as hipersónias (0,320) são as que apresentam maior peso preditivo sendo o menor as insónias (0,291). Todas as variáveis que entraram no modelo estabelecem uma relação positiva com as manifestações sintomáticas o que significa que quanto menor forem as insónias e as hipersónias menores serão as manifestações sintomáticas.

Quadro 7 - Regressão Múltipla entre fator 2 (manifestações somáticas) e as variáveis independentes

Variável dependente = Fator 2					
R = 0,565					
R ² = 0,319					
R ² Ajustado = 0,315					
Erro padrão da estimativa = 3,168					
F = 100,092					
p = 0,000					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente Padronizado(B eta)	T	P	Colinearidade VIF
Constante	-1,168	-	-3,166	0,002	-
Insónias	0,356	0,291	5,163	0,000	1,994
Hipersónias	0,130	0,320	5,683	0,000	1,994
Análise de variância					
Efeito	Soma Quadrados		F	P	
Regressão	2009,416		100,092	0.000	
Residual	4296,203				
Total	6305,619				

Figura 2 - Síntese das relações entre o fator 2 e as variáveis independentes



Relação entre a qualidade de vida do utente hipertenso e as variáveis independentes

Relativamente à qualidade de vida do hipertenso, podemos verificar pela análise da tabela 27, que as correlações com as variáveis independentes variam entre ($r=0,428$) nas hipersónias e ($r= 0,472$) no total do Questionário de Oviedo.

Todas as variáveis em estudo estabelecem com a qualidade de vida do hipertenso uma relação direta e significativa ($p=0,000$).

Tabela 27 - Correlação de Pearson a qualidade de vida do hipertenso e as variáveis independentes

Variáveis	R	R ²	P
Insónias	0,456	0,207	0,000
Hipersónias	0,428	0,183	0,000
Total QSO	0,472	0,222	0,000

A primeira variável a entrar no modelo de regressão foi as insónias com um valor de correlação de 0,456. Podemos observar no quadro 8 que o erro padrão de regressão no último modelo é de 0,695.

Verificamos através do valor de F ($p=0,000$) ao apresentar-se como estatisticamente significativo leva à rejeição de nulidade entre as variáveis que entraram no modelo, que se constituíram como predictoras da qualidade de vida dos utentes hipertensos.

A correlação que estas três variáveis estabelecem com qualidade de vida do utente hipertenso é positiva e razoável ($r=0,481$) e os coeficientes padronizados beta sugerem-nos que as insónias (0,594) são as que apresentam maior peso preditivo sendo o de menor as hipersónias (0,313), enquanto, que o total de QSO estabelece com a variável dependente uma correlação negativa (-0,367).

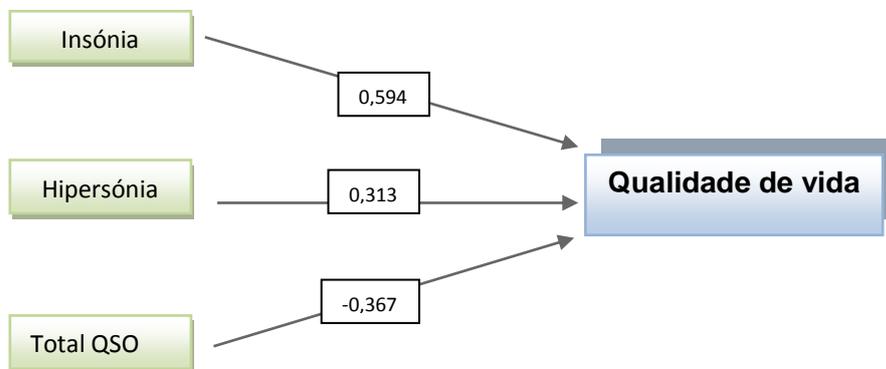
As duas primeiras variáveis que entraram no modelo estabelecem uma relação positiva e direta com a qualidade de vida do utente hipertenso. Observamos também que existe uma relação inversa entre o total do Questionário do Sono de Oviedo e a qualidade de vida do utente hipertenso ou seja que quanto mais baixos os índices na variável cuja relação é inversa é mais elevadas nas restantes.

Quanto mais baixa for o total da escala de Oviedo melhor é a qualidade de vida, ou seja quanto menor forem as perturbações do sono melhor é a qualidade de vida do utente hipertenso.

