



FATORES ASSOCIADOS COM A QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

FATORES ASSOCIADOS COM A QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

FATORES ASSOCIADOS COM A QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Patricia Costa dos Santos da Silva¹, Silvana Maria Coelho Leite Fava², Juliana Pereira Machado³, Simone Maria Muniz da Silva Bezerra⁴, Michelle Pita Tavares Gonçalves⁵, Eugenia Velludo Veiga⁶

RESUMO

Objetivo: identificar fatores associados à qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas com hipertensão arterial sistêmica. **Método:** estudo transversal com 397 adultos com hipertensão cadastrados na Unidade Estratégia de Saúde da Família de um município do Sul de Minas Gerais, em 2013. Utilizou-se o instrumento MINICHAL para avaliar a qualidade de vida. A pesquisa teve aprovado o projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE: 02313012.4.0000.5393. **Resultados:** foram observadas associações significativas entre as variáveis: sexo masculino, não sabe escrever, não realizou exame de triglicérides, não tem história familiar de diabetes mellitus (DM) e o domínio estado mental; as variáveis: sobrepeso, obesidade, escolaridade, não apresentar diagnóstico de angina, não possuir história familiar de DM e o domínio manifestações somáticas. **Conclusão:** a identificação de fatores associados, como baixa escolaridade, sexo feminino e obesidade, pode favorecer o planejamento adequado das ações de saúde para melhor atender a esse grupo. **Descritores:** Hipertensão; Qualidade de Vida; Enfermagem em Saúde Comunitária.

ABSTRACT

Objetivo: identificar fatores associados à qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas com hipertensão arterial sistêmica. **Método:** estudo transversal com 397 adultos com hipertensão cadastrados na Unidade Estratégia de Saúde da Família de um município do Sul de Minas Gerais, em 2013. Utilizou-se o instrumento MINICHAL para avaliar a qualidade de vida. A pesquisa teve aprovado o projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE: 02313012.4.0000.5393. **Resultados:** foram observadas associações significativas entre as variáveis: sexo masculino, não sabe escrever, não realizou exame de triglicérides, não tem história familiar de diabetes mellitus (DM) e o domínio estado mental; as variáveis: sobrepeso, obesidade, escolaridade, não apresentar diagnóstico de angina, não possuir história familiar de DM e o domínio manifestações somáticas. **Conclusão:** a identificação de fatores associados, como baixa escolaridade, sexo feminino e obesidade, pode favorecer o planejamento adequado das ações de saúde para melhor atender a esse grupo. **Descritores:** Hipertensão; Qualidade de Vida; Enfermagem em Saúde Comunitária.

RESUMEN

Objetivo: identificar fatores asociados a la calidad de vida relacionada a la salud de personas con hipertensión arterial sistémica. **Método:** estudio transversal con 397 adultos con hipertensión cadastrados en la Unidad Estratégia de Salud da Família de um município do Sul de Minas Gerais, em 2013. Utilizou-se o instrumento MINICHAL para avaliar a qualidade de vida. A pesquisa teve aprovado o projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE: 02313012.4.0000.5393. **Resultados:** foram observadas associações significativas entre as variáveis: sexo masculino, não sabe escrever, não realizou exame de triglicérides, não tem história familiar de diabetes mellitus (DM) e o domínio estado mental; as variáveis: sobrepeso, obesidade, escolaridade, não apresentar diagnóstico de angina, não possuir história familiar de DM e o domínio manifestações somáticas. **Conclusão:** a identificação de fatores associados, como baixa escolaridade, sexo feminino e obesidade, pode favorecer o planejamento adequado das ações de saúde para melhor atender a esse grupo. **Descritores:** Hipertensão; Qualidade de Vida; Enfermagem em Saúde Comunitária.

¹Enfermeira, Doutora em Ciências - Área Enfermagem Fundamental, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo/EERP/USP. Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mail: patriciacostaunifenas@hotmail.com; ²Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem, Universidade Federal de Alfenas. Alfenas (MG), Brasil. E-mail: silvanalf2005@yahoo.com.br; ³Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem, Centro Universitário Barão de Mauá- SP. Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mail: jpmachado@usp.br; ⁴Enfermeira, Professora Doutora em Ciências, Programa de Pós-Graduação Associado em Enfermagem/Universidade de Pernambuco/Universidade Estadual da Paraíba/PPGENF/UPE/UEPB. Recife (PE), Brasil. E-mail: simone.muniz@upe.br; ⁵Enfermeira, Pesquisadora, Universidade de São Paulo/EERP/USP. Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mail: michelle.pita@hotmail.com; ⁶Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo/EERP/USP. Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mail: evveiga@eerp.usp.br

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) constituem o mais importante grupo de causas de mortalidade na população adulta. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma importante causa direta ou participante da morbimortalidade por DCV.¹ Análise de dados populacionais realizados em 22 cidades brasileiras nos últimos 20 anos identificaram uma prevalência total de HAS entre 22,3 a 43% (média de 32,5%) entre as faixas etárias de 60 a 69 anos.²

A avaliação da QVRS tornou-se recentemente um importante indicador de saúde e bem-estar das pessoas com HAS. Os resultados dos estudos servem como indicadores nos julgamentos clínicos de doenças crônicas, a fim de se conhecer o impacto da doença sobre as atividades diárias, a influência dos tratamentos com intenção de cura ou paliativos, a obtenção de informações que possibilitem a comparação entre diferentes tipos de tratamentos e promover melhorias dos cuidados e das reabilitações.³

A qualidade de vida (QV) é um conceito subjetivo que sofre a influência de uma diversidade de fatores próprios da natureza humana. O conceito de QVRS busca limitar o estudo desses fatores para aqueles intimamente ligados à condição física, psíquica e social do indivíduo.⁴

No presente estudo, a definição de QVRS baseia-se na perspectiva teórica de que a avaliação da QVRS tem como foco principal o quanto a enfermidade ou condição crônica, além de seus sintomas, interferem na vida diária do indivíduo, o quanto as manifestações da doença ou das intervenções são percebidos pela pessoa afetada, definição também utilizada em estudo que investigou as associações das características sociodemográficas e clínicas com as medidas da QVRS.⁵

