

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

MARIA VIRGÍNIA DE CARVALHO

**Qualidade de vida de pacientes hipertensos de um centro de referência no
tratamento de hipertensão arterial**

**Goiânia
2012**

MARIA VIRGÍNIA DE CARVALHO

**Qualidade de vida de pacientes hipertensos de um centro de referência no
tratamento de hipertensão arterial**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás para obtenção do Título de Doutor em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Paulo César Brandão Veiga Jardim
Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Luiza Lima Sousa

**Goiânia
2012**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
GPT/BC/UFG

C33 q Carvalho, Maria Virgínia.
Qualidade de vida de pacientes hipertensos de um
centro de referência no tratamento de hipertensão arterial /
Maria Virgínia de Carvalho. - 2012.
105 f

Orientador: Prof. Dr. Paulo César Brandão Veiga
Jardim.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Goiás,
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, 2012.
Bibliografia.

1. Hipertensão arterial – Tratamento. 2. Qualidade de
vida. I. Título.

CDU: 616.12-008.331.1

**Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
da Universidade Federal de Goiás**

BANCA EXAMINADORA DA TESE DE DOUTORADO

Aluna: Maria Virgínia de Carvalho

Orientador: Dr. Paulo César Brandão Veiga Jardim

Coorientadora: Dr^a. Ana Luiza Lima Sousa

Membros:

1. Paulo César Brandão Veiga Jardim

2. Ana Luiza Lima Sousa

3. Sônia Maria Neves Mello

4. Geraldo Francisco do Amaral

5. Claudia Regina de Oliveira Zanini

OU

6. Maria do Rosário Gondim Peixoto

7. Maria Alves Barbosa

Data:11/04/2012

Dedico este trabalho

Aos meus pais, que me deram a vida e o alicerce para eu trilhá-la. As minhas afilhadas, Priscila e Bruna Marra Carvalho, por tornarem-na mais leve e divertida.

Aos participantes da pesquisa pelo carinho, confiança e motivação na participação deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Dr. Paulo César Brandão Veiga Jardim, pelo apoio, confiança e dedicação, pelos valiosos ensinamentos e colaboração sobre a temática deste trabalho, bem como, pelas sugestões e críticas às versões preliminares do manuscrito.

À coorientadora, Dr^a. Ana Luiza Lima Sousa, pela paciência na análise dos dados e pelas sugestões.

Aos meus irmãos, às afilhadas e às sobrinhas, pelo carinho e por tornarem a vida uma jornada mais divertida. À Priscila e à Bruna Marra Carvalho, obrigada por estarem sempre presentes na minha vida. Amo vocês!

As minhas amigas Priscila Vasconcelos, Marília Paiva, Margareth Mariano e Renata Teixeira, pelo incentivo, carinho e compreensão nas minhas ausências.

À Beatriz Maria S. Marques e à Derly S. Armando, funcionárias da Liga de Hipertensão Arterial, pela acolhida carinhosa, disponibilidade e apoio na fase de coleta de dados.

À equipe multiprofissional da Liga de Hipertensão Arterial do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, que me ajudou na aquisição de conhecimentos com as reuniões científicas.

À Liza Batista Siqueira, pela contribuição na coleta dos dados clínicos relacionados ao tratamento farmacológico.

Aos pacientes da Liga de Hipertensão Arterial e aos participantes normotensos, pelo carinho e presteza na participação deste trabalho.

Aos colegas e professores do Programa de Pós-Graduação e Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás.

À CAPES, pelo apoio financeiro que possibilitou este doutorado.

SUMÁRIO

TABELAS	IX
SÍMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS	X
RESUMO	Xii
ABSTRACT	Xiii
1. INTRODUÇÃO	14
2. OBJETIVOS	25
2.1 OBJETIVO GERAL	25
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
3. MÉTODOS.....	26
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	26
3.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	26
3.3 DEFINIÇÃO DA AMOSTRA E SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES	28
3.3.1 Cálculo da Amostra.....	28
3.3.2 Plano Amostral	28
3.4 ASPECTOS ÉTICOS	29
3.5 COLETA DE DADOS	29
3.5.1 Coleta de dados grupo estudo	29
3.5.2 Coleta de dados grupo controle	30
3.6 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA.....	30
3.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA	31
4. PUBLICAÇÕES	33
4.1 ARTIGO 1	34
4.2 ARTIGO 2	54
5. CONCLUSÃO	69
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
7. REFERÊNCIAS	72
ANEXOS	79
ANEXO 1- QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA GENÉRICO (SF-36) .	80
ANEXO 2- QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA ESPECÍFICO (MINICHAL- BRASIL)	83

ANEXO 3- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	84
ANEXO 4- NORMAS DE PUBLICAÇÃO – ARTIGO 1.....	85
ANEXO 5- NORMAS DE PUBLICAÇÃO – ARTIGO 2.....	91
APÊNDICES	97
APÊNDICE 1- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (GRUPO ESTUDO)	98
APÊNDICE 2- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (GRUPO CONTROLE)	101
APÊNDICE 3- FICHA SOCIODEMOGRÁFICA (GRUPO ESTUDO)	104
APÊNDICE 4- FICHA SOCIODEMOGRÁFICA (GRUPO CONTROLE)	105

TABELAS

ARTIGO 1

TABELA 1 – Caracterização da amostra (Grupo Estudo e Grupo Controle) segundo as variáveis sociodemográficas.....	39
TABELA 2 - Valores médios dos escores de cada domínio, obtidos no SF-36 –Grupo Estudo e Controle	40
TABELA 3 - Distribuição dos valores médios dos escores do SF-36 no Grupo Estudo e Grupo Controle para a variável sexo.....	42
TABELA 4 - Influência das variáveis sociodemográficas nos domínios do SF-36 agrupados nos componentes físico (Physical Component Summary- PCS) e componente mental (Mental Component Summary- MCS)	43
TABELA 5 - Valores médios dos escores de cada domínio do SF-36 no GE para a variável sexo.....	44

ARTIGO 2

TABELA 1 - Caracterização da população do grupo estudo segundo as variáveis sociodemográficas.	60
TABELA 2 - Distribuição da pontuação média nos domínios do MINICHAL segundo as variáveis sociodemográficas.....	61

SÍMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

DCV	Doença Cardiovascular
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
PA	Pressão Arterial
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PAD	Pressão Arterial Diastólica
mmHg	milímetros de mercúrio
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SBH	Sociedade Brasileira de Hipertensão
SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia
VI DBH	VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SUS	Sistema Único de Saúde
QV	Qualidade de Vida
OMS	Organização Mundial de Saúde
WHOQOL	The World Health Organization Quality of life Assessment
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
QWB	Quality of Well-Being Scale
SIP	Sickness Impact Profile
SF-36	Medical Outcomes Study 36 Item Short Form Health Survey
KDQOLSFTM	Kidney Disease and Quality-of-Life Short-Form
ACROQoL	Acromegaly Quality of Life Questionnaire
DEFU	Escala de Determinação da Qualidade de Vida em Pacientes com Esclerose Múltipla
IBDQ	Inflammatory Bowel Disease Questionnaire
ICIQ-SF	International Consultation on incontinence Questionnaire
SF-12	Medical Outcomes Study 12 Item Short Form Health Survey
EORTC-QLQ	European Organisation for Research and Treatment of Cancer Core Questionnaire
CHAL	Cuestionario de Calidad de vida en hipertensión arterial
MINICHAL	Mini Cuestionario de Calidad Vida em Hipertensión Arterial
GE	Grupo Estudo

GC	Grupo Controle
LHA	Liga de Hipertensão Arterial
FM	Faculdade de Medicina
HC	Hospital das Clínicas
UFG	Universidade Federal de Goiás
CF	Capacidade Funcional
AF	Aspectos Físicos
D	Dor
EGS	Estado Geral de Saúde
V	Vitalidade
AS	Aspectos Sociais
AE	Aspectos Emocionais
SM	Saúde Mental
PCS	Componente Físico
MCS	Componente Mental
EM	Estado Mental
MS	Manifestações Somáticas
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
SPSS	Statistical Package of Social Sciences

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um dos principais fatores de risco cardiovascular e tem alta prevalência em quase todos os países. Estudos têm evidenciado o efeito negativo da HAS na qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS). **OBJETIVO:** Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes hipertensos comparando com a população geral. **MÉTODOS:** O estudo avaliou pacientes de ambos os sexos e maiores de dezoito anos. O Grupo Estudo (GE) constituído de pacientes medicados e matriculados em serviço multiprofissional para o tratamento da HAS, aplicou-se neste um instrumento genérico, SF-36, e outro específico, MINICHAL-Brasil. No Grupo Controle (GC), constituído de indivíduos normotensos da comunidade, aplicou-se somente o SF-36. Para a análise estatística, utilizaram-se os testes qui-quadrado, de Kolmogorov-Smirnov, de Mann Whitney, de Kruskal-Wallis e a análise multivariada. Analisaram-se os dados por meio do programa SPSS e consideraram-se os valores de $p < 0,05$ significantes. **RESULTADOS:** Os grupos eram homogêneos em relação à idade, ao sexo, à etnia, à escolaridade e ao estado civil. Observou-se que os indivíduos normotensos apresentaram melhores escores de QVRS quando foram comparados com os hipertensos em todos os domínios do SF-36. No Aspecto Emocional (AE) ($p = 0,36$) do SF-36 não houve diferença significativa entre os GE e GC. Em relação ao MINICHAL-Brasil, observou-se que a HAS interferiu na QVRS de forma significativa no domínio Estado Mental (EM) e foi favorável aos indivíduos mais jovens com maior escolaridade, maior renda e que viviam com companheiro. **CONCLUSÃO:** Apesar de a HAS ser considerada doença silenciosa e assintomática, interfere na QVRS e pode estar associada aos fatores e às condições psicossociais.

Unitermos: hipertensão, qualidade de vida, SF-36, Minichal

ABSTRACT

INTRODUCTION: Systemic Arterial Hypertension (SAH) is one of the main cardiovascular risk factors, with high prevalence in almost every country. Studies have shown the negative effect of SAH on health-related quality of life (HRQL).

OBJECTIVES: To evaluate the quality of life of hypertensive patients compared to the general population. **METHODS:** The study included patients of both sexes over 18 years of age. The EG, consisting of medicated patients enrolled in a multi-

disciplinary SAH treatment service, responded to two HRQL evaluation instruments: one, the SF-36, was generic, and the other, MINICHA-Brasil, was specific. The CG, consisting of normotensive individuals from the community, only the SF-36 was administered. For statistical analysis, the chi-square, Komogorov-Smirnov, Mann Whitney and Kruskal-Wallis tests and multivariate analysis were used. SPSS was used to analyze the data and p values <0.05 were considered significant. **RESULTS:** The groups were homogeneous with regard to age, sex, ethnic group, education level and marital status. Normotensive individuals had higher HRQL scores than hypertensives on the SF-36 in all domains. There was no significant difference between the study and control groups in regard to the emotional aspect – EA (p=0.36). On the MINICHA-Brasil, SAH significantly affected HRQL in the mental state (MS) domain and least affected younger individuals with more schooling and higher income living with a partner. **CONCLUSION:** Although SAH is considered to be a silent and asymptomatic disease, it affects HRQL and is apparently associated with psychosocial factors and conditions.

Keywords: Hypertension, Quality of Life, SF-36, Minichal.

1 INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) são uma das principais causas de morbimortalidade no mundo (NOGUEIRA et al, 2010), responsáveis por 29,2% da mortalidade mundial (ROSINI; MACHADO; XAVIER, 2006).

Segundo Castro et al (2003a), no Brasil, a partir da década de 60, as DCV passaram a constituir a primeira causa de morte no país, superando as doenças infectocontagiosas. Nogueira et al (2010) destacam que, no período de 2000 a 2009, as DCV foram causa de 65% dos tyt6t na população adulta (30 a 69 anos) e de 40% das aposentadorias precoces.

A HAS, caracterizada pelo aumento sustentado da pressão arterial (PA) no indivíduo, é um dos principais fatores de risco cardiovascular e de alta prevalência em quase todos os países do mundo. É considerada uma doença crônica multifatorial, de detecção fácil, mas quase sempre tardia por sua evolução ser lenta e silenciosa. O indivíduo portador de HAS é aquele que mantém a pressão arterial sistólica (PAS) maior ou igual a 140mmHg e/ou a pressão arterial diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg em várias medidas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADEBR BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO- SBC/SBH/SBN. VI DBH, 2010).

Classifica-se a HAS em hipertensão primária (essencial ou idiopática) e hipertensão secundária. A hipertensão primária é multicausal e multifatorial e representa mais de 95% dos casos. Tem um componente hereditário e outro ligado diretamente a hábitos inadequados de vida. Em se tratando da hipertensão secundária, a causa é conhecida e pode relacionar-se a um processo patológico de origem renal, vascular, endócrina ou por causas externas e representa em torno de 5% dos casos (SIMONETTI; BATISTA; CARVALHO, 2002; REIS; GLASHAN, 2001).

A prevalência da HAS no mundo varia de 4% a mais de 30% de acordo com a região estudada (AMARAL et al, 2007). No Brasil, a prevalência da HAS varia de 22% a 44% de acordo com diferentes estudos (SBC/SBH/SBN. VI DBH, 2010; MELCHIORS et al, 2010; BARBOSA et al, 2008; PASSOS; ASSIS; BARRETO,

2006; JARDIM et al, 2008; FUCHS; CASTRO; FUCHS, 2004; GUS et al, 2004; DÓREA; LOTUFO, 2004).

A Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) estima que haja 30 milhões de adultos hipertensos (BARBOSA et al, 2008). A prevalência da HAS na população idosa varia de 60% a 80% (GAZONI et al, 2009; BORELLI et al, 2008) e no Brasil esta ocorrência está em torno de 65% (BRITO et al, 2008). Em alguns grupos específicos, no entanto, verifica-se baixa prevalência ou até ausência de HAS, por exemplo, nos índios da tribo xavante do estado de Mato Grosso e nos yanomamis (CARNEIRO; JARDIM, 1993; MANCILHA-CARVALHO; SOUZA E SILVA, 2003).

A HAS pode resultar em consequências graves a alguns órgãos vitais como, coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos, além de ser considerada como um dos principais problemas de saúde pública, em razão de sua cronicidade, aos altos custos com internações, à incapacitação por invalidez e à aposentadoria precoce (PÉRES; MAGNA; VIANA, 2003; REIS; GLASHAN, 2001). No Brasil, Miranzi et al (2008) salientam que, por meio dos dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do Sistema Único de Saúde (SUS), constata-se que 17,6% das internações relacionam-se com a HAS e que são gastos com este agravo 5,9% dos recursos disponibilizados pelo SUS.

Vários estudos destacam que os fatores de risco para a HAS incluem: hereditariedade, idade, raça, obesidade, estresse, vida sedentária, álcool, sexo, anticoncepcionais, alta ingestão de sódio e gorduras, (FEIJÃO et al, 2005; SIMONETTI, BATISTA; CARVALHO, 2002; REIS; GLASHAN, 2001). Outros fatores, tanto sociais quanto físicos, também se destacam, não por serem causadores da HAS, mas, por estarem frequentemente associados a ela, como, por exemplo: desemprego, baixo nível educacional, colesterol total elevado e diabetes mellitus (ARSLANTAS et al, 2008). Desta forma, pela sua estreita correlação com estilo de vida, a HAS pode ser evitada, minimizada e até tratada com a adoção de hábitos saudáveis.

O tratamento da HAS envolve uma abordagem multifatorial e visa à redução dos riscos cardiovasculares associados aos valores elevados da PA, o que diminui, assim, a morbidade e a mortalidade associada às doenças cardiovasculares (CAVALCANTE et al, 2007; ROCCA-CUSACHS et al, 2001). O tratamento anti-hipertensivo é mais efetivo quando envolve equipe multiprofissional e se baseia nas estratégias não farmacológica e farmacológica, sendo fundamental para o sucesso a

adesão do indivíduo ao tratamento (SIMONETTI, BATISTA; CARVALHO, 2002; PESSUTO; CARVALHO, 1998).

Na estratégia não farmacológica enfatiza-se a mudança de estilo de vida com a aquisição de hábitos saudáveis, que visem à diminuição dos fatores de risco para as doenças cardiovasculares. Assim, o indivíduo passa a adotar: alimentação saudável, redução do peso, aumento da atividade física, diminuição da ingestão de sal, consumo controlado de álcool e abandono do tabagismo. Para os indivíduos com PA limítrofe (PAS 130-139mmHg; PAD 85-89mmHg), indica-se o tratamento não farmacológico porque, na maioria das vezes, é suficiente para reduzir a PA e diminuir os riscos cardiovasculares (SBC/SBH/SBN. VI DBH, 2010). Devem-se implementar mudanças nos estilos de vida de todos os indivíduos hipertensos. Ainda que sua prática não seja suficiente para o controle adequado da pressão, possibilitará melhores resultados com o uso de doses menores e número menor de medicamentos anti-hipertensivos (SBC/SBH/SBN. VI DBH, 2010).

Para o tratamento farmacológico utilizam-se os medicamentos anti-hipertensivos. Estes se classificam em: diuréticos, inibidores adrenérgicos, vasodilatadores diretos, bloqueadores dos canais de cálcio, inibidores da enzima conversora de angiotensina, bloqueadores do receptor de angiotensina II e inibidor direto da renina (SBC/SBH/SBN. VI DBH, 2010).

Os medicamentos adotados para o tratamento da HAS podem ser usados sob a forma de monoterapia ou por meio da associação de medicamentos (terapia combinada). Segundo a VI DBH (2010), indica-se a monoterapia como estratégia anti-hipertensiva para pacientes com hipertensão arterial estágio 1 (PAS 140-159mmHg; PAD 90-99mmHg) e que apresentem risco cardiovascular baixo a moderado. A estratégia anti-hipertensiva associada é indicada no estágio 1 para pacientes que apresentam risco cardiovascular alto a muito alto e naqueles nos estágios 2 e 3 (PAS 160-179mmHg; PAD 100-109mmHg e PAS $\geq$ 180; PAD $\geq$ 110, respectivamente) (SBC/SBH/SBN. VI DBH, 2010).

De acordo com Roca-Cusachs et al (2001) e Roel et al (2001), na intervenção farmacológica deve-se levar em conta a eficácia, a tolerabilidade e o impacto do medicamento na qualidade de vida (QV) do paciente e, nesse sentido, Barrón-Riviera et al (1998) ressaltam que, para alguns pacientes, o simples fato de ingerir um medicamento constitui um problema maior do que a doença.

Apesar de se considerar a HAS um problema de saúde pública, Borelli et al (2008) afirmam que uma parcela reduzida dos pacientes hipertensos é tratada de forma adequada e uma parcela menor ainda tem a PA sob controle. Estes autores e, ainda, Machado (2008) destacam que, apesar de o tratamento anti-hipertensivo ser eficaz, os percentuais de controle da PA são baixos com variação de 20 a 41% (GUS et al, 2004; PIERIN; GUSMÃO; CARVALHO, 2004; STRELEC; PIERIN; MION JR., 2003), por causa da falta de adesão, ou seja, ao não cumprimento adequado do tratamento.

Define-se a adesão ao tratamento como a extensão a qual o comportamento do paciente coincide com a prescrição médica ou aconselhamento por outros profissionais de saúde (SBC/SBH/SBN. VI DBH, 2010; FUCHS; CASTRO; FUCHS, 2004; LEITE; VASCONCELLOS, 2003). Segundo Machado (2008), a adesão envolve, pelo menos, cinco fatores, que se relacionam: ao paciente, à doença, à equipe de saúde, à terapêutica e aos aspectos socioeconômicos. Desta forma, na adesão ao tratamento destaca-se a idade, a escolaridade, o envolvimento da equipe multidisciplinar, o suporte social, a relação médico-paciente, a eficácia terapêutica, os efeitos adversos e o custo do medicamento (ROEL et al, 2001; SIMONETTI; BATISTA; CARVALHO, 2002; PESSUTO; CARVALHO, 1998).

Mesmo com as dificuldades encontradas na adesão ao tratamento, especialmente das doenças crônicas, em decorrência dos avanços no conhecimento sobre a fisiopatologia das doenças e da grande evolução obtida nas diversas formas de terapêutica, a expectativa de vida da população mundial está aumentando (PEREIRA; BARRETO; PASSOS, 2008). Com a longevidade, ressalta-se a importância de os indivíduos manterem a autonomia e a saúde, uma vez que o envelhecimento, por si só, aumenta o risco de doenças crônicas, sobretudo as cardiovasculares (OLIVEIRA et al, 2008). Além disso, com o aumento da sobrevivência dos pacientes com doenças crônicas e/ou graves, a qualidade de vida (QV) passou a ser cada vez mais valorizada e a importância de sua avaliação foi reconhecida e incorporada à boa parte dos ensaios clínicos (ARBEX; ALMEIDA, 2009).