Quadro 8 - Regressão Múltipla entre a qualidade de vida do hipertenso e as variáveis independentes

Variável dependente = Qualidade de Vida					
R = 0,481					
R ² = 0,0,232					
R ² Ajustado = 0,226					
Erro padrão da estimativa = 0,695					
F = 100,092					
p = 0,000					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente Padronizado (Beta)	t	P	Colinearidade VIF
Constante	-0,024	-	-0,106	0,915	-
Insónias	0,050	0,594	1,621	0,106	74,653
Hipersónias	0,079	0,313	2,204	0,028	11,173
Total QSO	-0,026	-0,367	-0,793	0,428	119,306
Análise de variância					
Efeito	Soma quadrados		F	P	
Regressão	62,140		42,839	0,000	
Residual	206,203				
Total	268,343				

Figura 3 - Síntese das relações entre a qualidade de vida do utente hipertenso e as variáveis independentes



Síntese

- Quanto menor forem as insónias e as hipersónias dos doentes hipertensos menor é o score do estado mental, ou seja, melhor é o estado mental.
- O mesmo acontece quanto às manifestações sintomáticas quanto menor forem as insónias e as hipersónias melhor é a qualidade de vida.
- Quanto mais baixa for o total do Questionário de Oviedo melhor é a qualidade de vida, ou seja quanto menor forem as perturbações do sono melhor é a qualidade de vida do utente hipertenso.

4 - Discussão

Após a análise e tratamento dos dados apresentados na secção anterior, surge agora espaço, para apresentar a discussão e a síntese mais detalhada dos resultados obtidos.

Pretende-se igualmente confrontar os resultados obtidos com os objetivos previstos para este estudo e com resultados anteriormente realizados nesta área.

4.1- Discussão metodológica (limitações do estudo)

Ao longo deste trabalho pretendemos cumprir com o rigor científico exigido. Atendendo ao tipo de estudo e às variáveis envolvidas, utilizamos uma metodologia quantitativa, que nos permitiu atingir os objetivos traçados. Para tal, definimos uma amostra suficientemente representativa que nos permitiu obter resultados fiáveis e utilizamos como instrumento de colheita de dados um questionário. Parafraseando Sampieri *et al.* (2003), são os instrumentos mais se adequam para estudar num curto espaço de tempo um grande número de indivíduos.

Este estudo centrou-se na qualidade de vida do utente hipertenso, principalmente na influência das perturbações do sono na qualidade de vida do utente hipertenso. Apesar do esforço desenvolvido na análise das principais variáveis que melhor ajudam a compreender os fenómenos referidos anteriormente, certamente muitos outros aspetos desempenham um papel importante em todo o processo. Algumas considerações sobre os aspetos metodológicos deste trabalho tornam-se necessárias, principalmente no que diz respeito ao tipo de amostra e aos instrumentos de colheitas de dados utilizados, pelas limitações e reservas que impõem na interpretação dos resultados encontrados, assim como nas conclusões que deles se podem retirar.

Não podemos esquecer as limitações que surgem quando trabalhamos com o público, neste caso utentes hipertensos, uma vez que os resultados vão depender da honestidade e sinceridade da resposta, pois a tendência é responder às condutas mais desejáveis e não tanto às que realmente se experienciam.

O estudo por nós realizado, enquadra-se no tipo de pesquisa não experimental, tendo as características dos estudos descritivos correlacionais e explicativos.

4.2 - Discussão dos resultados

As perturbações do sono têm vindo a assumir um papel de grande relevo, afetando a qualidade de vida do indivíduo. O sono é um fator que contribui para a saúde, qualidade de vida e vitalidade ideal. O estudo da associação entre as perturbações do sono e hipertensão arterial, tem vindo a aumentar nos nossos dias. O que nos permite intervir de forma mais adequada junto do utente (Rodrigues, 2010).

No que diz respeito à amostra, foi aplicado protocolo de colheita de dados a 431 utentes hipertensos, que para além de preencherem os critérios definidos, se mostraram acessíveis e disponíveis para o estudo, no período de tempo em que decorreu a colheita de dados.

Assim, começamos por referir que as características sociodemográficas dos indivíduos analisados, de uma forma genérica, não nos surpreenderam, já que vão ao encontro do geralmente referenciado na literatura.