A QVRS, por sua vez, é avaliada por meio da aplicação de diversos instrumentos os quais são divididos em dois grupos genéricos ou específicos. Como instrumento específico para avaliar a QVRS das pessoas com HAS, tem sido utilizado o *Mini-Cuestionario de Calidad Vida em Hipertensión Arterial (MINICHAL)*.⁴

Estudos observaram menores escores de QVRS para pessoas com HAS quando comparadas aos que não apresentavam a doença, o que pode estar relacionado às mudanças no estilo de vida, como hábitos alimentares, prática de exercícios físicos, além da própria doença que possui evolução lenta.^{6,7}

Inúmeros estudos têm sido desenvolvidos sobre HAS, no entanto, ainda são escassos os estudos em relação ao conhecimento sobre os fatores de risco associados à QVRS em pessoas com HAS, sendo que a avaliação das preferências das pessoas perante o tratamento proposto é ainda respaldo para tomada de decisões políticas de saúde voltadas à diminuição dos custos gerados pela doença.³

OBJETIVO

- Identificar fatores associados à qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas com hipertensão arterial sistêmica.

MÉTODO

O estudo constitui-se em uma análise transversal de dados coletados entre pessoas com HAS atendidas em uma UESF/Sistema Único de Saúde, de um município do Sul de Minas Gerais. Esse trabalho faz parte de um estudo maior intitulado: “Qualidade de vida relacionada à saúde entre pessoas com hipertensão arterial sistêmica em Unidade de Estratégia de Saúde da Família”, realizado pelo Grupo de Pesquisa Oficina de Projetos em Esfigmomanometria da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP).

A UESF possui 2599 pessoas cadastradas (1207 homens e 1392 mulheres). Dessas, 1956 (890 homens e 1066 mulheres) estavam compreendidas na faixa etária de 18 anos e superior. Deste universo, 512 pessoas (26,1%) com diagnóstico médico de HAS, sendo 210 homens e 302 mulheres.

Primeiramente foi realizado um estudo piloto com 30 pessoas com HAS cadastradas no sistema Hiperdia da UESF e que não fizeram parte do estudo, os quais foram convidados para responderem os itens do instrumento, após consentimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O estudo piloto foi realizado com o objetivo de obter dados para o cálculo da amostra e de verificar a melhor forma de coletar e registrar os dados, identificar a compreensão das pessoas às questões, assim como verificar a necessidade de adequação do vocabulário. Após o estudo piloto, foram realizadas adequações no instrumento, que passou por um processo de refinamento (validação de aparência), com o objetivo de verificar se seus itens representam o universo do conteúdo e se permitem alcançar os objetivos traçados.

A amostra foi por conveniência, uma vez que a UESF foi inserida no estudo por escolha e não por sorteio e foi calculada pelo *Open*

Epi, Version 2, após a realização do estudo piloto. Ao $n=369$ foi acrescentado mais 20% de participantes no sorteio, totalizando 443 pessoas. Esse acréscimo é considerado importante para garantir que, mesmo na ocorrência de perdas, o poder estatístico se mantenha em 80%. Assim, fizeram parte da amostra 443 pessoas com HAS. Da população composta de 512 pessoas com HAS foram sorteadas 443 pessoas com HAS.

Como critérios de inclusão foram considerados: estar cadastrada na UESF, ter 18 anos de idade ou mais e possuir o diagnóstico de HAS. E como critérios de exclusão: pessoa com alteração cognitiva que não se apresentava em condições para responder as questões, ou que após três visitas não se encontravam no domicílio e aquelas que recusaram a participar do estudo. Das 443 pessoas sorteadas para o estudo, 46 não atenderam aos critérios estabelecidos. Assim, a amostra foi constituída por 397 pessoas e as estratégias de visita domiciliária visando ao alcance do objetivo proposto.

Para a coleta de dados foram selecionados entrevistadores (alunos de graduação e enfermeiros), os quais foram treinados pela pesquisadora responsável pelo estudo quanto ao preenchimento do instrumento, a avaliação antropométrica e a medida da pressão arterial (PA).

O instrumento foi preenchido sob a forma de entrevista, em visita domiciliar após agendamento prévio, utilizando um questionário para a coleta de dados demográficos, socioeconômicos e clínicos e instrumento específico MINICHAL para avaliação da QVRS.⁴ Esse instrumento foi traduzido e validado para ser aplicado na população brasileira. As entrevistas foram realizadas entre março e julho de 2013.

As variáveis estudadas foram: sexo, idade, estado marital, renda mensal familiar, número de pessoas no domicílio, escolaridade (em anos de estudo), ocupação, exames realizados (glicemia e triglicérides), tempo de diagnóstico de HAS, alterações clínicas e antecedentes familiares.

Para o cálculo do IMC os dados antropométricos como altura e peso foram mensurados. O peso corporal (Kg) foi verificado com a pessoa trajando roupas leves; em posição ereta; sem calçados; com os pés juntos e os braços posicionados ao longo do corpo; com as palmas das mãos voltadas para a perna.⁸ O peso foi aferido uma única vez, utilizando-se balança digital portátil, com capacidade máxima de 150Kg e variação de 100g. A estatura (cm) foi medida com a fixação de uma fita métrica inelástica em uma

superfície vertical sem rodapés; com o indivíduo descalço; sem adornos na cabeça; em pé; com os calcanhares unidos, e estes com os glúteos, com os ombros e com a cabeça tocaram a superfície vertical da parede, adotando-se a linha de visão horizontal no momento da inspiração.⁸

O índice de massa corporal (IMC) foi calculado com as medidas de peso e de altura, de acordo com a seguinte fórmula $IMC = \text{peso (kg)} / \text{altura}^2 \text{ (cm)}$. Os pontos de corte de IMC adotados foram baixo peso ($IMC < 18,5$); eutrofia ($IMC 18,5-24,9 \text{ Kg/m}^2$); sobrepeso ($25,0 \text{ kg/m}^2 \leq IMC \leq 29,9 \text{ kg/m}^2$) e obesidade ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$).⁹

O MINICHAL avalia os domínios relacionados ao estado mental (nove questões), à manifestações somáticas (sete questões), e apresenta uma questão para verificar como o indivíduo avalia que a HAS e o seu tratamento têm influenciado em sua QVRS.⁴

As respostas dos domínios estão distribuídas em uma escala de frequência do tipo Likert e têm quatro opções de respostas de 0 (Não, absolutamente) a 3 (Sim, muito). Nessa escala, quanto mais próximo a 0 estiver o resultado, melhor a qualidade de vida. O domínio estado mental compreende as questões de 1 a 9, sendo a pontuação máxima de 27 pontos. O domínio manifestações somáticas compreende as questões de 10 a 16 e tem pontuação máxima de 21 pontos.⁴

Os dados foram digitados, em dupla entrada, armazenados em planilha eletrônica *Excel*. A seguir verificou-se a consistência dos campos retornando-se à entrevista original, quando necessário, para correção.