Por este motivo, as informações sobre a QV têm sido utilizadas como: (a) indicadores para avaliação da eficácia de tratamentos para grupos portadores de queixas diversas; (b) comparação de procedimentos no controle dos problemas de saúde; (c) indicador do impacto físico e psicossocial que determinadas enfermidades

podem trazer para as pessoas acometidas e (d) indicadores de produção de conhecimentos (SEIDL; ZANNON, 2004; PAGANI; PAGANI JÚNIOR, 2006).

A expressão qualidade de vida (QV) foi utilizada pela primeira vez em 1964 por Lyndon Johnson, presidente dos Estados Unidos, que afirmou “os objetivos não podem ser medidos por meio do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos por meio da qualidade de vida que proporcionam às pessoas” (FLECK et al, 1999, p.20).

Qualidade de vida foi definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL GROUP, 1994 apud FLECK et al, 2000, p.179).

As definições acerca da QV variam muito. Algumas enfatizam o bem-estar geral do indivíduo e outras, o impacto da doença na vida do paciente. A diversidade destes conceitos pode trazer dificuldades para a pesquisa, vez que dificulta a comparação de resultados entre estudos e populações, o que retarda o progresso científico (PREBIANCHI, 2003).

A variação do conceito de QV se dá porque é uma construção social, sendo, portanto, influenciado pela relatividade cultural (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). Nesse sentido, os autores afirmam que:

“Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e a própria estética existencial... O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes sendo, portanto uma construção social com a marca da relatividade cultural” (p.8).

Ainda que não haja um consenso acerca do conceito de QV da década de 1990, parece haver concordância entre os estudiosos em dois aspectos do conceito: a subjetividade e a multidimensionalidade. A subjetividade refere-se ao fato de a pessoa avaliar o seu estado de saúde, bem como, o seu contexto de vida e a multidimensionalidade, ao fato de o construto compor-se por várias dimensões (DANTAS; SAWADA; MALERBO, 2003; GUSMÃO; PIERIN, 2004). Vários estudos têm por objetivo identificar estas dimensões com metodologias qualitativas e quantitativas (SEIDL; ZANNON, 2004).

Apesar da relevância conceitual do termo QV, os aspectos subjetividade e multidimensionalidade não serão tratados de forma específica neste trabalho, uma vez que o foco é a QV e esta será avaliada de acordo com os instrumentos e conceitos existentes em relação à hipertensão.

Na área da saúde, o conceito de QV é recente. Resulta dos novos paradigmas no campo da promoção da saúde em que o foco principal das intervenções deixa de ser meramente curativo. Passa a ser, também, preventivo e visa manter os indivíduos em sua melhor condição (SEIDL; ZANNON, 2004).

A avaliação da QV, quando se direciona ao monitoramento da saúde, à percepção das limitações físicas, psicológicas e sociais influenciadas pela doença, pelo tratamento e por outros agravos de uma população, denomina-se de qualidade de vida relacionada à saúde – QVRS (ARBEX; ALMEIDA, 2009; PAGANI; PAGANI JUNIOR, 2006).

A mensuração da QVRS se tornou um importante indicador de saúde em testes clínicos, de avaliação de serviços, necessidade de cuidados, de estratégias de melhoria nas intervenções clínicas e na análise de custos e benefícios (KLATCHOIAN et al, 2008; PREBIANCHI, 2003). Assim, a mensuração da QVRS é cada vez mais adotada e reflete a importância de como os pacientes se sentem em relação à saúde e ao grau de satisfação quanto ao tratamento.

Atualmente é cada vez mais frequente o interesse pelo tema QVRS (BRITO et al, 2008; SCHULZ et al, 2008). Pode-se, pois, observar o interesse em virtude de haver aumento das publicações e das pesquisas sobre QV. Existem vários instrumentos que permitem a avaliação da QVRS de pacientes com doenças diversas. Esses podem ser divididos em dois grupos: os genéricos e os específicos (SCHULZ et al, 2008; TREVISOL; MOREIRA; FUCHS, 2008; CAVALCANTE et al, 2007).

Utilizam-se os instrumentos genéricos em diferentes áreas da saúde com o objetivo de avaliar a QV integral do indivíduo (BRITO et al, 2008; GUSMÃO; PIERIN, 2004). Os instrumentos específicos mantêm o aspecto multidimensional, além de avaliarem a percepção geral da QV e, nestes, a ênfase recai nas limitações provocadas pela enfermidade (GUSMÃO; PIERIN, 2004). Os instrumentos específicos destinam-se usualmente a uma determinada população e o objetivo consiste em avaliar alguns aspectos da QVRS (CAVALCANTE et al, 2007;

GUSMÃO; PIERIN, 2004). Apresentam a vantagem de serem mais sensíveis a mudanças, embora, ainda, pouco utilizados (SCHULZ et al, 2008).

A literatura destaca alguns instrumentos genéricos de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde, como por exemplo, o *Quality of Well-Being Scale - QWB*; o *Sickness Impact Profile - SIP*; o *Medical Outcomes Study 36-Item Short – Form Health Survey - SF-36* (PAGANI; PAGANI JÚNIOR, 2006); o *The World Health Organization Quality of life Assessment - WHOQOL*, *EuroQol - EQ-5D*, (AGUIAR et al, 2008);

Em relação aos instrumentos específicos, a literatura destaca o *Kidney Disease and Quality-of-Life Short-Form - KDQOLSFTM*, para pacientes com doença renal crônica terminal; o *Acromegaly Quality of Life Questionnaire - ACROQoL*, para pacientes com acromegalia (AGUIAR et al, 2008; PAGANI; PAGANI JÚNIOR, 2006); a *Escala de Determinação da Qualidade de Vida em pacientes com Esclerose Múltipla - DEFU*, o *Inflammatory Bowel Disease Questionnaire - IBDQ*, para pacientes portadores de doença inflamatória intestinal; *International Consultation on incontinence Questionnaire – Short Form (ICIQ – SF)*, para pacientes portadores de incontinência urinária (PAGANI; PAGANI JÚNIOR, 2006); o *European Organisation for Research and Treatment of Cancer Core Questionnaire (EORTC-QLQ)*, para pacientes com neoplasias e o *Medical Outcomes Study – HIV*, para pacientes com AIDS (SEIDL; ZANNON, 2004); o *Cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial – CHAL* (ROCA-CUSACHS et al, 1992).

Dentre os instrumentos genéricos, os mais utilizados são o *The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL)*, o *Medical Outcomes Study 36-Item Short – Form Health Survey (SF-36)* ou a versão reduzida do SF-36, denominada SF-12 (TREVISOL; MOREIRA; FUCHS, 2008) e o *Sickness Impact Profile* (SEIDL; ZANNON, 2004). Dentre os instrumentos específicos, predominam o EORTC-QLQ, para pacientes com neoplasias e o *Medical Outcomes Study – HIV*, para pacientes com AIDS (SEIDL; ZANNON, 2004).

De acordo com Soutello et al (2011), na literatura mundial, os instrumentos específicos, para avaliação da QVRS em indivíduos hipertensos, são escassos e apenas quatro encontram-se disponíveis: (1) o questionário de avaliação da qualidade de vida de Bulpitt e Fletcher, (2) o arterial hypertension quality of life questionnaire – calidad de vida em la hipertensión arterial (CHAL), desenvolvido na

Espanha e (3) sua versão abreviada (mini – cuestionario de calidad de vida em La hipertensión arterial – MINICHAL e (4) o hyper 31, desenvolvido na Itália.

No Brasil, encontram-se validados apenas o questionário Bulpitt e Fletcher e o MINICHAL. Gusmão e Pierin (2009) afirmam que o questionário Bulpitt e Fletcher foi elaborado para ser utilizado em estudos pelo período de um ano e que não permite a detecção de alterações em longo prazo.

Cavalcante et al (2007) afirmam que existem poucos estudos que investigam a interferência da HA na QVRS. Relatam, ainda, que, em um estudo realizado por Alderman (2005), foi constatado que, do total de 4.300 artigos publicados em revistas especializadas em QV, desde 1987, nove se relacionavam à HA e, desses, dois apresentavam a HAS como aspecto secundário do estudo. No entanto, Schulz et al (2008) afirmam que, nos últimos anos, há um aumento na publicação de estudos que avaliam a QV em indivíduos hipertensos.

Trevisol, Moreira e Fuchs (2008) afirmam que as doenças crônicas, além de aumentarem a morbimortalidade, podem levar, também, ao comprometimento físico, psicológico e social, os quais afetam a QV. Desta forma, a HAS em razão da cronicidade pode levar ao comprometimento da QV do indivíduo porque, apesar de os sintomas serem considerados inespecíficos, esses apresentam sensações corpóreas específicas que podem interferir na realização das atividades diárias e causar déficit na QV (BRITO et al, 2008).

Vários autores afirmam que os hipertensos apresentam pior QV quando são comparados aos normotensos (WANG et al, 2009; SCHULZ et al, 2008; ARSLANTAS et al, 2008; STEIN et al, 2002; ROCA-CUSACHS et al, 2001; BARDAGE et al, 2001). Para esses pacientes, a QV pode ser afetada pela falta de adesão ao tratamento com o abandono do medicamento, pelos efeitos colaterais de alguns tipos de fármacos adotados no controle da PA, pelas doenças associadas à hipertensão, pela necessidade de mudanças no estilo de vida e pela doença (CAVALCANTE et al, 2007; BANEGAS et al, 2007; LI et al, 2005; GUSMÃO; PIERIN, 2004; BARRÓN-RIVIERA et al, 1998).

Apesar de haver consenso de que a HAS interfere na QVRS, os estudos realizados não são concordantes e diferem quanto às dimensões atingidas. Por este motivo, a compreensão e o conhecimento mais amplos e uniformes sobre o tema permanecem em discussão.

Segundo Ferreira e Santos (2009), o “SF-36 é um instrumento genérico de avaliação de QVRS, o qual foi desenvolvido por Ware e Sherbourne, em 1992, para ser utilizado em prática e pesquisa clínica, avaliações de políticas de saúde e pesquisas gerais na população” (p.407). No Brasil o SF-36 foi traduzido e validado por Ciconelli et al (1999) para avaliar a QV em pacientes com artrite reumatóide. Este instrumento tem como objetivo maior “analisar a compreensão integral do indivíduo sobre sua saúde geral, no intuito de ajudá-lo a tomar decisões sobre seu comportamento” (BRITO et al, 2008, p.934).

O SF-36 compõe-se de 36 itens e divide-se em oito domínios: (1) Capacidade Funcional – CF, com dez itens, avalia o grau em que a saúde limita as atividades diárias, (2) Aspectos Físicos – AF, com quatro itens, avalia o impacto da saúde física no desempenho das atividades diárias e ou profissionais, (3) Dor – D, com dois itens, avalia o nível de dor e o impacto no desempenho das atividades diárias e ou profissionais, (4) Estado Geral da Saúde – EGS, com cinco itens, avalia a percepção subjetiva do estado geral de saúde, (5) Vitalidade – V, com quatro itens, avalia a percepção subjetiva do estado de saúde, (6) Aspectos Sociais – AS, com dois itens, avalia o reflexo da condição de saúde física nas atividades sociais, (7) Aspectos Emocionais – AE, com três itens, avalia o reflexo das condições emocionais no desempenho das atividades diárias e ou profissionais e (8) Saúde Mental – SM, com cinco itens, escala de humor e bem-estar e mais uma questão de avaliação comparativa entre a condição de saúde do momento e em um ano antes. Ainda que esta questão não esteja pontuada em nenhum dos oito domínios, torna-se relevante para verificar a percepção do paciente acerca de sua saúde (VIDAL; ESCOBAR; SALAS, 2009; CASTRO et al, 2003b; SILQUEIRA, 2005).

De acordo com a padronização do Manual do SF-36 para cada domínio os itens foram codificados e transformados em escala de zero (pior QV) a 100 pontos (melhor QV). O resultado dos domínios chama-se *raw scale* porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida.

O SF-36 pode, ainda, ser categorizado em dois componentes agrupados resumidos. O Componente Físico (*Physical Component Summary* - PCS) constitui-se por 21 itens e compõe-se pelo agrupamento dos domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, dor e estado geral de saúde; o Componente Mental (*Mental Component Summary* - MCS) constitui-se por 14 itens e compõe-se pelo agrupamento dos domínios: vitalidade, aspectos sociais, aspecto emocional e saúde

mental (VIDAL, ESCOBAR, SALAS, 2009; BANEGAS et al, 2007; LASH et al, 2006; SEVERO et al, 2006; BARDAGE; ISACSON, 2001).

No presente estudo utilizou-se o questionário SF-36, por ser frequentemente empregado para avaliar a QVRS em pacientes hipertensos (Côté et al, 2004), por ser de fácil aplicação e compreensão (Ciconelli et al, 1999), por ser o instrumento genérico de avaliação de QV mais adotado em pesquisas e por ter a validade e a confiabilidade de seus domínios demonstradas em indivíduos com várias condições médicas (Aguilar et al, 2008).

Com relação ao instrumento específico, optou-se por utilizar o MINICHAL-Brasil, uma vez que Gusmão e Pierin (2009) afirmam que o questionário Bulpitt e Fletcher foi elaborado para ser usado em estudos por um período de um ano, uma vez que não permite a detecção de alterações em longo prazo. Neste estudo os participantes deveriam estar cadastrados na LHA havia, pelo menos um ano, um dos critérios de inclusão.

O MINICHAL foi desenvolvido na Espanha em 2001. Compõe-se por 16 questões de múltipla escolha agrupadas em dois domínios: Estado Mental (EM), que é formado por 10 questões e Manifestações Somáticas (MS), por seis questões. O paciente deve responder às questões levando em consideração apenas os últimos sete dias.

O MINICHAL-Brasil compõe-se de 17 questões divididas em dois domínios. O domínio Estado Mental EM compreende nove questões (01 a 09) e o domínio Manifestação Somática MS, sete questões (10 a 16). A questão 17, que avalia se a hipertensão e o tratamento têm afetado a QV do paciente, não se inclui em nenhum dos dois domínios. A resposta dos domínios distribui-se numa escala de frequência, tipo *Likert*, com quatro opções de respostas, (0) *Não, absolutamente*, (1) *Sim, um pouco*, (2) *Sim, bastante* e (3) *Sim, muito*. Assim, para o domínio EM, a pontuação máxima é de 27 pontos e, para o domínio MS, a pontuação máxima é de 21 pontos. Nessa escala, considerando o conjunto das questões, quanto mais próximo de zero estiver o resultado, melhor a QV. A questão 17 é pontuada na mesma escala *Likert*, porém o resultado não se inclui em nenhum dos dois domínios.

Em razão da grande prevalência da HAS associada à existência de poucos estudos que relacionem a QV a essa doença, verificou-se que há necessidade de se fazerem pesquisas nessa área. Desta forma, este estudo avaliou a QVRS de pacientes hipertensos por meio de dois instrumentos: um genérico e outro

específico. Assim, a QVRS foi avaliada de forma integral, quando se referiu ao estado de saúde geral do indivíduo e, de forma específica, ao impacto da hipertensão sobre a saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Avaliar a qualidade de vida de pacientes de um serviço de referência para o tratamento da hipertensão arterial comparando com indivíduos normotensos da comunidade.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar a influência da hipertensão arterial sobre a qualidade de vida dos hipertensos com a utilização de dois instrumentos de avaliação.
- Analisar a qualidade de vida de hipertensos e normotensos em relação às variáveis sociodemográficas.
- Avaliar a qualidade de vida dos hipertensos em relação à classe e à quantidade de medicamentos hipotensores.
- Verificar a qualidade de vida dos hipertensos em relação ao tempo de tratamento da hipertensão.
- Estudar a qualidade de vida em relação ao controle da HAS.

3 MÉTODO(S)

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo observacional transversal exploratório, realizado em pacientes diagnosticados com HAS.

A pesquisa compreendeu dois grupos: o Grupo Estudo (GE) e o Grupo Controle (GC). O GE constituiu-se de pacientes com diagnóstico médico de HA matriculados e assistidos na Liga de Hipertensão Arterial da Faculdade de Medicina do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (LHA/FM/HC/UFG) e o GC constituiu-se de indivíduos normotensos da comunidade. Observaram-se os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

3.2 Critérios de inclusão e exclusão

Grupo Estudo (GE)

Critérios de inclusão:

- assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);
- homens e mulheres;
- maiores de 18 anos;
- matriculados na LHA/FM/HC/UFG e acompanhados no serviço havia pelo menos um ano;
- qualquer grau de controle da pressão arterial;
- dose estável de medicação anti-hipertensiva havia pelo menos 3 meses.

Critérios de exclusão:

- diabetes descompensado (hemoglobina glicosilada >10%; glicose >200);
- sequelas de acidente vascular cerebral;
- insuficiência cardíaca descompensada (NHA classe II);

- insuficiência renal crônica (Creatinina > 2.0);
insuficiência hepática (TGO e TGP >3x o valor de referência);
- infarto agudo do miocárdio nos últimos seis meses;
- doenças reumatológicas ativas;
- doença pulmonar obstrutiva crônica;
- outras doenças crônicas incapacitantes;
- doenças consumptivas;
- tabagistas;
- gravidez;
- utilização de psicofármacos;
atendido em processo psicoterápico;
- sujeito de pesquisa em outro projeto desenvolvido pela equipe multiprofissional da LHA/HC/UFG.

Grupo Controle (GC)

Critérios de inclusão:

- assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);
- homens e mulheres;
- maiores de 18 anos;
normotenso (autorreferido)

Critérios de exclusão:

- presença de HAS (autorreferida ou diagnosticada);
- uso de medicação anti-hipertensiva;
- portador de doenças crônicas ou incapacitantes (mencionadas nos critérios de exclusão do GE);
- tabagistas;
- gravidez;
- utilização de psicofármacos;
- atendido em processo psicoterápico.

3.3 Definição da Amostra e seleção dos participantes

3.3.1 Cálculo da Amostra

Realizou-se o cálculo amostral para um erro padrão estimado de 7%, com nível de significância de 5%, poder de teste de 80% e, para detectar uma diferença de 10 pontos entre os grupos, nos escores das dimensões avaliadas pelo SF-36, com base nos valores de referência descritos por Ciconelli et al (1999). O tamanho da amostra calculada foi de 231 indivíduos para o GE e de 76 para o GC. Para possível reposição de perdas, acrescentou-se 8,5% sobre o total da amostra calculada e foram coletados 246 para o GE e 87 para o GC e a amostra final com 333 indivíduos participantes.

3.3.2 Plano Amostral

Para uma amostra representativa dos 1100 indivíduos cadastrados, que freqüentavam o serviço da LHA/HC/UFG e, em consideração aos critérios de inclusão/exclusão, foram identificados 628 pacientes elegíveis para a participação no estudo. Dentro desse grupo foram sorteados 246 prontuários de pacientes com freqüência regular no serviço. Realizou-se o sorteio mediante construção de tabela de números aleatórios em programa eletrônico para esse fim. Em seguida a pesquisadora identificou todos os pacientes sorteados e entrou em contato, via telefone, para convidá-los a comparecerem à sede da LHA. Quando o paciente compareceu ao aprazamento telefônico, a pesquisadora apresentou-lhe o projeto da pesquisa e convidou-o à participação mediante a aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE. Os que aceitavam aceitaram participar foram incluídos no GE e iniciou-se imediatamente a coleta de dados, com a aplicação dos instrumentos de avaliação da QV.

Para a constituição do GC, a pesquisadora dirigiu-se à comunidade goianiense em locais prováveis de se encontrarem eventuais participantes de uma determinada faixa etária (clubes de serviços, academias, parques da cidade e Universidade Aberta da Terceira Idade). Verificou, então, por meio de questionamentos, se o indivíduo era elegível para participar do estudo e considerou os critérios de inclusão/exclusão. Neste grupo, identificou-se a HAS mediante a

autorreferência. Assim, o GC foi composto pelos acompanhantes dos pacientes do Ambulatório de Pediatria; freqüentadores do Centro de Referência de Convivência com o Idoso (CRCI - Novo Mundo); freqüentadores do Núcleo de Atendimento à Comunidade (NAC - Serrinha); alunos da Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI - PUC); integrantes do Grupo Teatral Senhoras do Cerrado da Secretaria Municipal de Assistência Social de Goiânia (SEMAS); freqüentadores dos parques Flamboyant, Bosque dos Buritis e Vaca Brava; freqüentadores da Academia Melhoridade; freqüentadores da Unidade Municipal de Assistência Social (UMAS) da Unidade Universitário e Unidade Pedro Ludovico; moradores e funcionários do Condomínio Juliana; moradores do condomínio Vila Rica e participantes do X Encontro de Folias de Reis.