Relativamente à prevalência da hipertensão arterial segundo o sexo esta é mais frequente nos homens acima dos 40 anos (Almeida *et al.*, 2004), no entanto a partir de certa altura a balança inclina-se para as mulheres o que vai de encontro aos resultados por nós obtidos neste estudo, em que se verifica uma predominância do sexo feminino, com 56,8% versus 43,2% de utentes do sexo masculino, com idades compreendidas 30 e os 95 anos e uma média de idade de 66,97 anos.

Em consonância também com o estudo realizado por Pérez *et al.* (2007), sobre esta temática em que foram estudados 206 utentes com hipertensão de três clínicas, após a aplicação da pesquisa descobriram que 128 utentes eram do sexo feminino, 78 do sexo masculino e com idades compreendidas entre 41 e 60 anos.

Um dos objetivos deste estudo é verificar se as perturbações do sono são discriminadas pelas características sociodemográficas, optamos por analisar apenas se o género e se a idade

do utente hipertenso influenciam as perturbações do sono e após a análise dos resultados obtidos verificou-se que são as mulheres apresentam níveis superiores de perturbações do sono, com a presença de diferenças estatisticamente significativas que nos permitem aferir que o sexo é preditor das perturbações do sono. O que vai de encontro ao estudo realizado por Ayalon & Cols em 2004 (citado por Menor *et al.*, 2008) em que verificaram o predomínio de perturbações do sono no sexo feminino.

E ainda de acordo com o estudo de Menor *et al.* (2008), o sexo representa um fator fortemente associado às perturbações do sono, sendo as mulheres três vezes mais propensas a padecer de um transtorno do sono que os homens.

Em relação à idade do utente hipertenso observamos que as perturbações do sono são mais elevadas nos utentes mais idosos. Segundo Menor *et al.* (2008), as alterações do sono são mais frequentes nos adultos de idade avançada, estima-se que nas pessoas com mais de 65 anos, metade dos que habitam em casa própria e cerca de 60% dos que habitam em residenciais padecem de algum tipo de transtorno do sono.

As perturbações do sono apresentam elevada prevalência na população em geral e encontram-se associados a perturbações médicas, psicológicas e sociais (Vgontzas & Kales, 1999 citado por Rodrigues, 2010). A elevada percentagem de utentes hipertensos que apresentam perturbações do sono (insônia, ronco e apnéia obstrutiva, entre outras). Existe uma relação direta entre hipertensão e os distúrbios do sono.

Com o objetivo de analisar se as perturbações do sono são influenciadas pela hipertensão, verificou-se que os utentes com a hipertensão controlada apresentam níveis superiores de perturbações do sono, do que nos utentes com hipertensão não controlada, no entanto, não existem diferenças significativas para podermos afirmar que a hipertensão influencia as perturbações do sono.

Vários estudos têm mostrado uma ligação entre sono curto e hipertensão nos adultos (Rodrigues, 2010). Além disso, associações similares com hipertensão têm sido documentados para os distúrbios sono (apneia, insônia, síndrome das pernas inquietas) e para a qualidade do sono. Até o momento, os resultados dos estudos realizados foram um pouco limitados por causa de variações nas populações, desenhos dos mesmos, amostras pequenas, e

um foco em grande parte numa anomalia do sono em um tempo e sua relação com hipertensão (Halász *et al*, 2004 citado por Rodrigues, 2010).

O sono tem função reparadora, de forma que, compreender o fenómeno do sono e seus diversos aspetos e buscar soluções para os seus distúrbios, significa a possibilidade de alcançar um rendimento satisfatório nas tarefas diárias. Sendo assim, tentamos perceber qual é o grau de satisfação dos utentes hipertensos em relação ao seu sono. Verifica-se que a 55,2% dos inquiridos, referem estar satisfeitos com o seu sono, uma percentagem significativa (30,9%) encontra-se insatisfeita com o seu sono.

Como os hábitos do sono podem ser um marcador para o estado da saúde e qualidade de vida, do hipertenso são necessários estudos para melhor compreender esta complexa interação. Por esse motivo é um dos objetivos deste estudo analisar em que medida as perturbações do sono influenciam a qualidade de vida do utente hipertenso. Verificamos que quanto menor forem as perturbações do sono, melhor é a qualidade de vida do utente hipertenso e vice-versa.