Para a análise estatística, utilizou-se o *software SPSS* versão 15.0. Para as análises considerou-se um nível de significância de 5%. A análise descritiva das variáveis utilizadas foi feita com distribuição de frequências para as categóricas (sociodemográficas/econômicas e clínicas) e uso de medidas de tendência central (média e mediana), de variabilidade (desvio-padrão, dp) e de posição (mínimo e máximo).

A associação entre cada fator e os escores apresentados nos domínios estado mental e manifestações somáticas da escala MINICHAL foram analisados por testes estatísticos, sendo que para comparação das variáveis categóricas foram realizados os testes de *Mann-Whitney* na comparação de dois grupos ou *Kruskall-Wallis* na comparação de três ou mais grupos. Na comparação das variáveis numéricas foi utilizado o coeficiente de correlação de *Spearman*. A escolha dos testes foi baseada na análise pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov* para verificar a

normalidade da variável, com o fim de se utilizar testes paramétricos ou não-paramétricos. Dessa forma, optou-se por utilizar testes não-paramétricos pelo fato de ambos os domínios da escala MINICHAL (estado mental e manifestações somáticas) não apresentarem distribuição normal segundo o teste de normalidade. As variáveis com valor $p<0,15$ foram incluídas no modelo de regressão linear múltipla e mantidas aquelas que apresentaram associação significativa ($p<0,05$). Após ajuste do modelo final, foi avaliado seu ajuste por meio da estimativa do coeficiente de determinação (R^2) e gráficos de diagnóstico.

O estudo teve aprovado o projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), segundo o protocolo CAAE: 02313012.4.0000.5393. Aos participantes da pesquisa foi solicitada a concordância por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo garantido o anonimato e o direito de desistência em qualquer fase da mesma.

RESULTADOS

As características sociodemográficas e clínicas dos 397 participantes do estudo estão apresentados na tabela 1. A idade média dos participantes foi de 64,1 (dp=12,4) anos; com mediana de 64 anos e amplitude que variou entre 19 a 94 anos de idade, a maioria do sexo feminino, casados ou em união estável, e com ensino fundamental incompleto. A média da renda mensal familiar foi de 1.765,92 (dp=1.383,90) reais, com uma mediana de 1.356,00 reais e amplitude que variou entre 250,00 a 10.000,00 reais. Em relação ao número de pessoas que vivem no mesmo domicílio, a média foi de 3 (dp=1,5) pessoas, com uma mediana igual a 3 e uma amplitude que variou entre 1 a 14 pessoas.

Com relação à avaliação da QVRS, por meio do MINICHAL, verificou-se que os valores do domínio estado mental variaram de 0 a 26, com um valor médio de 4,2. Quanto ao domínio manifestações somáticas, os valores variaram de 0 a 18, com um valor médio de 3,4.

Tabela 1. Características sociodemográficas das pessoas com HAS (n=397). Minas Gerais, BR, 2013.

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	244	61,5
Masculino	153	38,5
Idade(anos)		
19 a 29	3	0,8
30 a 39	5	1,3
40 a 49	40	10,0
50 a 59	96	24,2
≥60 a 69	253	63,7
Estado marital		
Solteiro	40	10,1
Casado/união estável	228	57,4
Separado/divorciado	34	8,6
Viúvo	95	23,9
Renda mensal familiar (em reais)		
<678,00	37	9,6
678,00 a 1356,00	190	49,2
1357,00 a 2.034,00	85	22,0
2.035,00 a 2.712,00	23	5,9
2.713,00 a 3.390,00	19	5,0
3.391,00 a 4.068,00	11	2,8
4.069 a 4.746,00	2	0,5
>4.746,00	19	5,0
Não informaram	11	2,8
Número de pessoas no domicílio		
1 a 3	260	65,5
4 a 6	131	32,9
7 a 9	3	0,8
≥ 10	3	0,8
Escolaridade		
Analfabeto	31	7,8
Ensino fundamental incompleto	210	53,0
Ensino fundamental completo	76	19,1

Ensino médio incompleto	16	4,0
Ensino médio completo	37	9,3
Ensino superior completo	27	6,8
Ocupação		
Com atividade remunerada	105	26,4
Sem atividade remunerada	292	73,6

Na tabela 2 são apresentados os fatores sociodemográficos, a realização de exames laboratoriais de glicemia e triglicérides, doenças cardiovasculares e orientações para perder o peso, o índice de massa corporal (IMC), a historia familiar para HAS, diabetes mellitus (DM), acidente vascular encefálico (AVE) e morte súbita e a associação aos resultados dos domínios estado mental e manifestações somáticas da escala MNICHAL. As variáveis sexo, sabe ler, sabe escrever e trabalhou na última semana apresentou associação significativa entre os domínios estado mental e manifestações somáticas da escala MINICHAL.

A realização de glicemia, de triglicérides e o diagnóstico de angina apresentou associação significativa com o domínio estado mental. Os escores de QVRS no domínio estado mental foram mais elevados entre os participantes que não fizeram exames de glicemia e triglicérides e que tem diagnóstico de angina do peito, o que significa que entre os indivíduos que não realizam os exames

laboratoriais de glicemia e triglicérides para controle apresentaram pior QVRS (Tabela 2).

Para o domínio manifestações somáticas houve associação significativa ($p<0,05$) apenas para o diagnóstico de angina. O IMC apresentou associação significativa ($p<0,001$) apenas para o domínio manifestações somáticas da escala MINICHAL, sendo que os valores medianos do domínio manifestações somáticas foram mais elevados entre os participantes obesos (Tabela 2).