3.4 Aspectos Éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humana e Animal do Hospital das Clínicas da UFG (Protocolo: 074/2009 - Anexo3). Todos os participantes (GE e GC) foram incluídos após a assinatura do TCLE (Apêndice 1, Apêndice 2), de acordo com a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

3.5 Coleta de Dados

Realizou-se a coleta de dados no período de julho de 2009 a fevereiro de 2011.

3.5.1 Coleta no Grupo Estudo (GE)

Após a entrevista inicial, para a assinatura do TCLE, aos que concordaram em participar da pesquisa, foram aplicados a ficha sociodemográfica e os instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde - questionários SF-36 e o MINICHAL-Brasil. Toda a coleta de dados foi realizada pela pesquisadora por meio da técnica de entrevista, feita num dos consultórios da LHA, vez que a maioria dos participantes tinha pouca escolaridade. As questões foram lidas em voz alta para cada um dos participantes, e a entrevistadora marcou a resposta de acordo

com a escolha feita pelos sujeitos. Os questionários foram aplicados na mesma ordem a todos os indivíduos (SF-36 e MINICHAL- Brasil).

Os dados sociodemográficos foram colhidos de duas maneiras: a) sexo e idade por meio dos prontuários dos pacientes; b) etnia, escolaridade, renda familiar e estado civil mediante relatos dos indivíduos durante a entrevista. Os dados clínicos (IMC, classificação da hipertensão – controlada e não controlada, tipo do tratamento, número e classe de medicamentos utilizados, comorbidades, valor médio da PA); história (tempo da hipertensão e do tratamento) (Apêndice 3 e Apêndice 4) foram também colhidos nos prontuários dos pacientes. As informações obtidas no prontuário foram relativas à última consulta, que ocorreu em um intervalo máximo de seis meses até a data da entrevista.

3.5.2 Coleta no Grupo Controle (GC)

Após a entrevista inicial para a assinatura do TCLE, aos que concordaram em participar da pesquisa, foram colhidas as informações sociodemográficas e realizou-se a aplicação do instrumento de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde - questionário SF-36. Todos os dados foram obtidos pela pesquisadora por meio da técnica de entrevista oral, semelhante à empregada no GE, realizada num ambiente que visou à privacidade do participante. As questões foram lidas em voz alta para cada um dos participantes, e as respostas, marcadas de acordo com a escolha feita pelos sujeitos.

As informações sobre os dados sociodemográficos (sexo, idade, etnia, renda familiar, escolaridade e estado civil) e clínicos (peso, altura, hábito de aferir a PA, comorbidades, número de medicamentos) foram todas autorrelatadas. O MINICHAL-Brasil não foi aplicado para esse grupo por ser um instrumento de avaliação de QVRS, específico para a população hipertensa.

3.6 Instrumentos de Avaliação da Qualidade de Vida relacionada à Saúde

Utilizaram-se dois instrumentos para a avaliação da Qualidade de Vida: um genérico e um específico. O instrumento genérico foi o SF-36 (Anexo 1), traduzido e validado no Brasil por Ciconelli et al (1999). Este tem como objetivo maior “analisar a compreensão integral do indivíduo sobre sua saúde geral, no intuito de ajudá-lo a

tomar decisões sobre seu comportamento” (BRITO et al, 2008, p. 934). O instrumento específico foi o MINICHAL-*Mini-Cuestionario de Calidad Vida em Hipertensión Arterial* (Anexo 2), validado no Brasil por Schulz et al (2008). Segundo esses autores, “a medida da qualidade de vida em pacientes com hipertensão, a partir do MINICHAL, corresponde a uma tentativa de medir os principais fatores ligados à hipertensão que podem influenciar a sensação de bem-estar do paciente” (p.142).

3.7 Análise Estatística

Os dados foram registrados em planilha eletrônica do Excel (Office 2007) e analisados com aplicação do programa *Statistical Package of Social Sciences* (SPSS 15.0).

As variáveis quantitativas, com distribuição normal, foram apresentadas com a média e o desvio padrão e aquelas com distribuição não normal, com a média, a mediana e o desvio padrão; e as variáveis qualitativas, em números absolutos e porcentagens. As associações entre os grupos, em relação às variáveis qualitativas, foram estudadas com a utilização do teste qui-quadrado.

Para as variáveis quantitativas, depois do teste de Kolmogorov-Smirnov para análise de distribuição, foram aplicados os testes de Mann Whitney U, para as variáveis binárias, e Kruskal-Wallis, para mais de dois grupos. O nível de significância estatística foi estabelecido para um valor de $p < 0,05$ para todos os testes.

Realizou-se a análise multivariada com a construção de um modelo para cada desfecho analisado. Os domínios dos testes de QV foram considerados os desfechos para estas análises. Além dos domínios já estabelecidos, tais como: capacidade funcional, aspecto físico, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspecto social, aspecto emocional e saúde mental (SF-36), estado mental e manifestação somática (MINICHAL), também foram analisados os componentes agrupados do SF-36, o componente físico (*Physical Component Summary* - PCS) e o componente mental (*Mental Component Summary* - MCS). As variáveis sociodemográficas foram

utilizadas como variáveis explicativas e consideradas quando apresentaram valores de $p < 0,20$ na análise univariada.

4 PUBLICAÇÕES

Artigo 1- A Influência da Hipertensão Arterial na Qualidade de Vida

Autores: Maria Virgínia de Carvalho, Liza Batista Siqueira, Ana Luiza Lima Sousa, Paulo César Brandão Veiga Jardim.

Revista: A ser submetido (Arquivos Brasileiros de Cardiologia)

Artigo 2– Qualidade de Vida de Hipertensos em Tratamento Ambulatorial

Autores: Maria Virgínia de Carvalho, Liza Batista Siqueira, Ana Luiza Lima Sousa, Paulo César Brandão Veiga Jardim.

Revista: A ser submetido (Quality of Life Research)

4.1 ARTIGO 1

Título:

**A INFLUÊNCIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA QUALIDADE DE VIDA
THE INFLUENCE OF ARTERIAL HYPERTENSION ON QUALITY OF LIFE**

Título resumido:

HYPERTENSIVES' QUALITY OF LIFE

Palavras-chave: hipertensão, qualidade de vida, SF-36

Key words: hypertension, quality of life, SF-36.

RESUMO

Fundamento: a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um dos principais fatores de risco cardiovascular e de alta prevalência em quase todos os países. Estudos têm evidenciado o efeito negativo da HAS na qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS).

Objetivo: avaliar a Qualidade de Vida (QV) de pacientes hipertensos comparando com a população geral.

Método: avaliados indivíduos de ambos os sexos, maiores que 18 anos, divididos em grupo estudo (GE), composto de pacientes hipertensos, sob tratamento em serviço multiprofissional, e grupo controle (GC), formado por indivíduos normotensos da comunidade. Aplicaram-se a ambos os grupos o questionário sociodemográfico e o SF-36 de qualidade de vida. Para a análise estatística, utilizaram-se os testes *qui-quadrado*, de *Kolmogorov-Smirnov*, de *Mann Whitney U*, de *Kruskal-Wallis* e análise multivariada. Os dados analisados por meio do programa *SPSS* e valores de $p < 0,05$ foram considerados significantes.

Resultados: Grupos homogêneos em relação à idade, ao sexo, à etnia, à escolaridade, ao estado civil. Observou-se que os indivíduos normotensos apresentaram melhor QVRS quando foram comparados aos hipertensos.

Conclusão: A hipertensão arterial, embora considerada entidade clínica, na maioria das vezes, silenciosa, interfere negativamente na qualidade de vida de seus portadores.

SUMMARY

Blackground: Systemic Arterial Hypertension (SAH) is one of the main cardiovascular risk factors, with high prevalence in almost every country. Studies have shown the negative effect of SAH on health-related quality of life (HRQL).

Objective: To evaluate the quality of life of hypertensive patients compared to the general population.

Methods: The project was approved by the institution's ethics committee. The study included patients of both sexes over 18 years of age receiving multi-disciplinary SAH care and normotensives from the community, divided into the study group (SG) and the control group (CG). The SG consisted of hypertensive individuals and the CG consisted of normotensives. SF-36 was administered to both groups. For statistical analysis, the *chi-square*, *Komogorov-Smirnov*, *Mann Whitney* and *Kruskal-Wallis tests* and multivariate analysis were used. SPSS was used to analyze the data and p values <0.05 were considered significant.

Results: The groups were homogeneous with regard to age, sex, ethnic group, educational level, marital status and smoking. Normotensives' HRQL was higher than hypertensives.

Conclusion: Even though SAH is considered to be a mainly silent clinical entity, it negatively affects the HRQL of its sufferers.

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) são uma das principais causas de morbimortalidade no mundo (29,2% da mortalidade)^{1,2}.

A prevalência da hipertensão arterial (HAS) varia de 4% a mais de 30% de acordo com a região estudada, (22% a 44% no Brasil)^{3,4,5-8}, de 60% a 80%, entre os idosos^{9,10}. É uma doença crônica multifatorial, de detecção fácil, mas quase sempre

tardia por sua evolução ser lenta e silenciosa³.

A HAS é um dos principais fatores de risco cardiovascular e pode resultar em consequências graves a alguns órgãos (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos), além de ser considerada como um grave problema de saúde pública pela cronicidade, pelos altos custos com internações, incapacitação por invalidez e aposentadoria precoce^{11,12}. No Brasil, Miranzi et al¹³ salientam que 17,6% das internações são devidas à HAS e que são gastos com este agravo 5,9% dos recursos dispendidos pelo SUS.

Os principais fatores de risco para a HAS incluem: hereditariedade, idade, raça, obesidade, estresse, vida sedentária, álcool, sexo, anticoncepcionais, alta ingestão de sódio^{12,14,15}. Outros fatores, tanto sociais como físicos, também são destacados, não por serem causadores da HAS, mas por estarem frequentemente associados a ela (baixo nível educacional, colesterol elevado e diabetes mellitus)¹⁶. Assim, pela sua estreita correlação com estilo de vida, a HAS pode ser evitada, minimizada ou tratada com a adoção de hábitos saudáveis.

Apesar das dificuldades na adesão ao tratamento, os avanços no conhecimento e a evolução obtida na terapêutica têm aumentado a expectativa de vida da população¹⁷. Com a longevidade, é importante que os indivíduos mantenham a autonomia e a saúde, uma vez que o envelhecimento aumenta o risco de doenças crônicas, sobretudo cardiovasculares¹⁸. Além disso, com o aumento da sobrevida dos pacientes com doenças crônicas e/ou graves, a QV passou a ser mais valorizada e a importância de sua avaliação foi reconhecida e incorporada aos ensaios clínicos¹⁹.

Este estudo avaliou a QV de hipertensos comparada à de não hipertensos por meio de um instrumento genérico (SF-36) que avalia de forma integral a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS).

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional transversal exploratório, realizado com pacientes hipertensos em tratamento e indivíduos não hipertensos da comunidade.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Instituição (Protocolo: 074/2009). Todos os indivíduos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A investigação foi realizada com a comparação de dois grupos: Grupo Estudo (GE), formado por pacientes com diagnóstico HAS, matriculados e assistidos em serviço multiprofissional e Grupo Controle (GC), constituído por indivíduos normotensos da comunidade.

No GE incluíram-se pacientes de ambos os sexos, maiores de 18 anos, matriculados e acompanhados no serviço havia pelo menos um ano, com qualquer grau de controle da PA e dose estável de medicação anti-hipertensiva pelo menos 3 meses antes. Critérios de exclusão: diabetes descompensado, sequelas de acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca descompensada, insuficiência renal crônica, insuficiência hepática, infarto agudo do miocárdio nos últimos seis meses, doenças reumatológicas ativas, doença pulmonar obstrutiva crônica, outras doenças crônicas incapacitantes, doenças consumptivas, tabagismo, gravidez, utilização de psicofármacos, indivíduos em processo psicoterápico e participação de outro projeto de pesquisa.

No GC foram investigados indivíduos da comunidade, que se autorreferiram como saudáveis, de ambos os sexos, maiores de 18 anos e normotensos. Critérios de exclusão: uso de medicação anti-hipertensiva, presença de doenças crônicas ou incapacitantes, tabagismo, gravidez, uso de psicofármacos, indivíduos em processo psicoterápico.

Realizou-se o cálculo amostral para um erro padrão estimado de 7%, nível de significância de 5%, poder de teste de 80%, para detectar uma diferença de 10 pontos entre os grupos, nos escores das dimensões avaliadas pelo SF-36, com base nos valores de referência descritos por Ciconelli et al²⁰. O tamanho da amostra calculada foi de 231 indivíduos, para o GE, e de 76, para o GC. Para possível reposição de perdas, foram acrescentados 8,5% sobre o total da amostra calculada, incluídos 246 pacientes no GE e 87 indivíduos, no GC.

Na população dos 1100 indivíduos hipertensos, cadastrados e que freqüentavam o serviço, foram identificados 628 pacientes elegíveis para a participação no estudo. Entre eles, foram sorteados 246 prontuários de pacientes com freqüência regular. Os sorteados, após assinarem o TCLE, foram incluídos no GE, tendo sido realizada coleta de dados demográficos e clínicos no prontuário e aplicado instrumento de avaliação da QVRS mediante entrevista.

Para a constituição do GC, a pesquisadora dirigiu-se à comunidade em locais prováveis de se encontrarem possíveis participantes (clubes de serviços, academias,

parques da cidade e Universidade Aberta da Terceira Idade). Após a verificação dos critérios de elegibilidade e assinatura do TCLE, foram colhidas informações deste grupo por meio da autorreferência e aplicou-se o instrumento para avaliação da QVRS mediante entrevista.

Utilizou-se o SF-36, validado no Brasil por Ciconelli et al ²⁰. Este questionário compõe-se por 36 itens e divide-se em oito domínios. Para cada domínio, os itens foram codificados e transformados em escala de zero (pior QV) a 100 pontos (melhor QV), de acordo com a padronização do Manual do SF-36

O SF-36 também pode ser categorizado em dois componentes agrupados. O componente físico (*Physical Component Summary* - PCS) compõe-se pelo agrupamento dos domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, dor e estado geral de saúde e o componente mental (*Mental Component Summary* - MCS), pelo agrupamento dos domínios: vitalidade, aspectos sociais, aspecto emocional e saúde mental²¹⁻²⁵.

Análise Estatística

Os dados foram registrados em planilha eletrônica do Excel (Office 2007) e analisados com aplicação do programa *Statistical Package of Social Sciences* (SPSS 15.0).

As variáveis quantitativas, com distribuição normal, foram apresentadas com a média e o desvio padrão e aquelas com distribuição não normal, com a média, a mediana e o desvio padrão. As variáveis qualitativas foram apresentadas em números absolutos e porcentagens. As associações entre os grupos, em relação às variáveis qualitativas, foram estudadas com utilização do teste qui-quadrado. Para as variáveis quantitativas, depois do teste de Kolmogorov-Smirnov para análise de distribuição, foram aplicados os testes de Mann Whitney U para as variáveis binárias e Kruskal-Wallis para mais de dois grupos. O nível de significância estatística foi estabelecido para um valor de $p < 0,05$ para todos os testes.

A análise multivariada foi realizada com a construção de um modelo para cada desfecho analisado. Os domínios dos testes de QV foram considerados os desfechos para estas análises. Além dos domínios já estabelecidos, como capacidade funcional, aspecto físico, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspecto social, aspecto emocional e saúde mental (SF-36), também foram analisados os

componentes agrupados do SF-36, o componente físico (*Physical Component Summary* - PCS) e o componente mental (*Mental Component Summary* - MCS). As variáveis sociodemográficas foram utilizadas como variáveis explicativas e consideradas quando apresentaram valores de $p < 0,20$ na análise univariada.

RESULTADOS

Foram estudados 246 pacientes matriculados no serviço, que compuseram o GE, e 87 indivíduos da comunidade, sem diagnóstico de HAS, que constituíram o GC.

Os grupos eram homogêneos em relação à idade, ao sexo, à escolaridade e à renda ($p > 0,05$). A média de idade dos entrevistados foi de 61,5 ($\pm 12,6$ Mediana 63,0) anos. A maioria era do sexo feminino (68,9%). Os brancos representaram 68,3% da amostra e, em torno de 50%, tinham a renda familiar na faixa de um a quatro salários mínimos. A maioria possuía o primeiro grau incompleto (61,3%) e 58,1% dos investigados informaram que viviam com companheiro (Tabela 1).

Tabela 01 – Caracterização da população do Grupo Estudo e Grupo Controle, segundo as variáveis sociodemográficas.

	Grupo Estudo		Grupo Controle		
	N	%	N	%	p*
Sexo					
Masculino	71	28,9	29	33,3	0,43
Feminino	175	71,1	58	66,7	
Idade					0,10
Média	62,8±12,7		60,3±12,3		
Mínima	19		24		
Máxima	87		84		
Mediana	64		62		
Faixa Etária					0,53
≤ 40	14	5,7	8	9,2	
40 - 60	80	32,5	27	31,0	
≥ 60	152	61,8	52	59,8	
Etnia					0,88
Não Brancos	77	31,3	28	32,2	
Brancos	169	68,7	59	67,8	
Renda familiar					0,39
1 salário mínimo	100	40,7	30	34,5	
1 a 4 salários	123	50,0	45	51,7	
+ de 4 salários	23	9,3	12	13,8	
Escolaridade					0,09

1º grau incompleto	166	67,5	48	55,2	
1º grau completo	13	5,3	10	11,5	
2º grau incompleto	13	5,3	9	10,3	
2º grau completo	42	17,1	14	16,1	
3º grau incompleto/completo	12	4,9	6	6,9	
Estado civil					0,20
Sem companheiro	113	45,9	33	37,9	
Com companheiro	133	54,1	54	62,1	

*p significativo (p<0,05)

ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA

ANÁLISE INTERGRUPOS (GRUPO ESTUDO x GRUPO CONTROLE)

O GC (normotensos) obteve, em todos os domínios, médias mais altas quando foi comparado ao GE (hipertensos). As diferenças foram significativas (p<0,05) em todos os domínios, exceto no Aspecto Emocional AE em que, apesar de escores mais elevados no GC, não houve significância estatística (p=0,36). Desta forma, os indivíduos normotensos apresentaram melhor QVRS quando foram comparados aos hipertensos (Tabela 2).

Tabela 2 – Valores médios dos escores de cada domínio, obtidos no SF-36 - Grupo Estudo e Grupo Controle

Domínios SF-36	Grupo Estudo (hipertensos)		Grupo Controle (normotensos)		p*
	Média	DP	Média	DP	
Capacidade Funcional (CF)	61,0	±24,1	81,0	±17,6	0,00
Aspecto Físico (AF)	73,0	±38,8	90,5	±28,0	0,00
Dor (D)	61,1	±25,0	76,1	±22,4	0,00
Estado Geral de Saúde (EG)	64,4	±21,8	75,9	±16,2	0,00
Vitalidade (V)	55,7	±13,6	62,4	±9,0	0,00
Aspecto Social (AS)	61,7	±19,0	72,5	±15,4	0,00
Aspecto Emocional (AE)	75,2	±40,0	80,8	±35,0	0,36
Saúde Mental (SM)	66,6	±21,0	79,0	±13,5	0,00

*p significativo (p<0,05); DP= desvio padrão

Quando se realizou a comparação entre os dois grupos divididos por sexo, observou-se que os normotensos (GC) continuaram a obter escores de QVRS mais elevados em quase todos os domínios. Para o sexo masculino, a diferença foi

significativa nos domínios Capacidade Funcional (CF), Aspecto Social (AS), Saúde Mental (SM) e no Componente Físico agrupado (PCS), já no sexo feminino houve diferença significativa em todos os domínios, exceto no Aspecto Emocional (AE) (Tabela 3).

Na avaliação da influência das variáveis sociodemográficas sobre os domínios agrupados do SF-36, observou-se que os normotensos (GC) obtiveram maiores escores de QVRS em todas as variáveis. No Componente Físico agrupado (PCS) a diferença alcançou significância estatística para ambos os sexos para quaisquer faixa etária, escolaridade e estado civil. No Componente Mental agrupado (MCS), a diferença foi significativa para quaisquer faixa etária, renda e estado civil (Tabela 4).

Tabela 3 - Distribuição dos valores médios dos escores do SF-36 no GE e GC segundo os domínios para a variável sexo masculino e feminino.