Podemos então aferir através do nosso estudo que a qualidade de vida é influenciada pelas perturbações do sono, no entanto dado a escassez de estudos que associem estas duas variáveis não nos é possível comparar com estudos já realizados.

5 - Conclusões

O sono é uma parte importante da nossa vida. Durante o tempo que passamos a dormir ocorrem nos nossos corpos múltiplas alterações fisiológicas que parecem concebidas para proporcionar maior conforto e capacidade de enfrentar o novo dia. A falta de sono é o fator que mais contribui para os acidentes de trânsito e de trabalho. Dormir menos de sete horas por noite pode ser um fator de risco para ambos os sexos. A taxa de morte por doenças isquémicas, enfarte do miocárdio, Hipertensão, cancro é menor em indivíduos que dormem sete ou oito horas por noite (Pérez *et al.*, 2007).

Diversos estudos epidemiológicos têm demonstrado a alta prevalência de distúrbios do sono em diferentes culturas e grupos de doentes, estima-se que cerca de um terço da população irá ter algum tipo de disfunção do sono durante toda a sua vida (Pérez *et al.*, 2007).

As dificuldades no sono dos utentes com HTA são diversas, bem como, a associação entre essas dificuldades e a sua qualidade de vida.

Perante isto, é fundamental a intervenção de enfermagem, para tal, precisamos de identificar precocemente os problemas para os controlar, adotando medidas que tragam benefícios para os utentes. É importante avaliar a qualidade do seu sono e os seus efeitos na sua qualidade de vida.

Devemos explicar ao utente a necessidade de este, verbalizar o problema aos profissionais de saúde. Os profissionais de saúde por sua vez, necessitam de valorizar as perturbações do sono enquanto fator que influencia a qualidade de vida do utente. É importante notar que, quando se trabalha com utentes, que têm uma doença crônica, com é a HTA, o enfermeiro deve ensinar ao utente habilidades que promovam autocuidado, incentivar a adesão ao tratamento. Quando as condições da doença estão sob controlo o utente tem uma boa perceção sobre o seu estado e a qualidade do sono pode melhorar.

Estratégias de promoção e controle dos distúrbios do sono são extremamente importante no complexo padrão que rodeia a doença e pode melhorar a qualidade de vida dos utentes. O enfermeiro pode e deve ajudar os utentes a melhorar seus hábitos de dormir. Além

disso, a escuta ativa, o envolver a família e a participação em grupos sociais, também pode ser útil para evitar problemas de sono e melhorar a sua qualidade.

Alta percentagem de utentes hipertensos tem distúrbios do sono: insônia, ronco e apnéia obstrutiva, etc. Existe uma relação direta entre hipertensão e os distúrbios do sono.

No estudo realizado por Pérez *et al.* (2007), revela que os utentes com distúrbios do sono, apresentam níveis elevados de pressão arterial, principalmente no período da manhã e a maioria dos utentes necessita de recorrer ao uso de medicação para conseguir dormir, nomeadamente às benzodiazepinas.

Face a este percurso investigativo, assente nos objetivos formulados em articulação com as questões que orientam este estudo e a perspetiva teórica, são produzidas algumas conclusões que se passamos a apresentar:

- As mulheres estão mais propensas a perturbações do sono do que os homens;
- Os utentes hipertensos mais idosos são os que apresentam níveis mais elevados de perturbações do sono;
- Dos inquiridos 55,2% encontram-se satisfeitos com o seu sono;
- A hipertensão não é preditora das perturbações do sono;
- A qualidade de vida é influenciada pelas perturbações do sono, quanto maior forem as perturbações do sono pior será a qualidade de vida e vice-versa.

Este estudo teve como limitações o facto de a amostra ter sido por conveniência.

Sugerimos para estudo futuros, investigar a relação dos “distúrbios do sono com os acidentes de viação e de trabalho” e “as perturbações do sono nos profissionais de saúde e as suas implicações na vida pessoal e profissional”, uma vez que em Portugal, existem poucos estudos sobre estas temáticas.

Termina-se este estudo com a convicção de que se atingiram os objetivos propostos, contribuindo para o conhecimento teórico da problemática das perturbações do sono e a qualidade de vida do utente hipertenso. Através dos resultados apresentados esperamos poder iniciar um planeamento estratégico de intervenção, para que os profissionais envolvidos nesta

área possam de uma forma mais eficaz, ajudar a maximizar as capacidades do utente, minimizando as implicações negativas das perturbações do sono, sob o ponto de vista emocional, físico e social.