Os antecedentes familiares relacionados a HAS, DM , IAM/angina do peito, AVE e morte súbita tiveram associação significativa com o domínio estado mental ($p<0,05$). Em todos os casos, os indivíduos com algum tipo de antecedente familiar tiveram maiores escores no domínio estado mental o que significa pior QVRS (Tabela 2).

A mesma relação foi observada para o domínio manifestações somáticas, entretanto, nesse caso apenas a história familiar de DM, AVE e morte súbita foram significativas ($p<0,05$).

Tabela 2. Fatores sociodemográfios, realização de exames laboratoriais, doenças cardiovasculares e orientações para perder o peso, fatores antropométricos (categorizados) e antecedentes familiares associados aos resultados dos domínios estado mental e manifestações somáticas da escala MINICHAL. Minas Gerais, BR, 2013.

Variáveis	Estado mental				Manifestações somáticas			
	P25 ^s	Mediana	P75 ^t	Valor-p	P25	Mediana	P75	Valor-p
Sexo								
Feminino	1,0	3,0	8,0	<0,001*	0,0	2,5	6,0	0,009*
Masculino	0,0	2,0	4,0		0,0	2,0	4,0	
Estado marital								
Solteiro	0,0	2,0	5,7	0,916**	0,0	2,5	6,0	0,743**
Casado/união estável	1,0	2,0	5,0		0,0	2,0	5,0	
Septarado/divorciado	0,0	2,0	11,2		0,0	3,0	5,0	
Viúvo	1,0	3,0	6,0		0,0	2,0	5,0	
Sabe ler								
Sim	0,5	2,0	5,0	0,008*	0,0	2,0	5,0	0,008*
Não	1,2	3,5	9,7		1,0	3,5	8,0	
Sabe escrever								
Sim	0,0	2,0	5,0	0,001*	0,0	2,0	5,0	0,004*
Não	2,0	4,0	11,0		1,0	4,0	7,7	
Trabalhou na semana passada								
Sim	0,00	2,00	4,5	0,027*	0,0	2,0	4,0	0,055*
Não	1,0	3,0	7,0		0,0	2,0	5,0	
Fez exame de glicemia								
Sim	1,0	2,0	6,0	0,001*	0,0	2,0	5,0	0,205*
Não	5,0	10,0	12,5		2,0	4,0	7,0	
Fez exame de triglicérides								
Sim	1,0	2,0	6,0	0,004*	0,0	2,0	5,0	0,734*
Não	5,0	11,0	13,0		1,5	2,5	5,0	
Foi diagnosticado com infarto								
Sim	1,0	2,0	7,0	0,485*	0,0	2,0	5,0	0,579*
Não	1,0	2,0	5,3		0,0	2,0	5,0	
Foi diagnosticado								

com angina								
Sim	2,0	5,0	9,0	0,006*	2,0	5,0	11,5	<0,001*
Não	1,0	2,0	5,0		0,0	2,0	5,0	
Fez cirurgia do coração								
Sim	0,0	3,0	8,8	0,815*	0,3	2,0	4,8	0,834*
Não	1,0	2,0	6,0		0,0	2,0	5,0	
IMC								
Baixo peso	3,0	5,0	7,8	0,399**	0,0	1,0	3,8	<0,001**
Eutrofia	1,0	3,0	7,0		0,0	2,0	4,0	
Sobrepeso	0,0	2,0	5,0		0,0	2,0	4,0	
Obesidade	1,0	2,0	6,0		1,0	3,0	7,0	
História familiar de hipertensão								
Sim	1,0	3,0	6,0	<0,001*	0,0	2,0	5,0	0,154*
Não	0,0	1,0	3,0		0,0	2,0	4,0	
História familiar de Diabetes mellitus								
Sim	1,0	3,0	8,0	0,001*	0,0	2,0	5,5	0,003*
Não	0,0	2,0	4,0		0,0	2,0	4,5	
História familiar de AVE								
Sim	1,0	3,0	7,5	0,014*	0,0	3,0	6,0	0,035*
Não	0,0	2,0	5,0		0,0	2,0	4,0	
História familiar de Morte Súbita								
Sim	1,0	3,0	8,0	0,016*	0,0	3,0	7,0	0,030*
Não	0,0	2,0	5,0		0,0	2,0	4,5	

*Teste de Man-Whitney **Teste Kruskal Wallis; [§]Percentil 25; [€]Percentil 75

A Tabela 3 apresenta os resultados dos fatores associados aos domínios estado mental e manifestações somáticas da escala MINICHAL, após regressão linear múltipla. As variáveis que permaneceram no modelo final associadas ao domínio estado mental, foram: sexo, sabe escrever, fez exame de colesterol, diagnostico de angina e história familiar de DM.

Nos homens foi observado um escore 1,8 unidades menor que nas mulheres. Já entre os participantes que não sabem ler e escrever tem 2,04 unidades a mais no escore de QVRS. Aqueles que não fizeram exame de triglicérides têm escores 3,77 unidades mais elevados que as pessoas que fizeram esse exame. Os participantes sem diagnóstico de angina tem um escore 1,94 unidades menor que aqueles com essa doença. Por fim, os participantes sem história familiar de DM têm um escore do estado mental 1,45 unidades menor que as pessoas com esse tipo de história familiar.

Em resumo, foi observada uma QVRS inferior (isto é, maiores escores da escala estado mental) entre as mulheres, entre aqueles que não sabem escrever, que não fizeram exame de triglicérides, que foram diagnosticados com angina e que tem história familiar de DM.

Deve-se ressaltar que o modelo apresentado explica 10% da variabilidade dos dados.

As variáveis que permaneceram associadas ao domínio manifestações somáticas da escala MINICHAL, conforme apresentado na Tabela 3, foram: IMC, escolaridade, diagnostico de angina e história familiar de DM.

As pessoas obesas têm um escore 1,64 unidades mais elevado do que aquelas que apresentaram peso normal. É importante ressaltar que a categoria sobrepeso não chegou a ser significativa. Além disso, com o aumento de 1 ano de escolaridade há uma redução de 0,19 nos escores do domínio manifestações somáticas. As pessoas sem diagnóstico de angina têm um escore 2,75 unidades menor que aquelas com essa doença. Por fim, pessoas sem história familiar de DM têm um escore do domínio manifestações somáticas 0,94 unidades menor que as pessoas com esse tipo de história familiar.