	Sexo Masculino					Sexo Feminino				
	Grupo Estudo (Hipertensos)		Grupo Controle (Normotensos)		p*	Grupo Estudo (Hipertensos)		Grupo Controle (Normotensos)		p*
	Média	DP	Média	DP		Média	DP	Média	DP	
Capacidade Funcional (CF)	73,2	±19,9	83,1	±16,3	0,01	56,1	±40,6	80,0	±29,3	0,00
Aspecto Físico (AF)	86,3	±30,4	93,1	±25,8	0,14	67,6	±23,9	89,2	±18,3	0,00
Dor (D)	70,5	±26,4	79,2	±24,4	0,12	57,3	±23,4	74,6	±21,5	0,00
Estado Geral de Saúde (EGS)	68,4	±22,3	77,6	±13,0	0,09	62,8	±21,5	75,0	±17,7	0,00
Vitalidade (V)	61,1	±12,8	63,8	±7,6	0,34	53,6	±13,4	61,6	±9,6	0,00
Aspecto Social (AS)	68,8	±14,5	77,2	±10,0	0,01	58,8	±19,8	70,2	±17,1	0,00
Aspecto Emocional (AE)	89,5	±29,2	85,1	±32,2	0,35	69,4	±42,3	78,3	±36,2	0,18
Saúde Mental (SM)	74,9	±17,0	84,1	±8,2	0,01	63,2	±21,5	76,4	±14,8	0,00
Componente Físico agrupado (PCS)	298,4	±72,6	333,1	±52,1	0,04	243,8	±84,0	318,7	±58,5	0,00
Componente Mental agrupado (MCS)	294,9	±57,5	310,2	±44,5	0,12	244,9	±76,9	287,0	±62,6	0,00

*Mann-WhitneyU; *p significativo (p<0,05); DP= desvio padrão

Tabela 4- Influência das variáveis sociodemográficas nos domínios do SF-36 agrupados em dois componentes, componente físico agrupado (Physical Component Summary- PCS) e componente mental agrupado (Mental Component Summary- MCS).

	Grupo Estudo (hipertensos)		Grupo Controle (normotensos)			Grupo Estudo (hipertensos)		Grupo Controle (normotensos)		
	PCS		PCS			MCS		MCS		
	Média	DP	Média	DP	p*	Média	DP	Média	DP	p*
Sexo										
Masculino	298,4	±72,6	333,1	±52,1	0,04	259,3	±75,2	310,2	±44,5	0,12
Feminino	243,8	±83,9	318,7	±58,6	0,00	244,9	±76,9	286,9	±62,6	0,00
Faixa etária										
< 60 anos	264,4	±79,3	324,0	±55,4	0,00	247,6	±79,8	287,5	±66,6	0,04
>60 anos	256,6	±87,6	323,2	±57,9	0,00	266,4	±71,7	299,6	±51,6	0,01
Renda										
<4 salários	256,3	±84,1	320,2	±58,9	0,00	257,9	±74,9	289,0	±60,1	0,00
>4 salários	291,2	±82,6	344,5	±34,3	0,07	273,4	±79,3	330,3	±21,2	0,02
Escolaridade										
Até 1º Grau	247,4	±86,1	321,2	±61,8	0,00	255,5	±73,9	296,5	±54,4	0,00
Mais 1º Grau	291,9	±70,8	328,2	±44,9	0,03	269,9	±78,3	291,1	±65,6	0,16
Estado Civil										
Sem companheiro	244,3	±88,1	310,0	±62,1	0,00	242,7	±80,0	288,1	±67,0	0,00
Com companheiro	272,5	±79,2	331,8	±51,8	0,00	273,2	±68,30	298,8	±52,1	0,01

Mann Whitney U; *p significativo (p<0,05); Componente Físico agrupado (PCS) - composto pelos domínios: Capacidade Funcional, Aspecto Físico, Dor, Estado Geral de Saúde; Componente Mental agrupado (MCS) - composto pelos domínios: Vitalidade, Aspecto Social, Aspecto Emocional e Saúde Mental.

ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA INTRAGRUPO

GRUPO ESTUDO (HIPERTENSOS)

Na análise da QVRS intragrupo observou-se que os homens hipertensos tiveram pontuação média significativamente maior em todos os domínios quando foram comparados às mulheres hipertensas ($p < 0,05$) (Tabela 5).

Tabela 5 - Valores médios dos escores de cada domínio do SF-36 no GE para a variável sexo

	Masculino		Feminino		p*
	Média	DP	Média	DP	
Capacidade Funcional (CF)	73,2	19,9	56,1	40,6	0,00
Aspecto Físico (AF)	86,3	30,4	67,6	23,9	0,00
Dor (D)	70,5	26,4	57,3	23,4	0,00
Estado Geral de Saúde (EGS)	68,4	22,3	62,8	21,5	0,00
Vitalidade (V)	61,1	12,8	53,6	13,4	0,00
Aspecto Social (AS)	68,8	14,5	58,8	19,8	0,00
Aspecto Emocional (AE)	89,5	29,2	69,4	42,3	0,00
Saúde Mental (SM)	74,9	17,0	63,2	21,5	0,00
Componente Físico agrupado (PCS)	298,4	72,6	243,8	84,0	0,00
Componente Mental agrupado (MCS)	294,9	57,5	244,9	76,9	0,00

*Mann-Whitney U; p*significativo ($p < 0,05$); DP= desvio padrão

Em relação às variáveis sociodemográficas, os hipertensos mais jovens (≤ 40 anos), com maior rendimento (> 4 salários) e maior escolaridade (3º grau incompleto/completo) obtiveram escores de QVRS significativamente maiores no domínio Capacidade Funcional (CF) quando foram comparados aos mais idosos, com menor renda e escolaridade ($p = 0,02$; $p < 0,05$ e $p = 0,05$, respectivamente).

Aqueles, que relataram que tinham companheiro apresentaram melhores médias de QVRS nos domínios Capacidade Funcional CF, Aspecto Físico AF, Aspecto Social AS e Aspecto Emocional AE ($p < 0,05$) quando foram comparados com os sujeitos que não os tinham.

Na análise dos domínios do SF-36 agrupados, verificou-se que os pacientes do sexo masculino, que tinham companheiro, apresentaram melhores escores de QVRS no componente físico agrupado (PCS) assim como no componente mental agrupado (MCS) ($p < 0,05$). Maior escolaridade (3º grau incompleto/completo) e renda maior que 04 salários mínimos determinaram pontuação mais elevada apenas no

PCS ($p < 0,05$). A faixa etária não determinou diferença significativa da QVRS nos componentes agrupados.

Em resumo, constatou-se que, no GE, os homens, os mais jovens, aqueles com maior renda, grau maior de escolaridade e que tinham companhia apresentaram melhores escores de QVRS que as mulheres com HA.

Na análise multivariada, a variável sexo funcionou como variável explicativa para sete dos oito domínios, com exceção do EGS. O domínio AE teve as variáveis sexo, idade e estado civil como explicativas da distribuição das médias neste grupo. A idade foi variável explicativa nos domínios AE e SM.

Ao averiguar o efeito das variáveis sociodemográficas na QVRS, por meio da categorização do SF-36 nos dois componentes agrupados (componente físico - PCS e componente mental - MCS), verificou-se que, no PCS físico, houve influência significativa do sexo ($p = 0,00$) e da escolaridade ($p = 0,02$), no componente mental, do sexo ($p = 0,00$) e do estado civil ($p = 0,03$).

Em relação às variáveis (tempo de diagnóstico e tratamento, controle da PA, quantidade de drogas anti-hipertensivas e número de tomadas/dia), verificou-se que o tempo de diagnóstico interferiu, significativamente, na QVRS no domínio AF ($p = 0,00$) e no componente físico agrupado ($p = 0,04$), em que os pacientes com menor tempo de diagnóstico apresentaram melhor QVRS. O tempo de tratamento e o fato de a PA estar, ou não, controlada não interferiu significativamente na QVRS. Da mesma maneira, a quantidade de drogas anti-hipertensivas usadas e o número de ingestão por dia também não influenciaram a QVRS.

Com relação ao tipo de medicamento, não foi possível verificar sua interferência na QVRS em virtude da grande variedade de associações.

Na análise multivariada das variáveis clínicas, verificou-se que elas não apresentaram influência na QVRS.

DISCUSSÃO

Os resultados demonstraram que os pacientes hipertensos apresentaram pior QVRS, quando foram comparados aos normotensos, uma vez que os escores relativos a sete, dentre oito domínios do SF-36, foram menores para aqueles sujeitos quando foram comparados aos últimos. Na literatura, vários estudos corroboram este resultado, o que demonstra o impacto da hipertensão na QVRS^{10,16,25,26}.

Todos os autores supracitados avaliaram a QVRS em pacientes hipertensos comparados aos normotensos, com exceção de Brito et al¹⁰, que avaliaram o impacto da HAS na QVRS apenas em pacientes hipertensos e constataram que, apesar de esses pacientes perceberem a doença como sem gravidade e curável, a HAS interfere na QVRS.

Os autores, que avaliaram a QVRS em pacientes hipertensos e compararam-na aos normotensos, concluíram que aqueles com a PA elevada apresentaram-na de forma pior. Concluíram, ainda, que, neste grupo, algumas variáveis podem causar mais impacto na QVRS, como por exemplo, presença de comorbidades^{16, 26}, PA não controlada¹⁶, danos em órgãos alvo, frequência cardíaca elevada, excesso de peso²⁷, sexo feminino, idade mais avançada, menor renda e escolaridade e ausência de companheiros²⁵.

No presente estudo os dados demonstraram que os hipertensos do sexo masculino, os mais jovens, aqueles com maior renda e escolaridade e que tinham companheira apresentaram melhor QVRS, o que confirma os dados obtidos por Bardage e Isacson²⁵.

Os estudos de Arslantas et al¹⁶, Bardage e Isacson²⁵, Wang et al²⁶ utilizaram o SF-36 como instrumento de avaliação da QVRS, entretanto foram encontradas diferenças com relação às dimensões que sofrem influência da HAS. No presente estudo verificou-se o impacto da HAS em todos os domínios, com exceção do domínio AE. Silqueira²⁸ afirma que, apesar de se encontrarem frequentemente os sentimentos, como ansiedade e depressão, em hipertensos, a prática clínica mostra que tais sentimentos são mais comuns em pacientes com diagnóstico recente de HAS. Esta afirmação talvez possa justificar os resultados obtidos neste estudo (não comprometimento no domínio AE), uma vez que a média de tempo de diagnóstico dos pacientes estudados foi longa (17,26 anos).

No estudo realizado por Bardage e Isacson²⁵ foi encontrada diferença significativa em todos os domínios, com exceção do AE e SM. Em dois estudos publicados em 2008^{16,29}, os autores encontraram pior QVRS em todos os domínios. Da mesma forma, foram descritos os resultados de Roca-Cusachs et al²⁷. De maneira diferente, Wang et al²⁶ encontraram diferenças na CF, EGS, V, AS, AE ao passo que Mena-Martin et al³⁰ mostraram pior QVRS nos domínios EGS, CF, V, SM. Já Brito et al¹⁰ encontraram pior QVRS apenas nos domínios EGS e D.

De acordo com alguns autores^{16, 25}, a falta de consistência dos estudos acerca do impacto da HAS na QVRS, nos domínios do SF-36, pode ser justificada pelas diferenças da população estudada (características sociodemográficas, comorbidades, gravidade da hipertensão e efeitos colaterais da medicação anti-hipertensiva).

Trevisol, Moreira e Fuchs³¹ afirmam que, apesar da variabilidade dos resultados do impacto da HAS na QVRS, os pacientes hipertensos, quando são comparados aos normotensos, apresentam pior QVRS, pelo menos, no componente físico. Alguns autores sustentam tal constatação^{25,28,32} e explicam que o maior comprometimento nos domínios físicos relaciona-se com o fato de a escala SF-36 estar mais associada com doença física²⁵.

Neste estudo, nos domínios que apresentaram diferença significativa, os maiores escores em ordem decrescente, foram Aspecto Físico, Saúde Mental, Estado Geral de Saúde, Aspecto Social, Dor, Capacidade Funcional, Vitalidade.

Alguns autores^{28,32} também encontraram menor escore (pior QVRS) no domínio Vitalidade e afirmaram que tal fato pode ser explicado pela falta de disposição e ânimo por causa da associação da HAS com sintomas de cefaléia, ansiedade, astenia e pelos efeitos das drogas anti-hipertensivas, como por exemplo, que apresentam os efeitos colaterais, fadiga e distúrbios do sono.

Na análise intragrupo, quando se avaliou a QVRS apenas entre os hipertensos em relação às variáveis sociodemográficas, verificou-se que a QVRS, para os homens, foi avaliada como melhor em todos os domínios, o que inclui os componentes físico e emocional. Alguns investigadores, que encontraram resultados semelhantes^{22, 25,33}, afirmam que as mulheres apresentaram pior QVRS em razão dos fatores hormonais^{22, 25} e por serem mais atentas aos estados internos²⁵.

Segundo Youssef et al³³, o fato de os homens apresentarem melhor QVRS em relação aos aspectos emocionais pode ser compreendido porque as mulheres referem-se, mais frequentemente, a sentimentos de insatisfação, além disso, os homens têm maior tolerância a doenças crônicas e não são emocionalmente tão afetados por elas quanto as mulheres.

Em relação à faixa etária, verificou-se, no presente estudo, que os pacientes mais jovens (<30 anos) apresentaram melhor QVRS no componente CF quando foram comparados aos mais idosos (>60anos). Alguns autores^{25,26} também encontraram melhor QVRS em hipertensos com menor idade quando os

compararam aos de maior idade. No processo de envelhecimento podem surgir agravos à saúde em decorrência das alterações fisiológicas e funcionais, que tornam o indivíduo mais vulnerável a doenças crônicas, o que pode afetar a QVRS e comprometer os aspectos físicos^{18, 25}.

Indivíduos com maior renda apresentaram escores mais altos na QVRS no domínio CF e esse dado foi corroborado em alguns estudos^{25,26,32}. Na escala agrupada constatou-se que pacientes com maior renda apresentaram escores mais altos na QVRS no componente físico agrupado (PCS). Os rendimentos financeiros são importantes na vida diária e na qualidade de vida³⁴. Podem interferir no estado físico e mental, uma vez que garantem acessibilidade ao tratamento e aos medicamentos, além de proporcionarem uma vida tranquila em relação à aquisição de bens.

Grau maior de escolaridade dos participantes da pesquisa também significou maior escore na QVRS no domínio CF quando esses foram comparados aos participantes que tinham primeiro grau incompleto. Na escala agrupada do SF-36, constatou-se que pacientes com maior escolaridade apresentaram maior escore na QVRS no componente físico agrupado (PCS). A escolaridade influencia no grau de compreensão das informações, o que favorece o conhecimento sobre a doença e a adesão ao tratamento³⁵. Por este motivo, pacientes com maior grau de escolaridade podem apresentar melhores escores na QVRS.

Com relação ao estado civil, aqueles que relataram que tinham cônjuge, apresentaram melhores médias de QVRS no domínio CF.

Em relação às variáveis clínicas, verificou-se que o tempo de diagnóstico influenciou de forma desfavorável no domínio AF e no PCS. Ao analisar a relação do tempo de tratamento da HAS na QVRS, verificou-se que não houve diferença estatisticamente significativa em nenhum dos domínios.

No presente estudo, ao comparar a QVRS dos pacientes com PA controlada com aqueles com PA não controlada, verificou-se que não houve diferença significativa, o que confirmam os dados obtidos por Melchior³⁶, que também não encontrou diferença na QVRS entre hipertensos controlados e não controlados. Este diverge de outro estudo¹⁶, em que se encontrou pior QVRS nos domínios CF, AF, EGS, V, AS e SM nos indivíduos hipertensos não controlados e, diverge, ainda, de outro mais³³ que encontrou dados de que o controle da PA foi um preditor para melhor QVRS. Ao avaliar a interferência da quantidade das drogas anti-hipertensivas

na QVRS, por meio do SF-36, não se verificou diferença significativa em nenhum dos domínios.

Em síntese, neste estudo, observou-se em relação às variáveis sociodemográficas que a faixa etária (mais jovens) e o estado civil (com companheiro) interferiram para melhor QVRS no domínio CF. Maior renda e escolaridade influenciaram no domínio CF, bem como, no PCS. Em relação às variáveis clínicas, o tempo de diagnóstico interferiu de forma negativa na QVRS no domínio AF e no PCS. Por conseguinte, observou-se maior impacto da hipertensão na QV nos domínios relacionados aos aspectos físicos do SF-36 e no componente físico agrupado – PCS. Segundo Bardage e Isacson²⁵, o maior comprometimento nos domínios físicos relaciona-se com o fato de a escala SF-36 estar mais associada à doença física.

Como vimos, apesar de ser tarefa difícil, avaliar a qualidade de vida dos pacientes hipertensos é importante por proporcionar melhor conhecimento e compreensão da interferência da HA sobre a QV. Isto impele os profissionais de saúde a dedicar maior atenção a este aspecto no que diz respeito à busca de modificações na abordagem terapêutica. Isto deverá ocorrer com o desenvolvimento de fármacos, ainda mais efetivos, e que tenham efeitos benéficos sobre a QVRS e/ou com encontro de alternativas médicas e sociais, que possam interferir favoravelmente na QV dos pacientes como um todo.

Agradecimentos

À equipe multiprofissional do serviço e aos indivíduos que participaram como sujeitos desta pesquisa.

Potencial conflito de interesses:

Declaro que não houve conflito de interesses.

Fontes de Financiamento:

O presente estudo teve financiamento parcial da CAPES.

Vinculação acadêmica:

Este artigo é parte da tese de doutorado de Maria Virgínia de Carvalho, pelo programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás.

REFERÊNCIAS

- 1-Nogueira D, Faerstein E, Coeli CM, Chor D, Lopes CS, Werneck GL. Reconhecimento, tratamento e controle da hipertensão arterial: Estudo Pró-Saúde, Brasil. *Rev Panam Salud Pública*. 2010; 27(2): 103-109. Disponível em: <http://journal.paho.org/uploads/1268236079.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2011.
- 2-Rosini N, Machado M. J, Xavier H. T. Estudo da Prevalência e multiplicidade de fatores de risco cardiovascular em hipertensos do município de Brusque, SC. *Arquivos Bras Cardiol*. 2006; 86(3): 219-222. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2006000300010. Acesso em: 12 nov. 2008.
- 3-Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol*. 2010; 95(1-supl.1): 01-51. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz hipertensao associados.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2011.
- 4-Amaral FG, Jardim PCBV, Brasil MAA, Souza ALL, Freitas HF, Taniguchi, LM, et al. Prevalência de transtorno depressivo maior em centro de referência no tratamento de hipertensão arterial. *Rev Psiquiatr*. 2007; 29(2): 161-168. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v29n2/v29n2a07.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2010.
- 5-Melchior AC, Correr CJ, Pontarolo R, Santos FOS, Souza RAP. Qualidade de vida em pacientes hipertensos e validade concorrente do MINICHAL-Brasil. *Arq Bras Cardiol*. 2010; 94(3): 357-364. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/abc/v94n3/13.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2010.
- 6-Jardim PCBV, Gondim MRP, Monego ET, Moreira HG, Vitorino PVO, Souza WKS, et al. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. *Arq Bras Cardiol*. 2008; 88(4): 452-457.
- 7-Fuchs SC, Castro MS, Fuchs FC. Adesão ao tratamento antihipertensivo. *Hipertensão*. 2004; 7(3): 90-93.
- 8-Gus I, Harzheim E, Zaslavsky C, Medina C, Gus M. Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no Estado do Rio Grande do Sul. *Arq Bras Cardiol*. 2004; 83(5): 424-428. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v83n5/22137.pdf>. Acesso em: 14 set. 2010.
- 9-Gazoni FM, Braga, ILS, Guimarães HP, Lopes RD. Hipertensão sistólica no idoso. *Rev Bras Hipertens*. 2009; 16(1): 34-37. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/16-1/10-hipertensao.pdf>. Acesso em: 14 set. 2010.

10-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*. 2008; 24(4): 933-940. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2008000400025. Acesso em: 14 jun. 2009.

11-Péres DS, Magna J M, Viana L A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. *Rev Saúde Pública*. 2003; 37(5): 635-642. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v37n5/17480.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2008.

12-Reis MG, Glashan RQ. Adultos hipertensos hospitalizados: percepção de gravidade da doença e de qualidade de vida. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2000; 9(3): 51-57. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n3/11498.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2008.

13-Miranzi SSC, Ferreira FS, Iwamoto HH, Pereira GA, Miranzi MAS. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. *Texto Contexto Enferm*. 2008; 17(4): 672-678. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v94n3/13.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2010.

14-Feijão AMM, Gadelha FV, Bezerra AA, Oliveira AM, Silva MSS, Lima JWO. Prevalência de excesso de peso e hipertensão arterial, em população urbana de baixa renda. *Arq Bras Cardiol*. 2005; 84(1): 29-33. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v84n1/23002.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2009.