Referências Bibliográficas

Almeida, Germana Porto, Lindares, Lopes, Heno Ferreira (2004). *Síndrome metabólica e distúrbios do sono*. Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo, 14 (4): 630-635;

AÑEZ, C. R. R. (2003). *Sistema de avaliação para a promoção e gestão do estilo de vida saudável e da aptidão física relacionada à saúde de policiais militares*. 2003. 144f. Tese (Doutorado em Engenharia da Produção) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis;

Bobes, J., González, M.P., Vallejo, J., Sáiz, J., Gilbert, J., Ayuso, J.L. e Rico, F. (1998). *Oviedo sleep questionnaire (OSQ): A new semistructured interview for sleep disorders*. European Neuropsychopharmacology, 8 (suppl.2):S162;

Borges, C., Silva, P. (2008). *O livro da hipertensão - conhecer, prevenir e tratar*. Lisboa, A Esfera dos Livros;

Canãdas, I., Sánchez, A. (1998). *Categorías de respuesta en escalas tipo Likert*. Psicothema, 10 (3);

Carregeta, M. (2006). *Tudo o que se deve saber sobre Hipertensão Arterial*. Clube rei do Coração N.º9 (Setembro);

Chaves, C., Pereira, A., Martins, R., Duarte, J., Dionísio, R. (2010). *O Ensino Superior e a SIDA*. Millenium, (39), pp. 73-87.

Conselho Internacional de Enfermeiro (2005). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Versão B2. Genebra. Copyright;

David, Maria Alcinda Pereira (2008). *Qualidade de vida em doentes com Marcoplesia*;

Direção Geral de Saúde (2003). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares*;

Fundação Portuguesa de Cardiologia (sd). Hipertensão. [Em linha]. Disponível em <http://www.fpcardiologia.pt/hipertensao.aspx> [Consultado em 15/03/2012];

Fortin, M. F. (1999). *O Processo de investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência;

Fortin, M.F. (2003). *O processo da investigação*. Ed. Lusociência- 3ª ed. ISBN: 972-8383-10-X;

Leme, E. A. (2002). *Associação entre parâmetros da monitorização ambulatorial da pressão arterial (mapa-24h), níveis de atividade física e qualidade do sono em hipertensos de difícil controle*. Centro de ciências da saúde faculdade de medicina. Rio de Janeiro;

Merck Shatp & Dohme (2003). *Hipertensão Arterial. O assassino silencioso*. Medicina e Saúde, 4 (N.º 40, Fevereiro), pp. 49-53;

Ministério das Saúde (2006). Hipertensão Arterial [Em linha]. Disponível em <http://www.min.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/doencas/doencas+do+aparelho+circulatorio/hipertensao+arterial.htm> [Consultado em 15/03/2012];

NAHAS, M.V. (2003). *Obesidade, controle de peso e atividade física*. Londrina: Midiograf;;

Pierin, A.G. (2004). *Hipertensão Arterial: Uma proposta para cuidar*. Barueri, Manole;

Pires, S. M.B. (2003). *Hipertensão Arterial*. Ecos Enfermagem. (Julho\Setembro), pp.34-35;

Pérez, S. G.; Martín, A. C. A.; Pérez, L. D.; Vázquez, N. M. L.; Labrador, J. P. (2007). *Trastornos del sueño asociados a la hipertensión arterial*. Sleeping Disorders associated to High Blood Pressure;

Quesada, P. G. M.; Rey de Catro Mujica, J. (2003). *Insomnio en pacientes adultos ambulatorios de medicina interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza*. 68 Rev Med Hered 14 (2);

ROEDER, M. A. (2003). *Atividade Física, saúde mental e qualidade de vida*. Rio de Janeiro: Shape;

Rodrigues, J. A. (2010). *Micro-estrutura do Sono e Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono de grau moderado: Análise de movimentos rápidos dos olhos, micro-alertas e sua relação com a apresentação clínica*. Curso de Mestrado em Ciências do Sono (2ª Edição). Faculdade de Medicina de Lisboa;

Sampieri, R. H. et al. (2003). *Metodología de la investigación*. 3ª ed. México: McGraw- Hill Interamericana;

Sarraís, F.; Manglano P. C.(2007). *El insomnio*. An. Sist. Sanit. Navar. Vol. 30, Suplemento 1;

Urzola, H. L. C.; Córdoba, F. E.; Chabur J. E. (2004). *Evaluación clínica del hipersomnio*. Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. XXXIII / N°. 1.