Uma pior da QVRS foi observada (isto é, maiores escores da escala manifestações somáticas) entre pessoas obesas, com menor escolaridade, que foram diagnosticadas com angina e que tem história familiar de DM. Deve-se ressaltar que o modelo apresentado explica 15% da variabilidade dos dados.

Tabela 3. Análise multivariada (regressão linear) avaliando os fatores associados aos resultados da escala MINICHAL - domínios estado mental e manifestações somáticas. Minas Gerais, BR, 2013.

IC 95% para coeficiente				
MINICHAL	Valor-p	Coeficiente	Limite inferior	Limite superior
Estado mental				
Sexo masculino	0,001	-1,80	-2,84	-0,77
Não sabe escrever	0,004	2,04	0,64	3,45
Não fez exame de triglicérides	0,069	3,77	-0,30	7,84
Não foi diagnosticado com angina	0,026	-1,94	-3,65	-0,24
Não tem história familiar de diabetes mellitus	0,005	-1,45	-2,47	-0,44
Manifestações somáticas				
Sobrepeso	0,839	-0,10	-1,02	0,83
Obesidade	0,001	1,64	0,69	2,59
Escolaridade (em anos de estudo)	0,001	-0,19	-0,29	-0,08
Não foi diagnosticado com angina	0,000	-2,75	-3,96	-1,54
Não tem história familiar de diabetes mellitus	0,010	-0,94	-1,66	-0,23

DISCUSSÃO

A intenção deste estudo foi identificar fatores associados à QVRS de pessoas com HAS atendidas em uma UESF. Quanto ao perfil sociodemográfico, foram estudados os seguintes fatores: sexo, idade, estado marital, escolaridade, renda mensal familiar, número de pessoas que vivem no mesmo domicílio, escolaridade e ocupação.

Quanto ao sexo, a maioria dos participantes eram mulheres e com idade superior ou igual a 60 anos. Este dado também foi semelhante aos encontrados em outros estudos envolvendo pessoas com HAS.^{3,10-1}

O percentual mais acentuado de HAS encontrado entre as mulheres pode estar relacionado à maior tendência para o autocuidado e a maior busca pelos serviços de saúde quando comparado aos homens. O baixo percentual dos homens na amostra estudada, de um modo geral, aponta para a necessidade de maior articulação entre a utilização dos sistemas de informações epidemiológicas com a área da produção científica, visando ao aperfeiçoamento de elaboração, avaliação e monitoramento de políticas voltadas à saúde do homem.¹²

A variável sexo, de acordo com a análise da regressão linear múltipla apresentou diferença estatisticamente significativa apenas no domínio estado mental da escala MINICHAL. Assim, verificou-se que os escores medianos de QVRS foram mais elevados entre as mulheres, o que caracteriza uma menor QVRS nas mulheres com HAS.

Outros estudos com pessoas com HAS desenvolvidos no Brasil^{4,10} e em outros países¹³⁻¹⁴ também relataram ter encontrado escores médios mais elevados no domínio estado mental do MINICHAL para as mulheres,

ou seja, uma pior QVRS das mulheres com HAS, quando comparadas a dos homens com HAS. Estudos mostram que as mulheres referem com mais frequência sentimentos de insatisfação e frustração, o que influi na QVRS, especialmente no domínio psicológico.¹⁰ Além disso, homens possuem em geral melhor capacidade para tolerar doenças crônicas sem serem afetados emocionalmente.^{10,15} Na presente investigação, observou-se, por meio da análise de regressão linear múltipla que não houve associação significativa entre a idade e os domínios estado mental e manifestações somáticas da escala MINICHAL.

O estado marital não apresentou associação significativa entre ambos os domínios da escala MINICHAL. Estudos internacionais encontraram dados semelhantes com relação aos resultados apresentados anteriormente, ou seja, também não encontraram associação significativa entre o estado marital e a QVRS.¹⁶⁻¹⁷

Quanto à escolaridade a maioria possuía o ensino fundamental incompleto, o que reflete uma baixa escolaridade entre os participantes do estudo. Estes dados estão em consonância a outros estudos em que as pessoas com HAS têm menos de quatro anos de estudo.^{7,18,19} Neste contexto, a equipe multiprofissional deve identificar as possíveis dificuldades relacionadas ao tratamento da HAS, pois a baixa escolaridade pode ser um obstáculo a compreensão e a aprendizagem sobre as orientações recebida.⁷

As pessoas com HAS que não sabem ler ou não sabem escrever apresentaram uma QVRS inferior quando comparadas àquelas que sabem ler ou escrever. Estudo internacional aponta a baixa escolaridade e o *status* socioeconômico como fatores determinantes para as DCV, destacam que tais fatores podem

apresentar um efeito sobre os eventos de risco psicossocial associado à doença arterial coronariana, ou seja, as pessoas com dificuldades socioeconômicas e baixo nível de escolaridade podem ter o prognóstico afetado negativamente a longo prazo bem como a qualidade de vida.²⁰

Com relação aos fatores sociodemográficos numéricos, a escolaridade permaneceu associada apenas ao domínio manifestações somáticas, ou seja, quanto maior a escolaridade menor os escores da escala MINICHAL e conseqüentemente melhor a QVRS entre as pessoas com HAS que relataram mais anos de estudo. Da mesma forma, os resultados de validação da escala MINICHAL realizada na Espanha evidenciaram uma associação entre um menor nível de escolaridade e o domínio manifestações somáticas.¹³

De acordo com os resultados, a renda familiar mensal não permaneceu no modelo final associada aos domínios estado mental e manifestações somáticas da escala MINICHAL.

Investigação desenvolvida na Turquia, que teve como objetivo avaliar a QVRS por meio do instrumento SF-36 entre pessoas com *diabetes mellitus*, HAS e obesidade, encontrou 17,9% com renda inferior a um salário mínimo, 59,7% entre um a dois salários mínimos e 22,5% com mais de dois salários mínimos.²¹ Conforme os resultados apresentados nesse estudo houve associação estatisticamente significativa entre a renda e o componente físico. Por outro lado, tal estudo utilizou o instrumento SF-36 para avaliar a QVRS diferente do presente estudo que utilizou o instrumento específico MINICHAL.