15-Simonetti JP, Batista L, Carvalho LR. Hábitos de salud y factores de riesgo en pacientes con hipertensión arterial. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2002; 10(3): 415-422. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692002000300016&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 12 nov. 2008.

16-Arslantas D, Ayranci U, Unsal A, Tozun M. Prevalence of hypertension among individuals aged 50 years and over and its impact on health related quality of life in a semi-rural area of western Turkey. *Chin Med J (Engl)*. 2008; 121(16): 1524-1531.

17-Pereira JC, Barreto SM, Passos VMA. O perfil de saúde dos idosos brasileiros precisa melhorar: estudo de base populacional. *Arq Bras Cardiol*. 2008; 91(1): 01-10. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066782X2008001300001&script=sci_arttext. Acesso em: 27 abr. 2010.

18-Oliveira SMJV, Santos JLF, Lebrão ML, Duarte YAO, Pierin AMG. Hipertensão arterial referida em mulheres idosas: prevalência e fatores associados. *Texto Contexto Enferm*. 2008; 17(2): 241-249. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n2/04.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2010.

19-Arbex FS, Almeida EA. Qualidade de vida e hipertensão arterial no envelhecimento. *Rev Bras Clin Med*. 2009; 7(5): 339-342. Disponível em: http://lildbi.bireme.br/lildbi/docsonline/lilacs/20091100/751_12_Qualidade_RBCM_v7_n5.pdf. Acesso em: 06 abr. 2010.

20- Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade

de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol.*1999; 39(3): 143-150. Disponível em: http://www.nutrociencia.com.br/upload_files/artigos_download/gulalidade.pdf. Acesso em: 14 jun. 2009.

21- Vidal MR, Escobar MM, Salas MC. Valoración Psicométrica de los componentes físicos (CSF) y mentales (CMS) del SF-36 en pacientes insuficientes renales crónicos en tratamiento con hemodiálisis, *Ciencia y Enfermería.* 2009; 15(1): 75-88.

22- Banegas JR, López-García E, Graciane A, Guallar-Castillón P, Gutierrez-Fisac JL, et al. Relationship between obesity, hypertension and diabetes, and health-related quality of life among the elderly. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2007; 14(3): 456-462.

23- Lash JP, Wang X, Greene T, Gadegbeku CA, Hall Y, Jones K, et al. Quality of life in the African American study of kidney disease and hypertension: effects of blood pressure management. *Am J Kidney Dis*, 2006; 47(6): 956-964.

24- Severo M, Santos AC, Lopes C, Barros H. Fiabilidade e validade dos conceitos teóricos das dimensões de saúde física e mental da versão portuguesa do MOS SF-36. *Acta Med Port.* 2006; 19:281-288. Disponível em: <<http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2006-19/4/281-288.pdf>>. Acesso 08 Jul, 2011.

25- Bardage C, Isacson DGL. Hypertension and health-related quality of life: an epidemiological study in Sweden. *J Clin Epidemiol.*2001; 54(2): 172-181.

26- Wang R, Zhao Y, He X, Ma X, Yan X, Sun Y et al. Impact of hypertension on health-related quality of life in a population-based study in Shanghai, China. *Public Health.*2009; 123(8): 534-539.

27- Roca-Cusachs A, Dalfó A, Badia X, Aristegui I, Roset M. Relation between clinical and therapeutic variables and quality of life in hypertension. *J Hypertens.* 2001; 19(10): 1213-1219.

28- Silqueira S M F. O questionário genérico SF-36 como instrumento de mensuração da qualidade de vida relacionada a saúde de pacientes hipertensos. Tese não publicada (2005). Universidade de São Paulo. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-17052007-160822/en.php>>. Acesso em 07 Jun. 2009.

29- Schulz RB, Rossignoli P, Correr CJ, Llimós FF, Toni PM. Validação do mini-questionário de qualidade de vida em hipertensão arterial (MINICHAL) para o português (Brasil). *Arq Bras Cardiol.* 2008; 90(2):139-144. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066782X2008000200010&script=sci_arttext>. Acesso em: 14 jun. 2009.

30- Mena-Martin FJ, Martin-Escudero JC, Simal-Blanco F, Carretero-Ares JL, Arzuá-Mouronte D, Herreros-Fernandez V. Health-related quality of life of subjects with known and unknown hypertension: results from the population-based Hortega study. *J Hypertens.* 2003; 21(7): 1283-1289.

- 31- Trevisol DJ, Moreira LB, Fuchs SC. Qualidade de vida e hipertensão arterial. *Hipertensão*. 2008; 11(4): 138-142.
- 32- Magnabosco P. Qualidade de vida relacionada a saúde do indivíduo com hipertensão arterial integrante de um grupo de convivência. Dissertação não publicada (2007). Universidade de São Paulo.
- 33- Youssef RM, Moubarak II, Kamel MI. Factors affecting the quality of life of hypertensive patients. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2005; 11(1/2): 109-118. Disponível. http://www.emro.who.int/publications/emhj/1101_2/PDF/14.pdf. Acesso: 23 jan 2011.
- 34- Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC, Ribeiro RCL, Sampaio RF, Priore, SE et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos Rev Psiquiatr. 2006; 28(1): 27-38.
- 35- Saraiva K RO, Santos ZMSA, Landim FLP, Teixeira AC. Saber do familiar na adesão da pessoa hipertensa ao tratamento: análise com base na educação popular em saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2007; 16(2): 263-270.
- 36- Melchior AC. Hipertensão arterial: análise dos fatores relacionados com o controle pressórico e a qualidade de vida. Dissertação de mestrado não publicada (2008). Universidade Federal do Paraná

ARTIGO 2

Título:

QUALIDADE DE VIDA DE HIPERTENSOS EM TRATAMENTO AMBULATORIAL

RESUMO

Fundamento: a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), caracterizada pelo aumento sustentado da pressão arterial (PA) no indivíduo, é um dos principais fatores de risco cardiovascular, de alta prevalência em quase todos os países e pode interferir na qualidade de vida (QV).

Objetivo: avaliar a interferência da HAS na qualidade de vida de pacientes hipertensos em tratamento ambulatorial por meio do questionário MINICHAL-Brasil.

Método: estudo transversal constituído por pacientes com diagnóstico médico de hipertensão arterial, matriculados e assistidos pela Liga de Hipertensão Arterial (LHA). Em pacientes >18 anos, de acordo com os critérios de inclusão/exclusão, foram aplicados ficha sociodemográfica e MINICHAL-Brasil. Análise estatística: Testes Mann-Whitney, Kruskal Wallis, Qui-quadrado.

Resultados: a maioria apresentou PA controlada e estava em uso de três ou quatro drogas. A classe de medicamentos mais utilizada foi a associação de diuréticos, inibidores da ECA e bloqueadores de canal de cálcio. A HAS interferiu negativamente na QVRS de forma significativa no domínio estado mental (EM) e foi favorável aos homens mais jovens, com maior escolaridade e renda e que viviam com companheira. A quantidade de anti-hipertensivos também influenciou esse domínio.

Conclusão: na avaliação da QVRS por meio do MINICHAL-Brasil verificou-se pior QVRS no domínio estado mental (EM).

Palavras-Chave: Hipertensão Arterial, Qualidade de Vida, Estado Mental, MINICHAL.

ARTICLE 2

Title:

QUALITY OF LIFE OF OUTPATIENT HYPERTENSIVES

ABSTRACT

Rationale: Systemic Arterial Hypertension (SAH), characterized by a sustained increase in an individual's blood pressure (BP), is one of the principal cardiovascular risk factors, with high prevalence in virtually every country, and it may affect quality of life.

Objective: to evaluate the effect of SAH on the quality of life of outpatient hypertensives by means of the MINCHAL-Brasil questionnaire.

Method: a cross-sectional study of arterial hypertension-diagnosed patients registered and receiving assistance at the Hypertension League. A socio-demographic information form and MINCHAL-Brasil were administered to patients >18 years old and meeting inclusion criteria. Statistical analysis: Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis and chi-square tests.

Results: most patients had controlled BP and three or four drugs were in use. The most used class of drugs was the association of diuretics, ACE blockers and calcium channel blockers. SAH significantly affected HRQL in the mental state (MS) domain. Those least affected were younger men with higher educational levels and higher income living with a partner. The quantity of antihypertensives also influenced this domain.

Conclusion: the HRQL evaluation by means of MINICHAL-Brazil showed worse HRQL in the mental state domain.

Keywords: Arterial Hypertension, Quality of Life, Mental State, MINICHAL.

Abreviações

HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
PA	Pressão Arterial
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PAD	Pressão Arterial Diastólica
MmHg	milímetros de mercúrio
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SBH	Sociedade Brasileira de Hipertensão

SBN	Sociedade brasileira de Nefrologia
VI DBH	VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
MINICHAL	Mini Cuestionario de Calidad Vida em Hipertensión Arterial
LHA	Liga de Hipertensão Arterial
FM	Faculdade de Medicina
HC	Hospital das Clínicas
UFG	Universidade Federal de Goiás
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
PCS	Componente Físico
MCS	Componente Mental
EM	Estado Mental
MS	Manifestações Somáticas
IECA	Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina
SPSS	Statistical Package of Social Sciences

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é considerada uma doença crônica multifatorial, de detecção fácil, mas, quase sempre, tardia por sua evolução ser lenta e silenciosa [1].

O indivíduo portador de HAS é aquele que mantém a pressão arterial sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e/ou a pressão arterial diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg em muitas medidas [1].

Vários estudos destacam que os fatores de risco para a HAS incluem: hereditariedade, idade, raça, obesidade, estresse, vida sedentária, álcool, sexo, anticoncepcionais, alta ingestão de sódio e gorduras [2-3,4]. Outros fatores, sociais como físicos, também se destacam, não por serem causadores da HAS, mas por estarem frequentemente associados a ela como, por exemplo, baixo nível educacional, colesterol total elevado e diabetes mellitus [5]. Desta forma, pela sua estreita correlação com estilo de vida, a HAS pode ser evitada, minimizada ou tratada com a adoção de hábitos saudáveis [1].

Apesar de a HAS ser considerada um problema de saúde pública em razão da cronicidade, aos custos com internações, à incapacitação por invalidez e à aposentadoria

precoce [4-6], sabe-se que uma parcela reduzida dos pacientes hipertensos é tratada de forma adequada e uma parcela menor ainda tem a PA sob controle [7].

Com o aumento da sobrevida dos pacientes com doenças graves, a qualidade de vida (QV) passou a ser cada vez mais valorizada, e a importância de sua avaliação foi incorporada aos ensaios clínicos [8]. As informações sobre a qualidade de vida têm sido utilizadas como: (a) indicadores para avaliação da eficácia de tratamentos para grupos portadores de queixas diversas; (b) comparação procedimentos no controle dos problemas de saúde; (c) indicador do impacto físico e psicossocial que determinadas enfermidades podem trazer para as pessoas acometidas e (d) indicadores de produção de conhecimentos [9-10,11].

A mensuração da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) se tornou um importante indicador de saúde em testes clínicos, de avaliação de serviços, da necessidade de cuidados de saúde, de estratégias de melhoria nas intervenções clínicas e na análise de custos e benefícios [11-12]. Assim, a mensuração da QVRS é cada vez mais utilizada e reflete a importância de como os pacientes se sentem em relação à saúde e ao grau de satisfação quanto ao tratamento.

Avaliar a qualidade de vida em pacientes hipertensos é de grande relevância porque se pode ajudar a orientar as estratégias de tratamento mais eficazes para essa população, dada a importância da HAS. Assim, este estudo teve o objetivo de avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes de um serviço de referência para o tratamento da hipertensão arterial.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, realizado com pacientes com diagnóstico médico de hipertensão arterial, matriculados e assistidos em serviço multiprofissional de atendimento a hipertensos.

Observaram-se os seguintes critérios de inclusão: assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), homens e mulheres maiores de 18 anos, matriculados e acompanhados no serviço pelo menos um ano antes, qualquer grau de controle da pressão arterial, dose estável de medicação anti-hipertensiva havia pelo menos 3 meses.

Como critérios de exclusão, consideraram-se: diabetes descompensado, sequelas de acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca descompensada, insuficiência renal crônica,

insuficiência hepática, infarto agudo do miocárdio nos últimos seis meses, doenças reumatológicas ativas, doença pulmonar obstrutiva crônica, outras doenças crônicas incapacitantes, doenças consumptivas, tabagismo, gravidez, utilização de psicofármacos, indivíduo atendido em processo psicoterápico, sujeito de pesquisa em outro projeto desenvolvido pela equipe multiprofissional.

Para a definição da amostra e seleção dos participantes, realizou-se o cálculo amostral para um erro padrão estimado de 7%, com nível de significância de 5%, poder de teste de 80%. Com base nestes critérios, seria necessário investigar 231 indivíduos e, para uma margem de segurança, adicionaram-se 15 indivíduos e a amostra final somou 246 pacientes. Em consideração aos critérios de inclusão/exclusão, 628 pacientes foram considerados elegíveis para a participação no estudo, desses, foram sorteados 246, e, em seguida, contactados e convidados para participarem da pesquisa.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humana e Animal da instituição (Protocolo: 074/2009) e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A ficha sociodemográfica e o instrumento de avaliação de qualidade de vida foram aplicados pela pesquisadora por meio da modalidade entrevista.

Os dados sociodemográficos foram colhidos de duas maneiras: a) sexo e idade por meio dos prontuários dos pacientes; b) etnia, escolaridade, renda familiar e estado civil mediante relatos dos indivíduos durante a entrevista. Os dados clínicos (índice de massa corporal, classificação da hipertensão – controlada e não controlada, tipo do tratamento, número e classe de medicamentos utilizados, comorbidades, valor médio da PA), história (tempo da hipertensão e do tratamento) (Apêndice 3 e Apêndice 4) foram também colhidos nos prontuários dos pacientes. As informações obtidas no prontuário foram relativas à última consulta.

Para a avaliação da QVRS, aplicou-se o MINICHAL - *Mini-Cuestionario de Calidad Vida em Hipertensión Arterial*, validado no Brasil por Schulz [13], que é composto por 17 questões divididas em dois domínios. O domínio Estado Mental EM compreende nove questões (01 a 09) e o domínio Manifestação Somática MS, compreende sete questões (10 a 16). A questão 17, que avalia se a hipertensão e o tratamento têm afetado a QV do paciente, não se inclui em nenhum dos dois domínios. A resposta dos domínios está distribuída numa escala de frequência, tipo *Likert*, com quatro opções de respostas (0) *Não, absolutamente*, (1) *Sim, um pouco*, (2) *Sim, bastante* e (3) *Sim, muito*. Assim, para o domínio EM, a pontuação máxima é de 27 pontos e, para o domínio MS, a pontuação máxima é de 21 pontos. Nessa

escala, se se considerar o conjunto das questões e, quanto mais próximo de zero, estiver o resultado, melhor a QV. A questão 17 é pontuada na mesma escala *Likert*, porém todavia o resultado não se inclui em nenhum dos dois domínios.

Análise Estatística

Os dados foram analisados com aplicação do programa SPSS (versão 15.0). As variáveis quantitativas, com distribuição normal, foram apresentadas com a média e o desvio padrão e aquelas com distribuição não normal, com a mediana e o desvio padrão; as variáveis qualitativas, em números absolutos e porcentagens. As associações entre os grupos em relação às variáveis qualitativas foram estudadas com a utilização do teste qui-quadrado. Para as variáveis quantitativas foram aplicados o teste de Mann Whitney U, para as variáveis binárias, e Kruskal-Wallis para mais de dois grupos, após haver sido identificado que as mesmas não eram paramétricas por meio do teste de Kolmogorov Smirnov. O nível de significância estatística foi estabelecido em 5% para todos os testes.

Realizou-se a análise multivariada mediante a construção de um modelo para cada desfecho analisado. Os componentes já estabelecidos do MINICHAL foram considerados os desfechos para estas análises. As variáveis sociodemográficas foram utilizadas como variáveis explicativas e consideradas quando apresentaram valores de $p < 0,20$ na análise bivariada.

RESULTADOS

De acordo com a caracterização da população, pode-se verificar que a média de idade dos entrevistados foi de 62,8 ($\pm 12,7$ Mediana 64,0). A maioria era do sexo feminino (71,1%) e 68,7% eram brancos. Em relação à renda familiar, 50% recebiam de 300 a 1.200 dólares e, em relação à escolaridade, a maioria tinha o primeiro grau incompleto (67,5%) e em relação ao estado civil, 54,1% informou que viviam com companheiro (Tabela 01).

Tabela 01 – Caracterização da população do grupo estudo segundo as variáveis sociodemográficas.

Grupo Estudo (n=246)			
	N	%	p
Sexo			0,00
Masculino	71	28,9	
Feminino	175	71,1	
Idade			
Média	62,8		
Mínima	19		
Máxima	87		
Mediana	64		
Faixa Etária			0,00
≤ 40 anos	14	5,7	
40 -- 60 anos	80	32,5	
≥ 60 anos	152	61,8	
Etnia			0,00
Não branco	77	31,3	
Branco	169	68,7	
Escolaridade			0,00
1º grau incompleto	166	67,5	
1º grau completo	13	5,3	
2º grau incompleto	13	5,3	
2º grau completo	41	17,6	
3º grau completo/incompl	12	4,9	
Estado civil			0,20
Sem companheiro	113	45,9	
Com companheiro	133	54,1	
Renda familiar			0,00
300 dólares	100	40,7	
300 a 1200 dólares	123	50,0	
+ 1200 dólares	23	9,3	

*valor significativo (p<0,05)

Na avaliação por meio do MINICHAL- Brasil verificou-se que o escore médio geral do grupo foi de 10,96 ($\pm$ 08,11). No domínio EM, o escore médio foi de 6,63 ($\pm$ 5,03) e no domínio MS, de 3,71 ($\pm$ 3,53). Ressalta-se que a soma dos dados médios dos dois domínios não totaliza a média geral do grupo, uma vez que a questão 17 é analisada fora dos domínios.

Na análise da relação entre as variáveis sociodemográficas e a QVRS, verificou-se que, para todas as variáveis, no domínio EM, houve diferenças significativas favoráveis aos homens, aos indivíduos mais jovens, com maior renda e escolaridade e que viviam com companheiro e, com relação ao domínio MS, não se observou diferenças significativas (Tabela 2).

Tabela 02 – Distribuição da pontuação média nos domínios do MINICHAL segundo as variáveis sociodemográficas. Goiânia – Goiás, 2011.

(n=246)						
	Estado Mental (EM)			Manifestação Somática (MS)		
	Média	DP	p	Média	DP	P
Sexo			0,01			0,00
Masculino	4,56	$\pm 3,69$		2,82	$\pm 3,46$	
Feminino	7,47	$\pm 5,26$		4,07	$\pm 3,50$	
Faixa etária			0,01			0,11
≤ 40 anos	3,57	$\pm 4,16$		1,71	$\pm 1,07$	
40 a 60 anos	6,44	$\pm 5,08$		3,89	$\pm 3,44$	
≥ 60 anos	7,02	$\pm 5,00$		3,80	$\pm 3,68$	
Renda			0,01			0,25
300 dólares	7,73	$\pm 5,15$		0,08	$\pm 3,47$	
300 a 1200 dólares	6,02	$\pm 5,07$		0,55	$\pm 3,68$	
+ 1200 dólares	5,13	$\pm 3,17$		0,96	$\pm 2,80$	
Escolaridade			0,00			0,25
1º grau incompleto	7,31	$\pm 5,13$		3,91	$\pm 3,33$	
1º grau completo	8,38	$\pm 7,33$		4,00	$\pm 4,93$	
2º grau incompleto	6,00	$\pm 3,63$		4,00	$\pm 5,34$	
2º grau completo	4,36	$\pm 3,72$		3,17	$\pm 3,34$	
3º grau incompl/completo	4,08	$\pm 2,57$		2,25	$\pm 2,67$	
Estado civil			0,01			0,18
Sem companheiro	7,45	$\pm 5,16$		3,99	$\pm 3,56$	
Com companheiro	5,94	$\pm 4,83$		3,47	$\pm 3,50$	

*valor significativo ($p < 0,05$); DP (desvio padrão)

A questão 17 do MINICHAL-Brasil (*Você diria que sua hipertensão e o tratamento desta têm afetado a sua qualidade de vida?*) foi avaliada separadamente. Verificou-se que

54,1% (133) afirmaram *não, absolutamente*; 30,1% (74), *sim, um pouco*; 10,2% (25), *sim, bastante* e 5,7% (14), *sim, muito*. Portanto, a maioria dos pacientes hipertensos afirmou que a HAS, bem como, o tratamento não interferem na QVRS. Ainda na questão 17, na análise da relação entre a QVRS e as variáveis sociodemográficas, verificou-se que não houve diferença significativa em nenhuma das variáveis.