Anexo I

Instrumento recolha de dados

Devido à sua elevada frequência, as afecções cerebrovasculares representam um importante problema de saúde pública. Estão associadas a elevados gastos com a saúde, absentismo profissional e originam importantes limitações na qualidade de vida. Neste contexto, a Escola Superior de Saúde de Viseu pretende realizar um estudo com o objectivo de avaliar os factores de risco da Hipertensão arterial, sob orientação da Prof.^a Doutora Cláudia Chaves e Prof.^a Ana Andrade. Para tal, solicitamos a sua participação, bastando para isso responder às questões que lhe são colocadas.

As respostas são confidenciais e anónimas, servindo apenas para tratamento estatístico, pelo que não deve assinar nem rubricar o questionário. Para que seja salvaguardada a validade do questionário, pedimos que não deixe nenhuma questão por responder. Gratias pela colaboração!

QUESTIONÁRIO

A – GERAL

1 – Sexo

- Masculino Feminino

2 – Idade: _____ anos

3 – Zona de residência

- Aldeia
 Vila
 Cidade

4 – Habilitações literárias (Pode assinalar várias opções)

- Não sabe ler nem escrever
 Até 4 anos
 5^o-6^o ano
 7^o-9^o ano
 10^o-12^o ano
 Bacharelato
 Licenciatura
 Mestrado
 Doutoramento

5 – Estado civil

- Solteiro
 Casado/União de facto
 Separado
 Divorciado
 Viúvo

6 – Qual é a sua situação profissional?

- Empregado Desempregado Reformado

7 – Qual é a sua profissão? _____

8 – Com quem vive? _____

9 – Pratica alguma religião? Não Sim. Se sim, qual? _____

10 – Em média, qual é o rendimento mensal global do seu agregado familiar?

- <500 euros
 500-1000 euros
 1000-1500 euros
 1500-2000 euros
 >2000 euros

B - Parâmetros

- 1 - Peso atual: _____ kg
2 - Peso na última consulta (há 3 M): _____ kg
3 - Altura: _____ cm
4 - IMC: _____
5 - Perímetro abdominal atual: _____ cm
6 - Tensão arterial atual: _____ mmHg
7 - Avaliada no membro superior ₁ Esquerdo ₂ Direito
8 - Tensão arterial última consulta (há 3 M): _____ mmHg
9 - Avaliada no membro superior ₁ Esquerdo ₂ Direito

C - Questionário de Sono de Oviedo (QSO)

Durante o último mês...

1. Qual o grau de satisfação em relação ao estado do seu sono?

- | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Muito insatisfeito | Bastante insatisfeito | Insatisfeito | Nem insatisfeito, nem satisfeito | Satisfeito | Bastante satisfeito | Muito satisfeito |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. Quantos dias da semana teve dificuldade para...?

2.1. Adormecer

- Nenhum 1 - 2 dias 3 dias 4 - 5 dias 6 - 7 dias

2.2. Permanecer a dormir

- Nenhum 1 - 2 dias 3 dias 4 - 5 dias 6 - 7 dias

2.3. Alcançar um sono reparador

- Nenhum 1 - 2 dias 3 dias 4 - 5 dias 6 - 7 dias

2.4. Despertar à hora habitual

- Nenhum 1 - 2 dias 3 dias 4 - 5 dias 6 - 7 dias

2.5. Quantos dias da semana teve excessiva sonolência?

- Nenhum 1 - 2 dias 3 dias 4 - 5 dias 6 - 7 dias

3. Quanto tempo demora a adormecer depois de se deitar?

- 10 - 15 min 16 - 30 min 31 - 45 min 46 - 60 min Mais de 60 min

4. Quantas vezes acorda durante a noite?

- Nenhuma 1 vez 2 vezes 3 vezes Mais de 3 vezes

4.1. Se acorda, pensa que se deve a...?

- Dores Vontade de urinar Ruídos Outro _____

5. Tem notado que acorda antes do habitual? Se sim, quanto tempo antes?

- Na hora habitual Meia hora antes 1 hora antes 1 a 2 horas antes Mais de 2 horas antes

6. Eficiência do sono (horas dormidas / horas na cama). Em termos médios, quantas horas tem dormido cada noite em relação ao número de horas que tem permanecido habitualmente na cama?