Nos países em desenvolvimento, como a Turquia, é evidente que a baixa renda possui um efeito negativo sobre a QVRS. Os autores reforçam que principalmente os enfermeiros, não devem ignorar esse fator ao proporcionar cuidados aos seus pacientes. O cuidado de enfermagem é importante não só para o controle da própria doença e prevenção de complicações advindas de comorbidades associadas, mas também é primordial para a melhoria da QVRS.²¹

Em relação à ocupação, a maioria mencionou não realizar atividade remunerada, este dado pode ser atribuído ao fato da maioria dos entrevistados ser do sexo feminino e exercer atividade do lar. Entretanto, essa variável não permaneceu no modelo final associado aos domínios da escala MINICHAL.

Estudo internacional com pessoas hipertensas mostra em relação à ocupação dos

participantes do estudo, 37,1% estavam desempregados, 13% empregados, 26,7% funcionários públicos, 12,2% possuíam negócio próprio (autônomo), 10,6% outros. Os autores também não encontraram associação estatisticamente significativa entre a ocupação e o componente físico e mental da escala SF-36.²²

Quanto ao tempo de diagnóstico da HAS, o resultado foi semelhante ao resultado encontrado em estudo brasileiro²² que avaliou por meio da escala MINICHAL a QVRS entre pessoas com HAS sedentárias atendidas em ambulatório, e pessoas com HAS regularmente ativas participantes de programas de exercícios físicos, a média do tempo de diagnóstico foi de 10,5 (dp =7,7) anos entre as pessoas com HAS sedentárias e 10,4 (dp=6,3) anos entre as pessoas com HAS ativas. Em outro estudo que utilizou o MINICHAL para avaliar a QVRS entre pessoas com HAS, encontrou como média de tempo de diagnóstico da HAS de 9,39 (dp=7,32) anos.¹⁰ O tempo de diagnóstico da HAS não permaneceu no modelo final associado ao domínio estado mental e manifestações somáticas da escala MINICHAL.

Estudo afirma que pessoas com HAS com longo tempo de tratamento apresentavam dificuldades em identificar o diagnóstico da condição crônica ou mesmo em aceitá-la, pela falta de compreensão relativa à doença.²³

Em relação às alterações clínicas, a maioria das pessoas com HAS realizou exame de glicemia e triglicérides. Os escores de QVRS no domínio estado mental, na análise univariada, foram mais elevados entre os indivíduos que não fizeram exames de glicemia ou triglicérides, ou seja, apresentaram QVRS inferior àqueles que já realizaram.

Ainda para a variável “realizou o exame de triglicérides”, na análise multivariada, permaneceu no modelo final associado estatisticamente ao domínio estado mental. Não foram encontrados até o momento trabalhos na literatura científica realizados com o instrumento específico, MINICHAL, que analisassem a associação de tal variável com a QVRS, o que impossibilita a comparação dos resultados aqui apresentados com outros estudos nacionais e internacionais.

No presente estudo, apesar da maioria das pessoas com HAS, já terem realizado exame de triglicérides, uma parcela pequena permanece sem ter realizado este exame. Sendo que estudos apontam a dislipidemia como uma comorbidade com alta prevalência.^{10,24}

Estudo realizado na cidade de Curitiba, que tinha como objetivo avaliar a influência de variáveis sociodemográficas, clínicas, conhecimento sobre a doença, complexidade da farmacoterapia anti-hipertensiva e adesão ao tratamento na QVRS e no controle dos níveis pressóricos entre pessoas com HAS, verificou que numa amostra de 191 pacientes, a dislipidemia apareceu em terceiro lugar com prevalência de 25% na amostra.²⁴

No presente estudo apesar de não ter sido questionado sobre a presença de DM, mas sim sobre a realização de exame de glicemia, a maioria dos participantes relatou que já havia realizado tal exame, entretanto, verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre as pessoas que não haviam realizado exame de glicemia e os escores de QVRS no domínio estado mental, assim àqueles que já realizaram o exame apresentaram melhor QVRS. Essa variável permaneceu no modelo final associada ao domínio estado mental.

A HAS por ser uma doença crônica apresenta características específicas como: evolução clínica longa e lenta, história natural prolongada, complicações e está frequentemente associada a várias comorbidades.^{10,24}

Estudo brasileiro mostrou que a DM, esteve presente em quase um quarto da amostra (23%).^{10, 24} Mediante esses achados que a literatura apresenta, questionar se as pessoas realizam os exames preventivos que permitam identificar níveis glicêmicos e triglicérides elevados faz-se necessário.

Quanto às doenças cardiovasculares, a maioria das pessoas com HAS que participaram deste estudo referiram não ter apresentado IAM prévio. Em relação à variável angina do peito houve associação significativa entre os domínios estado mental e manifestações somáticas da escala MINICHAL, ou seja, as pessoas com HAS que não possuíam diagnóstico de angina do peito, na análise de regressão linear múltipla, apresentaram um escore 1,94 unidades menor do que aqueles com esse problema, ou seja, as pessoas que possuíam diagnóstico de angina do peito apresentam no domínio estado mental e manifestações somáticas pior percepção em relação a QVRS

Estudo que agrupou nas análises das pessoas com HAS, os eventos cardíacos como angina do peito, IAM e revascularização do miocárdio, a fim de avaliar a sua contribuição para a QVRS por meio da escala SF-36, tendo como resultado uma associação entre o IAM com o componente emocional da escala SF-36 e não com o componente físico em pessoas com HAS. Em cardiopatas, quando a HAS é

considerada comorbidade e não fator de risco, a maioria dos domínios da escala SF-36 e particularmente o componente físico, apresentou escore mais baixo, o que significa uma pior QVRS nesse componente.²⁵

Em relação ao AVE não houve associação significativa entre ambos os domínios da escala MINICHAL. Estudo brasileiro sobre QVRS entre pessoas com HAS, investigou nove comorbidades, dentre elas o DM, insuficiência renal, IAM, insuficiência cardíaca congestiva, AVE, insuficiência coronariana obstrutiva, angina do peito, obesidade e doença vascular periférica. A constatação dessas comorbidades entre as pessoas que participaram do estudo foi realizada por meio dos prontuários destes. Assim como no presente estudo, o IAM e o AVE, com exceção da angina do peito, não apresentaram associação significativa com os escores da escala de QVRS, entretanto o autor utilizou a escala SF-36 para mensurar a QVRS e investigou outras comorbidades que não foram avaliadas no presente estudo.³