Ao verificar o efeito das variáveis sociodemográficas na QVRS, por meio da análise multivariada, observou-se que a variável sexo e escolaridade mostraram contribuição significativa ($p=0,00$) no componente EM. No componente MS as variáveis sociodemográficas analisadas não foram suficientes para explicarem a distribuição das médias.

VARIÁVEIS CLÍNICAS

Observou-se que o tempo de diagnóstico de HAS foi, em média, de 17,26 anos ($\pm 8,39$). Dezoito pacientes (7,3%) apresentaram menos que cinco anos de diagnóstico; 21 (8,5%), de cinco a dez anos; 52 (21,1%), entre dez a quinze anos; 71 (28,9%), entre quinze a vinte anos e 84 (34,1%) apresentaram mais de vinte anos de diagnóstico de HAS. Assim, para a maioria (62%), o tempo de diagnóstico foi superior a quinze anos.

O tempo de diagnóstico entre homens e mulheres foi semelhante e verificou-se que este foi maior para indivíduos mais velhos, com renda de até 300 dólares, com menor escolaridade e que estavam sem companheiros ($p=0,01$).

Em relação ao tempo de tratamento, a média foi de 13,35 anos ($\pm 7,04$). Trinta e seis pacientes (14,6%) apresentaram menos que cinco anos de tratamento; 41 (16,7%), de cinco a dez anos; 56 (22,8%) entre dez a quinze anos; 79 (32,1%), entre quinze a vinte anos e 34 (13,8%), mais de vinte anos de tratamento de HAS. Assim, a maioria dos pacientes, 169 (68,7%), estava em tratamento havia mais de dez anos.

Da mesma maneira, o tempo de tratamento da HAS, para homens e mulheres, foi semelhante e também se mostrou maior para indivíduos com mais idade, menor renda (até 300 dólares), menor escolaridade e que estavam sem companheiros ($p<0,05$).

Ao avaliar o controle da HAS verificou-se que a maioria dos pacientes (63,4%) apresentou a PA controlada. Observou-se que não houve diferença significativa no controle da PA quanto às variáveis: sexo, idade, renda, escolaridade e estado civil.

Em relação ao uso de anti-hipertensivos, a média de comprimidos foi de 5,79 (mínimo 0 – máximo 16, $\pm 3,24$); para o sexo masculino a média foi de 5,64 ($\pm 3,47$) e, para o sexo feminino, 5,85 ($\pm 3,14$). Verificou-se que 63,6% dos pacientes, que apresentaram PA não

controlada, tomavam 5 comprimidos anti-hipertensivos ao dia e 75,7%, dos que apresentaram PA controlada, tomavam um. Houve diferença significativa na quantidade de comprimidos anti-hipertensivos ($p<0,04$) e percebeu-se que os pacientes com a PA não controlada tomavam mais medicação em relação aos com a PA controlada. Dos 246 pacientes hipertensos, 05 (2,0%) não estavam em uso de medicamento anti-hipertensivo, 31 (12,6%) estavam em monoterapia, 92 (37,4%), em uso de duas drogas, 105 (42,7%), em uso de três ou quatro drogas e 13 (5,3%) utilizavam cinco ou mais. A classe de medicamentos mais usada foi a associação de diuréticos, inibidores da ECA e bloqueadores de canal de cálcio, que teve uma frequência de 52 (21,1%).

Ao avaliar o número de tomadas de comprimidos anti-hipertensivos ao dia, verificou-se que 126 pacientes (37,8%) tomavam duas vezes ao dia, 70 (21%), três vezes ao dia, 47 pacientes (14,1%), uma vez ao dia, 02 pacientes (0,6%) não tomavam medicamento e 01 (0,3%), quatro comprimidos; houve diferença significativa ($p<0,05$) em relação ao número de comprimidos anti-hipertensivos ao dia.

Em relação à medicação para comorbidades, verificou-se que a maioria, 180 pacientes (54,1%), tomava medicamento para condições associadas e que 68 (27,6%) dos pacientes hipertensos apresentavam dislipidemias, 26 (10,6%), diabetes e 55 (22,4%), outras condições associadas, como por exemplo, hipotireoidismo. As condições de comorbidades não mostraram associação com nenhuma das variáveis sociodemográficas.

Quando fez a correlação da QVRS com as variáveis acima descritas (tempo de diagnóstico e de tratamento e controle da pressão arterial), verificou-se que o tempo de diagnóstico e de tratamento não interferiu, significativamente, na QVRS, da mesma maneira que o fato da PA estar, ou não, controlada também não teve influência na QVRS.

Na avaliação da quantidade de drogas anti-hipertensivas utilizadas, verificou-se que estas influenciaram na QVRS, no domínio estado mental (EM) ($p=0,02$). Houve piora dos escores na medida em que aumentaram as quantidades de drogas. Observou-se que a quantidade de drogas também interferiu na questão 17. Salienta-se que não foi possível averiguar a relação da classe das drogas anti-hipertensivas com a QVRS, por causa das inúmeras associações encontradas neste estudo.

O número de tomadas dos medicamentos anti-hipertensivos também influenciou na QVRS. Verificou-se que houve diferença nos componentes EM ($p=0,00$) e MS ($p=0,01$) e à medida que aumentou o número de tomadas de comprimidos ao dia constatou-se piora na QVRS. Já as condições de comorbidades apresentaram ter influência significativa na QVRS apenas em relação à questão 17 ($p=0,04$).

Na análise multivariada das variáveis clínicas, verificou-se que elas não apresentaram influência na QVRS.

DISCUSSÃO

No Brasil ainda são poucos os estudos que avaliam a QVRS relacionada à HAS. Assim, este estudo avaliou a QVRS de pacientes hipertensos de um serviço de referência para o tratamento dessa doença.

Em relação ao sexo, à faixa etária, à renda, à escolaridade e ao estado civil, verificou-se que houve diferenças significativas na QVRS no domínio EM, favoráveis aos homens mais jovens, com maior renda e escolaridade e que viviam com companhia.

Segundo Youssef e cols., os homens apresentam melhor QVRS em relação aos aspectos emocionais porque raramente se referem a sentimentos de insatisfação e, além disso, têm maior tolerância a doenças crônicas e não são emocionalmente tão afetados por elas quanto às mulheres [14].

No processo de envelhecimento podem surgir agravos à saúde em decorrência das alterações fisiológicas e funcionais, as quais tornam o indivíduo mais vulnerável a doenças crônicas, o que pode afetar a QVRS e comprometer os aspectos físicos [15]. Sabe-se que a percepção e a aceitação no que se refere ao envelhecimento podem afetar os aspectos emocionais [15].

Os recursos financeiros são itens importantes no cotidiano e na QV. Observa-se que uma situação econômica estável mostra-se associada à melhor qualidade de vida QV [16]. Os rendimentos financeiros podem interferir no estado mental, vez que garantem acessibilidade ao tratamento e aos medicamentos, além de proporcionarem uma vida mais tranquila no que diz respeito à aquisição de bens de consumo.

O nível de escolaridade do indivíduo influencia seu grau de compreensão das informações e favorece-lhe o conhecimento sobre a doença e a adesão ao tratamento [17]. Por este motivo, pacientes com maior nível de escolaridade podem apresentar melhor QVRS no aspecto EM, uma vez que o grau de entendimento sobre a doença pode beneficiá-lo nos aspectos psicológicos, como por exemplo, auxiliá-lo a reduzir a ansiedade e desenvolver estratégias de enfrentamento das situações [18].

Em relação ao estado civil, observa-se que pessoas que vivem maritalmente, quase sempre, recebem mais cuidados do que as viúvas e as solteiras e podem ter mais condições para cuidar do outro [19] e sentirem-se cuidadas. Isto interfere, de forma positiva, no estado mental.

Quanto à influência do tempo de diagnóstico e tratamento da HAS na QVRS, constatou-se que não houve diferença significativa nos domínios EM e MS.

Ao comparar a QVRS dos pacientes com PA controlada aos pacientes com PA não controlada, o resultado do presente estudo não encontrou diferenças na QVRS e corrobora os dados obtidos no estudo de validação original do MINICHAL [20].

No presente estudo verificou-se que a maioria dos pacientes, que apresentou PA não controlada, tomava cinco comprimidos anti-hipertensivos ao dia e a maioria dos pacientes, que mostrou PA controlada, tomava apenas um. Estudos mostram que a maioria dos pacientes com HAS requer 2 ou mais medicamentos para atingir valores ótimos de PA [1, 21]. Assim, os dados do presente estudo corroboram com os dados obtidos na literatura.

No que se refere à quantidade de drogas anti-hipertensivas utilizadas, verificou-se que estas influenciaram na QVRS no domínio EM ($p=0,02$). Houve piora dos escores na medida em que aumentaram as quantidades de drogas. Tais resultados corroboram com os achados de um estudo em que se verificou a diminuição na QVRS, associada a um número crescente de medicamentos anti-hipertensivos [22].

A classe de medicamentos mais usada centrou-se na associação de diuréticos, inibidores da ECA e bloqueadores de canal de cálcio, que teve uma frequência de 52 (21,1%). Recomenda-se essa associação dentre daquelas descritas na VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, a qual dita como primeira estratégia, dentro das associações de fármacos, a associação de um diurético à outra classe de anti-hipertensivos, como os inibidores da ECA [1]. No presente estudo não se analisou a influência da classe medicamentosa na QVRS em razão das inúmeras associações encontradas.

No que diz respeito às condições de comorbidades, verificou-se que não houve influência na QVRS no EM e na MS. Verificou-se que houve influência significativa na QVRS apenas em relação à questão 17 (*Você diria que a sua hipertensão e o tratamento desta tem afetado a sua qualidade de vida?*).

Ainda que, no presente estudo, não se tenha verificado influência das comorbidades na QVRS, vários estudos a demonstram [5, 23, 24, 25]. Talvez a sua ausência tenha sido ocasionada pelos critérios de inclusão/exclusão, em que se selecionaram participantes com a saúde mais preservada.

Em síntese, constatou-se, neste estudo, maior impacto da HAS no domínio EM, quando foi comparada à MS. Esse dado é comprovado pelo estudo de Schulz et al [13], que encontraram impacto maior da HAS no domínio EM.

O impacto da hipertensão na QVRS parece variar de acordo com os instrumentos adotados. Ao se utilizar o MINICHAL-Brasil como instrumento de avaliação da QVRS, verifica-se a presença de maior impacto nos aspectos mentais e quando se utiliza o SF-36, nos aspectos físicos [24, 26].

A HAS é considerada um dos principais fatores de risco cardiovascular e de alta prevalência em quase todos os países. Apesar de existir o consenso de que a HAS interfere na QVRS, os resultados dos estudos realizados não são concordantes e diferem quanto às dimensões atingidas. Em virtude destes fatos, percebe-se que avaliar a QVRS em pacientes hipertensos é cada vez mais de grande relevância. Pode, conseqüentemente, ajudar a orientar os profissionais nas estratégias de tratamentos mais eficazes para essa população, dada a importância da HAS.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão/ Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010). Arq. Bras. Cardiol, 95(1 supl.1), 01-51, 2010. http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao associados.pdf
2. Feijão, A. M. M., Gadelha, F. V., Bezerra, A. A., Oliveira, A. M., Silva, M. S. S., Lima, J. W. O. (2005). Prevalência de excesso de peso e hipertensão arterial, em população urbana de baixa renda. Arq Bras Cardiol, 84(1), 29-33. <http://www.scielo.br/pdf/abc/v84n1/23002.pdf>
3. Simonetti, J. P., Batista, L., Carvalho, L. R. (2002) Hábitos de salud y factores de riesgo en pacientes con hipertensión arterial.. Rev Latino-am Enfermagem, 10(3), 415-422. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692002000300016&lng=es&nrm=iso
4. Reis, M. G., Glashan, R. Q. (2001). Adultos hipertensos hospitalizados: percepção de gravidade da doença e de qualidade de vida. Rev Latino-am Enfermagem, 9(3), 51-57. <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n3/11498.pdf>
5. Arslantas, D., Ayranci, U., Unsal, A., Tozun, M. (2008). Prevalence of hypertension among individuals aged 50 years and over and its impact on health related quality of life in a semi-rural area of western Turkey. Chin Med J (Engl), 121(16) 1524-1531.
6. Péres D. S., Magna, J. M., Viana, L. A. (2003). Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. Rev Saúde Pública, 37(5) 635-642. <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v37n5/17480.pdf>
7. Borelli, F. A. O., Souza, M. G., Passarelli Jr., O., Pimenta, E., Gonzaga, C., Cordeiro, A., et al. (2008). Hipertensão arterial no idoso: importância em se tratar. Rev. Bras. Hipertens., 15(4), 236-239. <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/15-4/18-caso-clinico%20.pdf>

8. Arbex, F. S., Almeida, E. A. (2009). Qualidade de vida e hipertensão arterial no envelhecimento. Rev. Bras. Clin. Med., 7, 339-342. http://lildbi.bireme.br/lildbi/docsonline/lilacs/20091100/751_12_Qualidade_RBCM_v7_n5.pdf.
9. Seidl, E. M. F., Zannon, C. M. L. C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Cad. Saúde Pública, 20(2), 580-588. <http://www.scielo.org/pdf/csp/v20n2/27.pdf>
10. Pagani, T. C. S., Pagani Jr, C. B.(2006). Instrumento de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde. Ensaios e Ciência, 1(1), 32-36. <http://sare.unianhanguera.edu.br/index.php/renc/article/viewArticle/329>
11. Klatchoian, D. A., Len, C. A., Terreri, M. T. R. A., Silva, M., Itamoto, C., Ciconelli, R. M., et al. (2008). Qualidade de vida de crianças e adolescentes de São Paulo: confiabilidade e validade da versão brasileira do questionário genérico Pediatric Quality of Life Inventory versão 4.0. Jornal de Pediatria, 84(4), 308-315. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S002175572008000400005&script=sci_arttext.
12. Prebianchi, H. B. (2003). Medidas de qualidade de vida para crianças: aspectos conceituais e metodológicos. Psicologia: Teoria e prática, 5(1), 57-69. <http://www3.mackenzie.br/editora/index.php/ptp/article/view/1180>
13. Schulz, R. B., Rossignoli, P., Correr, C. J., Fernández-Llimós, F., Toni, P. M. (2008). Validação do mini-questionário de qualidade de vida em hipertensão arterial (MINICHAL) para o português (Brasil). Arq Bras Cardiol, 90(2), 139-144. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066782X2008000200010&script=sci_arttext.
14. Youssef, R. M., Moubarack, I. I., Kamel, M. I. (2005). Factors affecting the quality of life of hypertensive patients. Eastern Mediterranean Health Journal. 11(1/2),109-118. http://www.emro.who.int/publications/emhj/1101_2/PDF/14.pdf.
15. Oliveira, S. M. J. V., Santos, J. L. F., Lebrão, M. L., Duarte, Y. A. O., Pierin, A. M. G. (2008). Hipertensão arterial referida em mulheres idosas: prevalência e fatores associados. Texto Contexto Enferm,17(2), 241-249. <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n2/04.pdf>.
16. Pereira, R. J., Cotta, R. M. M., Franceschini, S. C. C., Ribeiro, R. C. L., Sampaio, R. F., Priore, S. E., et al. (2006). Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos Rev Psiquiatr, 28(1), 27-38.
17. Saraiva, K. R. O., Santos, Z. M. S. A. Landim, F. L. P., Teixeira, A. C. (2007). Saber do familiar na adesão da pessoa hipertensa ao tratamento: análise com base na educação popular em saúde. Texto Contexto Enferm. 16(2), 263-270.
18. Antoniazzi, A. S., Dell’Aglia, D. D., Bandeira, D. R. (1998). O conceito de *coping*: uma revisão teórica. Estudos de Psicologia 3(2), 273-294.
19. Resende, M. C., Neri, A. L. (2005). Atitudes de adultos com deficiência física frente ao idoso, à velhice pessoal e as pessoas com deficiência física. Estudos de Psicologia, 22(2), 123-131.

20. Gus, I., Harzheim, E., Zaslavsky, C., Medina, C., Gus, M. (2004). Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no estado do Rio Grande do Sul. *Arq Bras Cardiol*, 83(5), 424-428.
21. Pessuto, J., Carvalho, E. C. (1998). Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. *Rev Latino-am Enfermagem*, 6(1), 33-39. <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n1/13919.pdf>.
22. Jardim, P. C. B. V., Sousa, A. L. L., Monego, E.T. (1996). Atendimento multiprofissional ao paciente hipertenso. *Medicina, Ribeirão Preto*, 29, 232-238.
23. Badia, X., Roca-Cusachs, A., Dalfó, A., Gascón, G., Abellán, J., Lahoz, R., et al. (2002). Validation of the short form of the Spanish hypertension quality of life questionnaire (MINICHAL). *Clin. Ther.*, 24(12), 2137-2154.
24. Chobanian, A.V., Bakris, G. L., Black, H. R., Cushman, W. C, Green, L. A., Izzo, J. L. Jr. et al. (2003). Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension* ,42(6), 1206-1252.
25. Lawrence, W. F., Fryback, D. G., Martin, P. A., Klein, R., Klein, B. E. (1996). Health status and hypertension: a population-based study. *J Clin Epidemiol*, 49(11), 1239-1245.
26. Banegas, J. R., López-García, E., Graciani, A., Guallar-Castillón P., Gutierrez-Fisac, J. L., Alonso, J. (2007). Relationship between obesity, hypertension and diabetes, and health-related quality of life among the elderly. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*, 14(3), 456-462.

5 CONCLUSÃO

O Grupo Estudo e o Grupo Controle foram homogêneos no que concerne à idade, ao sexo, à escolaridade e à renda. Em relação à qualidade de vida dos pacientes hipertensos e normotensos, observou-se que os indivíduos normotensos apresentaram melhor QVRS quando foram comparados aos hipertensos, uma vez que apresentaram escores mais altos de QVRS em sete dentre os oito domínios do SF-36, exceto no AE.

Verificou-se, entre os hipertensos, por meio do SF-36, que os homens tiveram pontuação média significativamente maior em todos os domínios quando foram comparados às mulheres hipertensas e os pacientes mais jovens, detentores de maior renda e escolaridade e que viviam com companheira apresentaram melhores escores de QVRS. No MINICHAL-Brasil verificou-se, no que se referiu ao domínio EM, que houve diferenças significativas favoráveis aos homens, aos mais jovens, com maior renda e escolaridade e que viviam com companheira.

Entre os normotensos constatou-se que os homens tiveram pontuação média significativamente maior, em apenas um domínio, quando foram comparados às mulheres, que os indivíduos detentores de maior renda e que viviam com companheira apresentaram melhores escores de QVRS.

Em relação às variáveis clínicas, observou-se que o tempo de diagnóstico e de tratamento não interferiu significativamente na QVRS, da mesma maneira em que a PA estivesse, ou não, controlada também não teve influência. Sobre a quantidade de drogas anti-hipertensivas ingeridas, estas influenciaram na QVRS no domínio EM. Houve agravamento dos escores na medida em que foram aumentadas as quantidades de drogas. Notou-se que a quantidade de drogas também interferiu na questão 17.

O número de tomadas dos medicamentos anti-hipertensivos influenciou nos componentes EM e na MS. À medida que aumentava o número de comprimidos ao dia, constatou-se agravo na QVRS. Já as condições de comorbidades apresentaram influência significativa na QVRS apenas no que se referiu à questão 17.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A HAS é uma doença de alta prevalência, tornando-se fator relevante no que se refere à morbidade e à mortalidade por doenças crônico-degenerativas, especialmente as doenças cardiovasculares.

Estudar a QVRS de pacientes hipertensos faz-se necessário para, assim, avaliar a melhor condição do indivíduo após o início do tratamento, bem como, para identificar as alterações causadas pela doença e pelos medicamentos. Assim, identificar os fatores que interferem na QVRS permite que eles sejam abordados e modificados com a finalidade de melhorar a vida dos pacientes.

Este estudo foi realizado, por meio de dois instrumentos (SF-36 e MINICHAL-Brasil), com o objetivo de avaliar a QVRS de pacientes hipertensos em comparação com a de indivíduos normotensos da comunidade.

Apesar de a HAS ser considerada uma doença silenciosa e assintomática, os resultados encontrados no presente estudo apontaram que pacientes hipertensos apresentam pior QV quando são comparados a indivíduos normotensos. Constatou-se que a HAS pode causar interferências nas atividades cotidianas com prejuízos na QVRS.

A QV relacionada à HAS ainda é pouco estudada e grande número dos estudos, até hoje, foi realizado com o recurso de questionários genéricos. Muitos desses estudos indicam que existe pior QVRS em hipertensos, entretanto, muitas vezes, a diminuição da QV pode não pode ser fidedigna, já que pode ser decorrente de fatores adversos à HAS. Por outro lado, a avaliação da QV apenas com o uso de questionários específicos também pode ficar comprometida em função da especificidade.