- 91 – 100% 81 – 90% 71 – 80% 61 – 70% 60% ou menos

7. Quantos dias por semana tem estado preocupado(a) ou tem notado cansaço, ou diminuição no funcionamento sócio-laboral por não ter dormido bem na noite anterior?

- Nenhum 1 – 2 dias 3 dias 4 – 5 dias 6 – 7 dias

8. Quantos dias por semana se tem sentido demasiado sonolento(a), deixando-se dormir durante o dia ou dormindo mais do que o habitual à noite?

- Nenhum 1 – 2 dias 3 dias 4 – 5 dias 6 – 7 dias

9. Se tem sentido demasiado sono durante o dia, ou tem períodos de sono diurno, quantos dias por semana tem estado preocupado(a) ou tem notado diminuição no seu funcionamento sócio-laboral por esse motivo?

- Nenhum 1 – 2 dias 3 dias 4 – 5 dias 6 – 7 dias

10. Quantos dias da semana tem, ou têm-lhe dito que tem...?

10.1. Ressonado

- Nenhum 1 – 2 dias 3 dias 4 – 5 dias 6 – 7 dias

10.2. Ressonado com falta de ar

- Nenhum 1 – 2 dias 3 dias 4 – 5 dias 6 – 7 dias

10.3. Movimentos das pernas

- Nenhum 1 – 2 dias 3 dias 4 – 5 dias 6 – 7 dias

10.4. Pesadelos

- Nenhum 1 – 2 dias 3 dias 4 – 5 dias 6 – 7 dias

10.5. Outros _____

- Nenhum 1 – 2 dias 3 dias 4 – 5 dias 6 – 7 dias

11. Durante quantos dias por semana tem tomado medicamentos para dormir, ou utilizado qualquer outro produto, prescrito ou não, para o ajudar a dormir?

- Nenhum 1 – 2 dias 3 dias 4 – 5 dias 6 – 7 dias

11.1. Se utilizou alguma ajuda para dormir, por favor descreva:

D – Questionário da Qualidade de vida dos hipertensos (MINICHAL)

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

Muito obrigada pela colaboração!

Anexo II

Pedido de autorização para aplicação do instrumento de recolha de dados



Ministério da Educação e Ciência
Instituto Politécnico de Viseu
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102
3500-843 VISEU
Telf. 232 419 100
Telem. 961 011 800
Fax 232 428 343

Exmo.(a) Sr.(a)
Diretor(a) Executivo(a)
**Agrupamento de Centros de Saúde Baixo
Vouga I**
Avenida Calouste Gulbenkian, 173
3750-102 ÁGUEDA

VOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:
Processo:	

NOSSA REFERÊNCIA			
Ofício nº	556	Data:	05/06/2012
Processo:	70		

Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final, a Escola Superior de Saúde de Viseu e a mestranda Sandra Figueiredo do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária estão a realizar um estudo subordinado ao tema "**Qualidade de vida dos utentes que frequentam a consulta de hipertensão**". Pretende-se com este estudo avaliar os factores de risco da Hipertensão arterial.

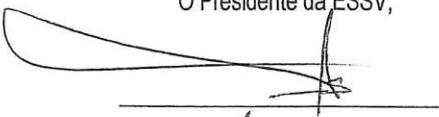
Neste contexto, solicitamos a V. Ex.^a se digne autorizar a recolha de dados/informação junto dos utentes que frequentam a consulta de vigilância de hipertensão, pertencentes ao Centro de Saúde Águeda, no período de junho a outubro de 2012.

Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de Recolha de Dados.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.^a, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que as professoras Doutora Cláudia Chaves e Mestre Ana Andrade são as responsáveis pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telemóvel 962913723 ou pelo telefone 232419100 ou fax (232428343) da ESSV.

Agradecendo desde já a disponibilidades e atenção que possam dispensar ao assunto, subscrevemo-nos com consideração.

O Presidente da ESSV,



Professor Doutor Carlos Pereira

CC/AL