Outro estudo brasileiro sobre QVRS entre pessoas com HAS, que utilizou o MINICHAL como instrumento para mensurar a QVRS, encontrou resultado semelhante ao presente estudo em relação às comorbidades e fatores de risco cardiovascular: obesidade, depressão, IAM, AVE, insuficiência renal, DM, dislipidemia dentre outros, as que não tiveram diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) com a QVRS foram: IAM, AVE, insuficiência renal, DM e dislipidemia.¹⁰

Estudo internacional que avaliou e comparou a QVRS utilizando o instrumento SF-36 entre pessoas com HAS, DM e obesidade, encontrou 43,4% pessoas com antecedentes familiares de HAS, entretanto não houve diferença estatisticamente significativa entre os antecedentes familiares de HAS e os domínios do SF-36.²² No presente estudo também não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os antecedentes familiares de HAS, AVE e morte súbita e os domínios do MINICHAL, com exceção dos antecedentes familiares para DM que apresentou associação significativa em ambos os domínios da escala MINICHAL.

Dessa forma, vale mencionar que, devido à escassez de pesquisas que investigaram a associação da história familiar de DM e a QVRS em pessoas com HAS, considerou-se importante comparar os resultados da presente investigação com um estudo desenvolvido em outro país.²² No entanto, os dados divergem, pois nesse estudo não houve diferença estatisticamente significativa entre a variável “história familiar de DM” e os componentes da escala SF-36. Nessa

Silva PCS da, Fava SMCL, Machado JP et al.

Fatores associados com a qualidade de vida...

investigação a amostra composta por 1.601 participantes, apenas 65,6% apresentavam HAS. A avaliação da história familiar entre as pessoas com HAS permanece uma questão a ser explorada.

Um resultado importante encontrado no presente trabalho foi que a obesidade e o sobrepeso apresentaram diferença estatisticamente significativa apenas no domínio manifestações somáticas da escala MINICHAL, ou seja, as pessoas com HAS que apresentaram obesidade têm escores 1,64 mais elevados do que àqueles que apresentam o peso normal.

Estudo realizado no Brasil apontou QVRS inferior entre pessoas obesas com HAS, tanto no SF-36 (nos domínios Vitalidade, Aspectos Sociais e Saúde Mental) como nos dois domínios do MINICHAL.^{10,24} Outro estudo identificou que a obesidade e DM parecem influenciar a QVRS dos participantes. Aqueles que não possuíam nenhuma dessas comorbidades apresentaram médias maiores dos escores em todos os domínios do SF-36. Em relação à obesidade, exceto aspectos físicos, estado geral de saúde e aspectos emocionais, os resultados não foram estatisticamente significativas. Ainda nesse estudo, as pessoas com HAS que não têm DM e obesidade possuíam melhor QVRS, se comparados com as pessoas com HAS que possuíam uma dessas comorbidades.³

As limitações deste estudo que merecem ser enfatizadas incluem o desenho metodológico transversal da pesquisa, que não permite um adequado estabelecimento da relação causa-efeito dos achados, ou seja, de caracterizar a conexão causal entre a exposição a um fator e adoecimento e sinalizar a direção da relação eventualmente observada, assim como a sequência temporal dos eventos, sem informações adicionais. Por outro lado, destaca-se a importância da realização de estudos transversais, para descrever características de uma determinada população e, ainda explorar possíveis associações entre as variáveis dependentes e independentes. O estudo foi realizado em uma única UESF, limitando a generalização dos resultados e dificultando a representatividade da população de pessoas com HAS.

CONCLUSÃO

Em conclusão, os resultados do presente estudo mostram que alguns fatores, como o sexo masculino, não saber escrever, não ter realizado exame de triglicérides, não apresentar angina do peito, não ter história família de DM, associaram-se significativamente ao pior escore do domínio

estado mental da escala MINICHAL, de forma consistente ao observado na literatura. O sobrepeso, a obesidade, a baixa escolaridade, não apresentar diagnóstico de angina do peito e não ter história família de DM foram os fatores que apresentaram associação consistente com a pior QVRS no domínio manifestações somáticas da escala MINICHAL, o que mostra a importância de se conhecer o perfil de morbidade das pessoas com HAS e assim minimizar o efeito dessas condições na QVRS das pessoas com HAS.

REFERÊNCIAS

1. Santa-Helena ET, Nemes MIB, Eluf Neto J. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. Cad Saúde Pública [Internet]. 2010 [cited 2014 Sept 18];26(12):2389-98. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n12/17.pdf>
2. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes brasileiras de hipertensão. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2010 [cited 2014 Sept 18];95(Suppl 1):1-51. Available from: <http://www.arquivosonline.com.br/2007/8903/pdf/8903012.pdf>
3. Magnabosco P, Nogueira MS. Health-related quality of life among patients with arterial hypertension. REME Rev Min Enferm [Internet]. 2009 [cited 2014 Sept 18];13(2):225-31. Available from: http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4c0e49f32d824.pdf
4. Schulz RB, Rossignoli P, Correr CJ, Fernández-Llímós F, Toni PM. Validação do mini-questionário de qualidade de vida em hipertensão arterial (MINICHAL) para o português (Brasil). Arq Bras Cardiol [Internet]. 2008 [cited 2014 Sept 18];90(2):139-44. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v90n2/a10v90n2.pdf>
5. Carvalho ARS, Ciol MA, Tiu F, Rossi LA, Dantas RAS. Anticoagulação oral: impacto da terapia na qualidade de vida relacionada à saúde ao longo de seis meses. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2013 [cited 2014 Sept 18];21:105-12. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_14.pdf
5. Trevisol DJ, Moreira LB, Fuchs FD, Fuchs SC. Health-related quality of life is worse in individuals with hypertension under drug treatment: results of population-based study. J Hum Hypertens [Internet]. 2012 [cited 2014 Sept 18];26(6):374-80. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21593782>

6. Tavares DMS, Martins NPF, Dias FA, Diniz MA. Qualidade de vida de idosos com e sem hipertensão arterial. Rev Eletrônica Enferm [Internet]. 2011 [cited 2014 Sept 18];13(2):211-18. Available from: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/10876/9622>