Recomenda-se que se usem dois instrumentos, um genérico e um específico, com a finalidade de proporcionar uma visão integral dos pacientes. Sugere-se que novos estudos recorram ao MINICHAL-Brasil porque este instrumento é pouco utilizado no Brasil e tem como função medir os principais fatores ligados à hipertensão que podem influenciar a QVRS.

Durante a realização do presente estudo verificou-se que existem inúmeros resultados sobre os efeitos da HAS na QVRS. Torna-se possível evidenciar efeitos distintos entre os domínios, o que aponta para a necessidade de se realizarem estudos mais controlados. Estes devem ter um número maior de indivíduos, com

grupos mais homogêneos, para que se possam obter resultados mais precisos sobre o tema abordado e um tratamento mais eficaz.

Uma das questões, que mais ficou evidente, foi o fato de a maioria da população do estudo ter sido do sexo feminino (71,1%), o que pode apontar na direção de que as mulheres são mais atentas com a saúde quando as comparam aos homens, como alguns autores destacam. Tal fato leva-nos a perceber que há nos programas de saúde, em planejar estratégias para abarcar a população masculina.

Nesse estudo, a dificuldade em se encontrarem sujeitos normotensos na comunidade, com a idade média de 60 anos, também chamou bastante atenção. Verifica-se, portanto, que se torna imprescindível fazer a adoção de programas eficazes em prevenção da HAS.

Avaliar a QVRS em pacientes hipertensos é de grande relevância porque isto pode colaborar na orientação das estratégias de tratamento mais eficazes para essa população, dada a importância da HAS como doença crônica.

7 REFERÊNCIAS

AGUIAR, C. C. T. et al. Instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde no diabetes melito. *Arq Bras Endocrinol metab*, v. 52, n. 3, p. 931-939, 2008.

AMARAL, F. G. et al. Prevalência de transtorno depressivo maior em centro de referência no tratamento de hipertensão arterial. *Rev Psiquiatr*, v. 29, n. 2, p.161-168, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v29n2/v29n2a07.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2010.

ANTONIAZZI, A. S.; DELL`AGLIO, D. D.; BANDEIRA; D. R. O conceito de copingn: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, v. 3, n. 2, 273-294, 1998.

ARBEX, F. S.; ALMEIDA, E. A. Qualidade de vida e hipertensão arterial no envelhecimento. *Rev Bras Clin Med*, v. 7, p. 339-342, 2009. Disponível em: <http://lildbi.bireme.br/lildbi/docsonline/lilacs/20091100/751_12_Qualidade_RBCM_v7_n5.pdf>. Acesso em: 06 abr. 2010.

ARSLANTAS, D. et al. Prevalence of hypertension among individuals aged 50 years and over and its impact on health related quality of life in a semi-rural area of western Turkey. *Chin Med J (Engl)*, v.121, n. 16, p. 1524-1531, 2008.

BADIA, X. et al. Validation of the short form of the Spanish hypertension quality of life questionnaire (MINICHAL). *Clin. Ther*, v. 24, n. 12, p. 2137-2154, 2002.

BANEGAS, J. R. et al. Relationship between obesity, hypertension and diabetes, and health-related quality of life among the elderly. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*, v. 14, n. 3, p. 456-462, 2007.

BARBOSA, J. B. et al. Prevalência da Hipertensão Arterial em Adultos e Fatores Associados em São Luís – MA. *Arq Bras Cardiol*, v. 7, n. 4, p. 260-266, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v91n4/09.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2009.

BARDAGE, C.; ISACSON, D. G. L. Hypertension and health-related quality of life: an epidemiological study in Sweden. *J Clin Epidemiol*, v. 54, n. 2, p. 172-181, 2001.

BARRÓN-RIVIERA, A. J. et al. Efecto de una intervención educativa en la calidade del paciente hipertenso. *Salud Pública de México*, v. 40, n. 6, p. 503-509, 1998.

BORELLI, F. A. O. et al. Hipertensão arterial no idoso: importância em se tratar. *Rev Bras Hipertens*, v. 15, n. 4, p. 236-239, 2008. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/15-4/18-caso-clinico%20.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2009

BRITO, D. M. S. et al. Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. *Cad Saúde Pública*, v. 24, n. 4, p. 933-940, 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2008000400025>. Acesso em: 14 jun. 2009.

CARNEIRO, O.; JARDIM, P. C. B. V. Pressão arterial em uma tribo Xavante: comparação 15 anos depois. *Arq Bras Cardiol*, v. 61, n. 5, p.279-282, 1993.

CASTRO, M. E. et al. Necessidades humanas básicas afetadas pela hipertensão arterial e estilo de vida. *Rev Bras em promoção da saúde*, v.16, n.1/2, p. 21-27, 2003a. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=40816205>>. Acesso em: 14 jun. 2009.

CASTRO, M. et al. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada por meio do instrumento genérico SF-36. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, v. 49, n. 3, p. 245-249, 2003b. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v49n3/a25v49n3.pdf>>. Acesso em:09 Jul 2011.

CAVALCANTE, M. A. et al. Qualidade de vida de pacientes hipertensos em tratamento ambulatorial. *Arq Bras Cardiol*, v. 89, n. 4, p. 245-250, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066782X2007001600006> . Acesso em: 14 jun. 2009.

CHOBANIAN, A.V. et al.. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Hypertension, v. 42, n. 6, p. 1206-1252, 2003.

CICONELLI, R. M. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol*, v. 39, n. 3, p. 143-150,1999. Disponível em: http://www.nutrociencia.com.br/upload_files/artigos_download/qulalidade.pdf. Acesso em: 14 jun. 2009.

CÔTÉ, I. et al. Quality of life in hypertension: the SF-12 compared to the SF-36. *Can J Clin Pharmacol*, v. 12, n. 2, p. 232-238, 2004.

DANTAS, R. A. S.; SAWADA, N. O.; MALERBO, M. B. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do estado de São Paulo. *Rev.Latino-am Enfermagem*, v.11, n. 4, p. 532-538,2003.

DÓREA, E. L.; LOTUFO, P. A. Epidemiologia da Hipertensão Arterial Sistêmica. *Hipertensão*, v. 7, n. 3, p. 86-89, 2004.

FEIJÃO, A. M. M. et al. Prevalência de excesso de peso e hipertensão arterial, em população urbana de baixa renda. *Arq Bras Cardiol*, v. 84, n. 1, p. 29-33, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v84n1/23002.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2009.

FERREIRA, F. S.; SANTOS, C. B. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes diabéticos atendidos pela equipe saúde da família. *Rev. enferm. UERJ*, v.17, n.3, p. 406-411, 2009.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev Saúde Pública*, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102000000200012&script=sci_arttext> . Acesso em: 12 nov. 2008.

FLECK, M. P. A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr*, v. 21, n. 1, p. 19-28, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v21n1/v21n1a06.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2008.

FUCHS, S. C.; CASTRO, M. S.; FUCHS, F. C. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Hipertensão*, v. 7, n. 3, p. 90-93, 2004.

GAZONI, F. M. et al. Hipertensão sistólica no idoso. *Rev Bras Hipertens*, v. 16, n. 1, p. 34-37, 2009. Disponível em : <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/16-1/10-hipertensao.pdf>. Acesso em: 14 set. 2010.

GUS, I. et al. Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no Estado do Rio Grande do Sul. *Arq Bras Cardiol*, v.83, n. 5, p. 424-428, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v83n5/22137.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2010.

GUSMÃO, J. L.; PIERIN, A. M. G. Instrumento de avaliação da qualidade de vida para hipertensos de Bulpitt e Fletcher. *Rev. Esc. Enfermagem USP*, 43 (Esp), p. 1034-1043, 2009.

GUSMÃO, J. L.; PIERIN, A. M. G. A importância da qualidade de vida na hipertensão arterial. *Rev Hipertens*, v.7, n.3, p. 104-108, 2004

JARDIM, P. C. B. V., SOUSA, A. L. L., MONEGO, E.T. Atendimento multiprofissional ao paciente hipertenso. *Medicina*, Ribeirão Preto, 29, 232-238, 1996

JARDIM, P.C.B.V. et al. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. *Arq Bras Cardiol*, v.88, n. 4, p. 452-457, 2008.

KLATCHOIAN, D. A. et al. Qualidade de vida de crianças e adolescentes de São Paulo: confiabilidade e validade da versão brasileira do questionário genérico Pediatric Quality of Life Inventory versão 4.0. *Jornal de Pediatria*, v. 84, n. 4, p. 308-315, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S002175572008000400005&script=sci_arttext> . Acesso em: 14 set. 2010.

LASH, J. P. et al. Quality of life in the African American study of kidney disease and hypertension: effects of blood pressure management. *Am J Kidney Dis*, v. 47, n. 6, p. 956-964, 2006.

LAWRENCE, W. F. et al. Health status and hypertension: a population-based study. *J Clin Epidemiol*, v. 49, n. 11, p. 1239-1245, 1996.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. D. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 3, p.775-782, 2003. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n3/17457.pdf>>. Acesso em: 17 jan. 2011.

LI, W. et al. Hypertension and health-related quality of life: an epidemiological study in patients attending hospital clinics in China. *J Hypertens*, v. 23, n. 9, p. 1667-1676, 2005

MACHADO, C. A. Adesão ao tratamento-Tema cada vez mais atual. *Rev Bras Hipertens*, v. 15, n.4, p 220-221, 2008. Disponível em <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/15-4/11-comunicacao-breve%20.pdf>>. Acesso em : 17 jan. 2011.

MAGNABOSCO P. Qualidade de vida relacionada a saúde do indivíduo com hipertensão arterial integrante de um grupo de convivência. Dissertação não publicada (2007). Universidade de São Paulo.

MANCILHA-CARVALHO, J. J; SOUZA E SILVA, N. A. The Yanomami Indians in the INTERSALT study. *Arq Brás Cardiol*, v 80, n 3, p. 295-300, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v80n3/a05v80n3.pdf> . Acesso em: 17 jan. 2011.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.5, n. 1, p. 07-18, 2000. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7075.pdf>> Acesso: 28 abr. 2010.

MELCHORS, A. C. Hipertensão arterial: análise dos fatores relacionados com o controle pressórico e a qualidade de vida (2008). Dissertação de mestrado não publicada.

MELCHORS, A.C. et al. Qualidade de vida em pacientes hipertensos e validade concorrente do MINICHAL-Brasil. *Arq Bras Cardiol*, v. 94, n. 3, p. 357-364, 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v94n3/13.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2010.

MENA-MARTIN, F. J. et al. Health-related quality of life of subjects with known and unknown hypertension: results from the population-based Hortega study. *J Hypertens*, v. 21, n. 7, p. 1283-1289, 2003.

MIRANZI, S. S. C. et al. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. *Texto Contexto Enferm*, v. 17, n. 4, p. 672-678, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v94n3/13.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2010.

NOGUEIRA, D. et al. Reconhecimento, tratamento e controle da hipertensão arterial: Estudo Pró-Saúde, Brasil. *Rev Panam Salud Pública*, v. 27, n. 2, p. 103-109, 2010. Disponível em: <<http://journal.paho.org/uploads/1268236079.pdf>> Acesso em: 14 jan. 2011.

OLIVEIRA, S. M. J. V. et al. Hipertensão arterial referida em mulheres idosas: prevalência e fatores associados. *Texto Contexto Enferm*, v. 17, n. 2, p. 241-249, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n2/04.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2010.

PAGANI, T. C. S.; PAGANI JUNIOR, C. B. Instrumento de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde. *Ensaio e Ciência*, v. 1, n. 1, p. 32-36, 2006. Disponível em: <<http://sare.unianhanguera.edu.br/index.php/rencs/article/viewArticle/329>> Acesso em: 27 abr. 2010.

PASSOS, V. M. A.; ASSIS, T. D.; BARRETO, S. M. Hipertensão Arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. *Epidemiologia e serviços de saúde*, v.15, n. 1, p. 35-45, 2006. Disponível em : <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v15n1/v15n1a03.pdf>>. Acesso em: 14 dez. 2010.

PEREIRA, J. C.; BARRETO, S. M.; PASSOS, V. M. A. O perfil de saúde dos idosos brasileiros precisa melhorar: estudo de base populacional. *Arq Bras Cardiol*, v. 91, n. 1, p. 01-10, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066782X2008001300001&script=sci_arttext. Acesso em: 27 abr. 2010.

PEREIRA, R. J., et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos Rev Psiquiatr., v. 28, n. 1, p. 27-38, 2006.

PÉRES D. S.; MAGNA, J. M; VIANA, L. A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. *Rev Saúde Pública*, v. 37, n. 5, p. 635-642, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v37n5/17480.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2008.

PESSUTO, J.; CARVALHO, E. C. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 6, n. 1, p. 33-39, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n1/13919.pdf>> Acesso em: 12 nov. 2008.

PIERIN, A. M. G.; GUSMÃO, J. L.; CARVALHO, L. V. B. A falta de adesão ao tratamento como fator de risco para hipertensão arterial. *Hipertensão*, v. 7, n. 3, p. 100-103, 2004.

PREBIANCHI, H. B. Medidas de qualidade de vida para crianças: aspectos conceituais e metodológicos. *Psicologia: Teoria e prática*, v.5, n. 1, p. 57-69, 2003. Disponível em: <<http://www3.mackenzie.br/editora/index.php/ptp/article/view/1180>>. Acesso em: 12 nov. 2008.

REIS, M. G.; GLASHAN, R. Q. Adultos hipertensos hospitalizados: percepção de gravidade da doença e de qualidade de vida. *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 9, n. 3, p. 51-57, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n3/11498.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2008.

RESENDE, M. C.; NERI, A. L. Atitudes de adultos com deficiência física frente ao idoso, à velhice pessoal e as pessoas com deficiência física. *Estudos de Psicologia*, v. 22, n. 2, p. 123-131, 2005.

ROCA-CUSACHS, A. et al. Calidad de vida em La hipertensión arterial. *Med Clín (Barc)*, 98, p.486-490, 1992.

ROCA-CUSACHS, A. et al. Relation between clinical and therapeutic variables and quality of life in hypertension. *J Hypertens*, v.19, n.10, p.1213-1219, 2001

ROEL, J. P. et al. Quality of life with nonpharmacologic treatment of hypertension. *Curr Hypertens Rep*, v. 3, n. 6, p. 466-472, 2001.

ROSINI, N.; MACHADO, M. J.; XAVIER, H. T. Estudo da Prevalência e multiplicidade de fatores de risco cardiovascular em hipertensos do município de Brusque, SC. *Arquivos Bras Cardiol*, v. 86, n. 3, p. 219-222, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2006000300010>. Acesso em: 12 nov. 2008.

SARAIVA, K. R. O. et al. Saber do familiar na adesão da pessoa hipertensa ao tratamento: análise com base na educação popular em saúde. *Texto Contexto Enferm*, v. 16, n. 2, p. 263-270, 2007.

SCHULZ, R. B. et al. Validação do mini-questionário de qualidade de vida em hipertensão arterial (MINICHAL) para o português (Brasil). *Arq Bras Cardiol*, v. 90, n. 2, p. 139-144, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066782X2008000200010&script=sci_arttext>. Acesso em: 14 jun. 2009.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Pública*, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20n2/27.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2008.

SEVERO, M. et al. Fiabilidade e validade dos conceitos teóricos das dimensões de saúde física e mental da versão portuguesa do MOS SF-36. *Acta Med Port*, 19, p. 281-288, 2006. Disponível em: <<http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2006-19/4/281-288.pdf>>. Acesso 08 Jul, 2011.

SILQUEIRA, S. M. F. O questionário genérico SF-36 como instrumento de mensuração da qualidade de vida relacionada a saúde de pacientes hipertensos. Tese não publicada (2005). Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-17052007-160822/en.php>>. Acesso em 07 Jun. 2009.

SIMONETTI, J. P.; BATISTA, L.; CARVALHO, L.R. Habitros de salud y factores de riesgo en pacientes con hipertensión arterial. *Rev Latino-am Enfermagem*, v.10, n. 3, p. 415-422, 2002. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692002000300016&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 12 nov. 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO. *Arq Bras Cardiol*, v. 95, n. 1 (supl.1), p. 01-51, 2010. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2011.

SOUTELLO, A. L. S. et al. Desempenho psicométrico da versão brasileira do mini – questionário de calidad de vida em La hipertensión arterial (MINICHAL). *Rev Latino-Am. Enfermagem*, v.19, n. 4, p. 855-864, 2011. Disponível em :http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000400002&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso: em 28 dez 2011

STEIN, J. D. et al. The quality of life of patients with hypertension. *J Clin Hypertens*, v.4, n.3, p.181-188, 2002.

STRELEC, M. A. A. M.; PIERIN, A. M. G.; MION JÚNIOR, D. A Influência do conhecimento sobre a doença e a attitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol*, v. 81, n. 4, p. 343-348, 2003. Disponível em : <http://publicacoes.cardiol.br/abc/2003/8104/8104002.pdf>. Acesso em 22 abr. 2010.

TREVISOL, D. J.; MOREIRA, L. B.; FUCHS, S. C. Qualidade de vida e hipertensão arterial. *Hipertensão*, v. 11, n. 4, p. 138-142, 2008.

VIDAL, M. R.; ESCOBAR, M. M.; SALAS, M. C. Valoración Psicométrica de los componentes físicos (CSF) y mentales (CMS) del SF-36 en pacientes insuficientes renales crónicos en tratamiento con hemodiálisis, *Ciencia y Enfermería*, v. 15, n. 1, p. 75-88, 2009.

WANG, R. et al. Impact of hypertension on health-related quality of life in a population-based study in Shangai, China. *Public Health*, v. 123, n. 8, p. 534-539, 2009.

YOUSSEF, R. M.; MOUBARAK, I. I.; KAMEL, M. I. Factors affecting the quality of life of hypertensive patients. *Eastern Mediterranean Health Journal*, v. 11, n. 1-2, p.109-118, 2005.
Disponível:<http://www.emro.who.int/publications/emhj/1101_2/PDF/14.pdf> Acesso: 23 jan 2011.

ANEXOS

Anexo 1 – Questionário de Qualidade de Vida Genérico (SF-36)

Anexo 2 – Questionário de Qualidade de Vida Específico (MINICHAL- Brasil).

Anexo 3 – Parecer do Comitê de Ética

Anexo 4 – Normas de Publicação – Artigo 1

Anexo 5 – Normas de Publicação – Artigo 2

ANEXO 1
Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida -SF-36

Nome: _____

Idade: _____ **Sexo:** _____

Função exercida no trabalho: _____

Há quanto tempo exerce essa função: _____

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Os dados a serem fornecidos nos manterão informados sobre como você se sente e sobre quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda a cada questão marcando a resposta conforme indicada. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua saúde em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você ter dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades rigorosas, que exigem muito esforço, tais como: correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como: mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6

g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes etc)?

Todo tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

ANEXO 2
Questionário de Qualidade de Vida em Hipertensão Arterial
(MINICHAL- Brasil)

(Não, absolutamente=0; Sim, um pouco=1; Sim, bastante=2; Sim, muito=3)

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

ANEXO 3



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
HOSPITAL DAS CLÍNICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA MÉDICA HUMANA E ANIMAL



PROTOCOLO CEPMHA/HC/UFG Nº 074/2009

Goiânia, 29/06/2009

INVESTIGADOR RESPONSÁVEL: Psicóloga Maria Virgínia de Carvalho

Orientador: Prof. Paulo César Brandão Veiga Jardim

Pesquisadores Participantes: Drª Cláudia Maria Salgado

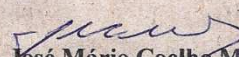
TÍTULO: "Qualidade de vida dos pacientes de um centro de referência no tratamento de Hipertensão Arterial"

Área Temática: Grupo III

Local de realização: Hospital das Clínicas/UFG – Liga de Hipertensão Arterial

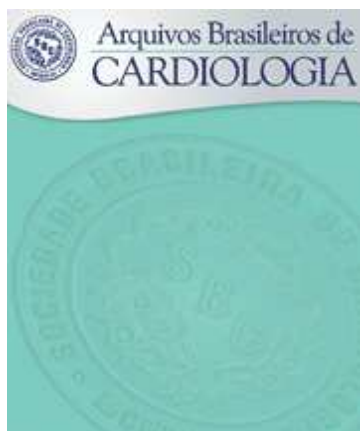
Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal analisou e aprovou o projeto de pesquisa acima referido, juntamente com os documentos apresentados e o mesmo foi considerado em acordo com os princípios éticos vigentes.