7. Peres MA, Masiero AV, Longo GZ, Rocha GCd, Matos IB, Najnie K, et al. Auto-avaliação da saúde em adultos no Sul do Brasil. Rev Saúde Pública [Internet]. 2010 [cited 2014 Sept 18];44(5):901-11. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n5/1283.pdf>

8. World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: World Health Organization [Internet]. 1995 [cited 2014 Sept 18]; (WHO Technical Report Series, 854). Available from: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_854.pdf?ua=1

9. Carvalho MA, Silva IB, Ramos SB, Coelho LF, Gonçalves ID, Figueiredo Neto JA. Qualidade de Vida de pacientes hipertensos e comparação entre dois instrumentos de medida de QVRS. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2012 [cited 2014 Sept 18];98(5):442-51. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abc/2012nahead/aop03112.pdf>

10. Bezerra SMMS, Veiga EV. Quality of life among people with hypertension served in units of family health strategies. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2013 [cited 2014 Sept 18];7(12):7055-63. Available from: <file:///C:/Users/Patricia/Downloads/5203-50876-1-PB.pdf>

11. Schwarz E, Gomes R, Couto MT, Moura EC, Carvalho AS, Silva SFC. Política de saúde do homem. Rev Saúde Pública [Internet]. 2012 [cited 2014 Sept 18];46(Suppl 1):108-16. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46s1/co4221.pdf>

12. Badia X, Roca-Cusachs A, Dalfó A, Gascón G, Abellán J, Lahoz R, et al. Validation of the short form of the Spanish Hypertension Quality of Life Questionnaire (MINICHAL). Clin Ther [Internet]. 2002 [cited 2014 Sept 18];24(12):2137-54. Available from:

2. <http://www.scielo.br/pdf/abc/v90n2/a10v90n2.pdf>

13. Roca-Cusachs A, Badia X, Dalfó A, Gascón G, Abellán J, Lahoz R, et al. Relación entre variables clínicas y terapéuticas y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con hipertensión arterial: Estudio MINICHAL. Med

Clin (Barc) [Internet]. 2003 [cited 2014 Sept 18];121(1):12-7. Available from: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13048476&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=2&ty=150&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=2v121n01a13048476pdf001.pdf

14. Youssef RM, Moubarak II, Kamel MI. Factors affecting the quality of life of hypertensive patients. East Mediterr Health J [Internet]. 2005 [cited 2014 Sept 18];11(1-2):109-18. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16532679>

15. Theodorou M, Kaitelidou D, Galanis P, Middleton N, Theodorou P, Stafylas P, et al. Quality of life measurement in patients with hypertension in Cyprus. Hellenic J Cardiol [Internet]. 2011 [cited 2014 Sept 18];52(5):407-15. Available from: http://www.hellenicjcardiol.org/archive/full_text/2011/5/2011_5_407.pdf

16. Maatouk I, Wild B, Herzog W, Wesche D, Schellberg D, Schöttker B, et al. Longitudinal predictors of health-related quality of life in middle-aged and older adults with hypertension: results of a population-based study. J Hypertens [Internet]. 2012 [cited 2014 Sept 18];30(7):1364-72. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22573129>

17. Silva AM, Silva DF, Duarte GGM, Veiga EV, Silva PCS. Avaliação da depressão e do estilo de vida de idosos hipertensos. Rev Eletrônica Enferm [Internet]. 2013 [cited 2014 Sept 18];15(2):368-74. Available from: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/17034/14788>

18. Silva PCS, Monteiro LA, Graciano ADS, Terra FS, Veiga EV. Avaliação da depressão em idosos com hipertensão arterial sistêmica. Rev Rene [Internet]. 2014 [cited 2014 Sept 18];15(1):151-7. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1570/pdf>

19. Skodova Z, Nagyova I, van Dijk JP, Sudzinova A, Vargova H, Studencan M, et al. Socioeconomic differences in psychosocial factors contributing to coronary heart disease: a review. J Clin Psychol Med Settings [Internet]. 2008 [cited 2014 Sept 18];15(3):204-13. Available from: http://download.springer.com/static/pdf/104/art%253A10.1007%252Fs10880-008-9117-8.pdf?auth66=1411246697_23a0aac62866d0283fbfec2d26aaa624&ext=.pdf

20. Ucan O, Ovayolu N. Relationship between diabetes mellitus, hypertension and obesity, and health-related quality of life in

Silva PCS da, Fava SMCL, Machado JP et al.

Fatores associados com a qualidade de vida...

Gaziantep, a central south-eastern city in Turkey. J Clin Nurs [Internet]. 2010 [cited 2014 Sept 18];19(17/18):2511-9. Available from:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2010.03295.x/pdf>

21. Bündchen DC, Santos RZ, Antunes MH, Souza CA, Herdy AH, Benetti M, et al. Qualidade de vida de hipertensos em tratamento ambulatorial e em programas de exercício físico; Quality of life among hypertensive patients in outpatient treatment and exercise programs. Rev Bras Cardiol [Internet]. 2010 [cited 2014 Sept 18];23(6):344-50. Available from:

http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2010_06/a2010_v23_n06_05daiana.pdf

22. Brito DMS, Araújo TL, Galvão MTG, Moreira TMM, Lopes MVO. Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. Cad Saúde Pública [Internet]. 2008 [cited 2014 Sept 18];24(4):933-40. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n4/25.pdf>

23. Melchior AC, Correr CJ, Pontarolo R, Santos FOS, Paula e Souza RA. Quality of life in hypertensive patients and concurrent validity of Minichal-Brazil. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2010 [cited 2014 Sept 18];94(3):357-64. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/abc/v94n3/13.pdf>

24. Lalonde L, O'Connor A, Joseph L, Grover SA. Health-related quality of life in cardiac patients with dyslipidemia and hypertension. Qual Life Res [Internet]. 2004 [cited 2014 Sept 18];13(4):793-804. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15129889>

Submissão: 18/09/2014

Aceito: 10/04/2015

Publicado: 01/05/2015

Correspondência

Patrícia Costa dos Santos da Silva
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP
Av. Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário da USP
Bairro Monte Alegre
CEP 14040-902 – Ribeirão Preto (SP), Brasil