- Informamos que não há necessidade de aguardar o parecer da CONEP- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para iniciar a pesquisa.
- O pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEPMHA/HC/UFG, relatórios semestrais do andamento da pesquisa, encerramento, conclusão(ões) e publicação(ões).
- O CEPMHA/HC/UFG pode, a qualquer momento, fazer escolha aleatória de estudo em desenvolvimento para avaliação e verificação do cumprimento das normas da Resolução 196/96 (*Manual Operacional Para Comitês de Ética em Pesquisa – Item 13*).


Farm. José Mário Coelho Moraes
Coordenador do CEPMHA/HC/UFG

1ª AVENIDA, S/Nº, SETOR LESTE UNIVERSITÁRIO - CEP: 74 605-950 - FONE: 3269 8338 - FAX: 3269 8426
GOIÂNIA - GOIÁS

ANEXO 4



INSTRUÇÕES AOS AUTORES

ISSN 0066-782X *versão impressa*

ISSN 1678-4170 *versão online*

Objetivo e política editorial

ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA (Arq Bras Cardiol), revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia, publica artigos sobre temas cardiovasculares, após análise por seu Conselho Editorial. **Arq Bras Cardiol** é uma publicação mensal, catalogada no *Cumulated Index Medicus*, *National Library of Medicine*, Bethesda, Maryland, USA. Ao submeter o manuscrito, os autores assumem a responsabilidade do trabalho não ter sido previamente publicado nem estar sendo analisado por outra revista. Os manuscritos devem ser inéditos, ter sido objeto de análise de todos os autores. Artigos aceitos para publicação passam a ser propriedade da revista, não podendo ser reproduzidos sem consentimento por escrito. Só serão encaminhados ao Conselho Editorial os artigos que estejam rigorosamente de acordo com as normas abaixo especificadas.

Preparação de originais

INSTRUÇÕES

Arquivos Brasileiros de Cardiologia (Arq Bras Cardiol) é uma publicação mensal da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), indexada no Cumulated Index Medicus (NLM - Bethesda) - MEDLINE; EMBASE; LILACS E SCIELO e classificada como Qualis C internacional (Medicina, CAPES).

Ao submeter o manuscrito, os autores assumem a responsabilidade do trabalho não ter sido previamente publicado e nem estar sendo analisado por outra revista. Todas as contribuições científicas são revisadas pelo Editor Chefe, Editor Executivo e Membros do Conselho Editorial. Só são encaminhados aos revisores os artigos que estejam rigorosamente de acordo com as normas especificadas. Os trabalhos também são submetidos a revisão estatística, sempre que necessário. A aceitação será feita na originalidade, significância e contribuição científica para o conhecimento da área.

SEÇÕES

Artigos Originais: *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* aceita todos os tipos de pesquisa original na área cardiovascular, incluindo pesquisas em seres humanos e pesquisa experimental. Todos os manuscritos são avaliados para publicação no menor prazo possível; porém, se você acredita que o seu trabalho merece uma avaliação especial para publicação imediata ("fast-track"), indique isso na sua carta ao Editor. Se os editores concordarem com a sua avaliação, todos os esforços serão

realizados para revisar o trabalho em menos de uma semana, publicar "online" em 15 dias e publicar na revista impressa em, no máximo, 8 semanas.

Editoriais: todos os Editoriais dos *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* são feitos através de convite. Não serão aceitos editoriais enviados espontaneamente.

Ponto de Vista: aspectos particulares de determinado assunto, principalmente os polêmicos, traduzindo apenas a opinião do autor, sempre que possível fundamentada em experiência própria já divulgada ou da literatura disponível.

Comunicações Breves: experiências originais, cuja relevância para o conhecimento do tema justifique a apresentação de dados iniciais de pequenas séries, ou dados parciais de ensaios clínicos, serão aceitos para avaliação.

Revisões: os Editores formulam convites para a maioria das revisões. No entanto, trabalhos de alto nível, realizados por autores ou grupos com histórico de publicações na área serão bem-vindos. Não serão aceitos nessa seção, trabalhos cujo autor principal não tenha vasto currículo acadêmico ou de publicações, verificado através de do sistema Lattes (CNPQ), Pubmed ou SCIELO. Eventualmente, revisões submetidas espontaneamente poderão ser reclassificadas como "Atualização Clínica" e publicadas nas páginas eletrônicas, na internet (ver adiante).

PÁGINAS ELETRÔNICAS (NOVO):

Esse formato envolve a publicação de artigos em formato eletrônico, disponibilizados na página da revista na internet, devidamente diagramados no padrão da revista, indexados no Medline e com o mesmo valor acadêmico. Todos os artigos fazem parte do sumário da revista impressa, porém só poderão ser acessados via internet, onde poderão ser impressos.

Atualização clínica (nova seção): Essa seção busca focar temas de interesse clínico, porém com potencial de impacto mais restrito. Trabalhos de alto nível, realizados por autores ou grupos com histórico de publicações na área serão aceitos para revisão.

Relatos de Casos: casos que incluam descrições originais de observações clínicas, ou que representem originalidade de um diagnóstico ou tratamento, ou que ilustrem situações pouco frequentes na prática clínica e que mereçam uma maior compreensão e atenção por parte dos cardiologistas serão aceitos para avaliação.

Correlação Anatomoclínica: apresentação de um caso clínico e discussão de aspectos de interesse relacionados aos conteúdos clínico, laboratorial e anatomopatológico.

Correlação Clínico-Radiográfica: apresentação de um caso de cardiopatia congênita, salientando a importância dos elementos radiográficos e/ou clínicos para a consequente correlação com os outros exames, que comprovam o diagnóstico. Ultima-se daí a conduta adotada.

Imagem Cardiovascular: imagens clínicas ou de pesquisa básica, ou de exames complementares que ilustrem aspectos interessantes de métodos de imagem, que esclareçam mecanismos de doenças cardiovasculares, que ressaltem pontos relevantes da fisiopatologia, diagnóstico ou tratamento serão consideradas para publicação.

Cartas ao Editor: correspondências de conteúdo científico relacionadas a artigos publicados na Revista nos dois meses anteriores serão avaliadas para publicação. Os autores do artigo original citado serão convidados a responder.

ENVIO

Os manuscritos deverão ser enviados via Internet seguindo as instruções disponíveis no endereço: <http://www.arquivosonline.com.br> do portal da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Os textos devem ser editados em Word e as figuras, fotos, tabelas e ilustrações devem vir após o texto, ou em arquivos separados. Figuras devem ter extensão JPEG e resolução mínima de 300 DPI.

Todos os artigos devem vir acompanhados por uma carta de submissão ao Editor, indicando a seção em que o artigo deva ser incluído (vide lista acima), declaração do autor de que todos os co-autores estão de acordo com o conteúdo expresso no trabalho, explicitando ou não conflitos de interesse* e a inexistência de problemas éticos relacionados.

*** Conflito de Interesses**

Quando existe alguma relação entre os autores e qualquer entidade pública ou privada que pode derivar algum conflito de interesse, esta possibilidade deve ser comunicada e será informada no final do artigo. O formulário para declaração de conflito de interesse se encontra na página da revista na internet.

Ética

Os autores devem informar, no texto, se a pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética em Pesquisa de sua Instituição em consoante à Declaração de Helsinki. Nos trabalhos experimentais envolvendo animais, as normas estabelecidas no "Guide for the Care and Use of Laboratory Animals" (Institute of Laboratory Animal Resources, National Academy of Sciences, Washington, D. C. 1996) e

os Princípios Éticos na Experimentação Animal do Colégio Brasileiro de Experimentação Animal (COBEA) devem ser respeitados.

Norma

Os *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* adota as Normas de Vancouver - Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journal Editors - "Vancouver Group" (www.icmje.org) atualizado em outubro de 2004.

Idioma

Os artigos devem ser redigidos em português (com a ortografia vigente) e/ou inglês. Para os trabalhos que não possuírem versão em inglês ou que essa seja julgada inadequada pelo Conselho Editorial, a revista providenciará a tradução sem ônus para o(s) autor(es). Caso já tenha a versão em inglês, deve ser enviado para agilizar a publicação. As versões inglês e português serão disponibilizadas na íntegra no site da SBC (<http://www.arquivosonline.com.br>) e no site da SciELO (www.scielo.br) permanecendo "online" à disposição da comunidade internacional, com links específicos no site da SBC.

Avaliação pelos Pares (peer review)

Todos os trabalhos enviados a *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* serão submetidos à avaliação inicial dos Editores, que decidirão, ou não, pelo envio para revisão por pares (*peer review*). Os membros do Conselho de revisores de *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* (<http://www.arquivosonline.com.br/conselhoderevisores/>) são pesquisadores com publicação regular em revistas indexadas e cardiologistas com alta qualificação. Os autores podem indicar até cinco membros do conselho de revisores que gostariam que analisassem o artigo, assim como podem indicar até cinco revisores que não gostariam que participassem do processo. Os revisores farão comentários gerais sobre o trabalho e decidirão se ele deve ser publicado, corrigido segundo as recomendações ou rejeitado. Os Editores, de posse desses dados, tomarão a decisão final. Em caso de discrepâncias entre os revisores, poderá ser solicitada uma nova opinião para melhor julgamento. Quando forem sugeridas modificações, essas serão encaminhadas ao autor principal para resposta e, em seguida, aos revisores para que verifiquem se as exigências foram satisfeitas. Em casos excepcionais, quando o assunto do manuscrito assim o exigir, o Editor poderá solicitar a colaboração de um profissional que não conste do Conselho de Revisores. Os autores têm o prazo de quinze dias para proceder às modificações solicitadas pelos revisores e submeter novamente o artigo. A não-observância desse prazo implicará a retirada do artigo do processo de revisão.

A decisão sobre a recusa sem encaminhamento para os revisores ocorrerá em até cinco dias; sendo aceito para revisão, o parecer inicial dos revisores deverá ser produzido, sempre que possível, no prazo de cinco semanas, e o parecer final em até oito semanas, a contar da data de seu recebimento. As decisões serão comunicadas por e-mail. Os Editores não discutirão as decisões por telefone, nem pessoalmente. Todas as réplicas deverão ser submetidas por escrito para a revista.

Direitos Autorais

Os autores dos manuscritos aprovados deverão encaminhar para *Arquivos* (Fax: 011 - 3849-6438 - ramal 20), previamente à publicação, a declaração de direitos autorais, assinada por todos os co-autores (imprimir e preencher a carta no link:

http://publicacoes.cardiol.br/pub_abc/autor/pdf/Transferencia_de_Direitos_Autorais.pdf

FORMATAÇÃO DE ARTIGOS

Limites por tipo de publicação

Os critérios abaixo delineados devem ser observados para cada tipo de publicação. A contagem eletrônica de palavras deve incluir a página inicial, resumo, texto, referências e legenda de figuras. Os títulos têm limite de 100 caracteres (contando-se os espaços) para Artigos Originais e Artigos de Revisão e de 80 caracteres (contando-se os espaços) para as demais categorias. **IMPORTANTE: OS ARTIGOS SERÃO DEVOLVIDOS AUTOMATICAMENTE SEM ENVIO PARA REVISÃO CASO NÃO ESTEJAM DENTRO DOS PADRÕES DA REVISTA.**

	Artigo Original	Editorial	Ponto de Vista	Artigo de Revisão	Relato de Caso	Comunicação Breve	Carta ao Editor	Imagem Cardiovascular	Correção Clínica cirúrgica	Correção Anatómica
Nº máximo de autores	10	2	3	4	6	8	3	2	4	6
Resumo Nº máximo de	250	—	—	—	100	—	—	—	—	—

palavras										
Nº máximo de palavras	5.000	1.000	3.000	6.500	1.500	1.500	400	100	800	4.000
Nº máximo de referências	40	10	20	80	10	10	5	—	10	20
Nº máximo de tabelas + figuras	8	2	3	8	2	2	—	1	1	6

SEÇÕES DO MANUSCRITO

Os manuscritos deverão seguir a seguinte ordem:

- Página de título
- Texto
- Agradecimentos
- Legendas de figuras
- Tabelas
- Figuras
- Referências

Primeira página

Deve conter o título completo do trabalho de maneira concisa e descritiva, em português e inglês, assim como um título resumido (inferior a 50 caracteres, incluindo espaços) para ser utilizado no cabeçalho das demais páginas do artigo.

Nome completo dos autores e suas afiliações institucionais e o nome das instituição(ões) onde o trabalho foi elaborado.

Nome e endereço completo do autor correspondente, incluindo telefone, fax e e-mail, assim como endereço para pedidos de cópias, caso diferente do mencionado.

Deve ser incluída a contagem eletrônica total de palavras. Esta contagem deve incluir a página inicial, resumo, resumo em inglês, texto, referências e legenda de figuras.

Também devem ser incluídos de três a cinco descritores (palavras-chave), assim como a respectiva tradução para os Key-words (descriptors). Os descritores devem ser consultados nos sites:

<http://decs.bvs.br/>, que contém termos em português, espanhol e inglês ou www.nlm.nih.gov/mesh, para termos somente em inglês.

Segunda página

Resumo

O resumo deve ser estruturado em cinco seções: Fundamento (racional para o estudo), Objetivos, Métodos (breve descrição da metodologia empregada), Resultados (apenas os principais e mais significativos) e Conclusões (frase(s) sucinta(s) com a interpretação dos dados). Evitar abreviações. O número máximo de palavras segue as recomendações da tabela. Nos Relatos de Casos, o resumo deve ser não estruturado (informativo). O mesmo vale para o abstract. Não cite referências no resumo. Limite o emprego de acrônimos e abreviaturas

Texto

Deve ser dividido em Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão. As referências devem ser citadas numericamente, por ordem de aparecimento no texto, formatadas sobrescritas. Se forem citadas mais de duas referências em sequência, apenas a primeira e a última devem ser digitadas, sendo separadas por um traço (Exemplo: 5-8). Em caso de citação alternada, todas as referências devem ser digitadas, separadas por vírgula (Exemplo: 12, 19, 23). As abreviações devem ser definidas na primeira aparição no texto. Ao final da sessão de métodos, indicar as fontes de financiamento do estudo.

Introdução: Não ultrapassar mais que 350 palavras. Faça uma descrição dos fundamentos e do racional do estudo, justificando com base na literatura.

Métodos: descreva detalhadamente como foram selecionados os sujeitos da pesquisa observacional ou experimental (pacientes ou animais de experimentação, incluindo o grupo controle, quando houver), incluindo idade e sexo. A definição de raças só deve ser utilizada quando for possível de ser feita com clareza e quando for relevante para o tema explorado. Identifique os equipamentos e reagentes utilizados (incluindo nome do fabricante, modelo e país de fabricação) e dê detalhes dos procedimentos e técnicas utilizadas de modo a permitir que outros investigadores possam reproduzir

os seus dados. Justifique o emprego dos seus métodos e avalie possíveis limitações. Descreva todas as drogas e fármacos utilizados, doses e vias de administração. Descreva o protocolo utilizado (intervenções, desfechos, métodos de alocação, mascaramento e análise estatística). Em caso de estudos em seres humanos indique se o trabalho foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa e se os pacientes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados: sempre que possível, subdivididos em itens para maior clareza de exposição e apoiados em número não excessivo de gráficos, tabelas, quadros e figuras. Orienta-se evitar superposição dos dados como texto e tabela.

Discussão: relacionada diretamente ao tema a luz da literatura, salientando os aspectos novos e importantes do estudo, suas implicações e limitações. O último período deve expressar conclusões ou, se pertinentes, recomendações e implicações clínicas.

Agradecimentos

Devem vir após o texto. Nesta seção é possível agradecer a todas as fontes de apoio ao projeto de pesquisa, assim como contribuições individuais. Cada pessoa citada na seção de agradecimentos deve enviar uma carta autorizando a inclusão do seu nome, uma vez que pode implicar em endosso dos dados e conclusões. Não é necessário consentimento por escrito de membros da equipe de trabalho, ou colaboradores externos, desde que o papel de cada um esteja descrito nos agradecimentos.

REFERÊNCIAS

De acordo com as Normas de Vancouver, as referências devem ser numeradas sequencialmente conforme aparição no texto. As referências não podem ter o parágrafo justificado e sim alinhado à esquerda. Comunicações pessoais e dados não publicados não devem ser incluídos na lista de referências, mas apenas mencionados no texto e em nota de rodapé na página em que é mencionado. Citar todos os autores da obra se forem seis ou menos ou apenas os seis primeiros seguidos de et al, se forem mais de seis. As abreviações das revistas devem estar em conformidade com o Index Medicus/Medline - na publicação List of Journals Indexed in Index Medicus ou através do site <http://www.nlm.nih.gov/pubs/libprog.html> at <http://locatorplus.gov>. Só serão aceitas citações de revistas indexadas, ou, em caso de livros, que possuam registro ISBN (International Standard Book Number).

Resumos apresentados em congressos (abstracts) só serão aceitos até dois anos após a apresentação e devem conter na referência o termo "resumo de congresso" ou "abstract".

POLÍTICA DE VALORIZAÇÃO: Os editores estimulam a citação de artigos publicados nos *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*.

EXEMPLOS DE REFERÊNCIAS DE TRABALHOS CIENTÍFICOS PUBLICADOS

Artigos de Revistas

Ex: Mattos LA, Sousa AGMR, Feres F, Pinto I, Tanajura L, Sousa JE, et al. Influência da pressão de liberação dos stents coronários implantados em pacientes com infarto agudo do miocárdio: análise pela angiografia coronária quantitativa. *Arq Bras Cardiol*. 2003; 80(3): 250-9.

Quando houver Suplemento

Ex: Webber LS, Wattigney WA, Srinivisan SR, Berenson GS. Obesity studies in Bogalusa. *Am J Med Sci*. 1995; 310(Suppl 1): S53-61.

Grupo de Pesquisadores como Autor. Trabalhos Multicêntricos

Ex: BARI Investigators. The bypass angioplasty revascularization investigation: comparison of coronary bypass surgery with angioplasty in patients with multivessel disease. *JAMA*. 1997; 277: 715-21.

Instituição / Entidade como Autor

Ex: Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro. Diretrizes para a Abordagem das Síndromes Coronarianas Agudas sem Supradesnível de ST. *Rev SOCERJ*. 2000; 13 (Supl B): 1-20.

Autoria Desconhecida

Ex: 21st century heart solution may have a sting in the tail. *BMJ*. 2002; 325(7357): 184.

Abstract / Resumo / Editorial

Ex: Lofwall MR, Strain EC, Brooner RK, Kindbom KA, Bigelow GE. Characteristics of older methadone maintenance (MM) patients. [Abstract]. *Drug Alcohol Depend*. 2002; 66(Suppl 1): 5105.

Artigo no Prelo, indique ao final da referência

Ex: Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1977.

LIVROS. MONOGRAFIAS. TESES

Autor(es) Pessoal(ais)

Ex: Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. *Medical microbiology*. 4th ed. Saint Louis: Mosby, 2002.

□ **Instituição / Entidade como Autor**

Ex: Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Nefrologia. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. São Paulo: BG Cultural; 2002.

□ **Capítulo de Livro**

Ex: Zanella MT. Obesidade e fatores de risco cardiovascular. In: Mion Jr D, Nobre F (eds). Risco cardiovascular global: da teoria à prática. 2ª ed. São Paulo: Lemos Editorial; 2000. p. 109-25.

□ **Tese. Dissertação**

Ex: Brandão AA. Estudo longitudinal de fatores de risco cardiovascular em uma população de jovens [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2001.

ANAIS. ATAS. PROCEEDINGS DE EVENTOS CIENTÍFICOS

□ **Evento considerado no Todo**

Ex: 1º Congresso da Sociedade Brasileira de Hipertensão; 1992. São Paulo. Resumos. São Paulo: Sociedade Brasileira de Hipertensão; 1992.

□ **Trabalhos Apresentados em Eventos Científicos**

Ex: Magalhães MEC, Pozzan R, Brandão AA, Cerqueira RCO, Roussoulières ALS, Szwarcwald C, et al. Early blood pressure level as a mark of familial aggregation for metabolic cardiovascular risk factors. In: Annual Meeting of the World Congress of Cardiology; 1998 Apr 26-30. Proceedings. Rio de Janeiro, 1998. J Am Coll Cardiol. 1998; 31(5 Suppl C): 408C.

MATERIAL ELETRÔNICO

□ **Consultas na Internet**

Ex: Ministério da Saúde [homepage na Internet]. Secretaria Executiva. Datasus [citado 2000 maio 10]. Informações de Saúde. Morbidade e informações epidemiológicas. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>

Ex: Sabroza PC. Globalização e saúde: impacto nos perfis epidemiológicos das populações. In: 4º Congresso Brasileiro de Epidemiologia [online]; 1998 Ago 1-5; Rio de Janeiro. Anais eletrônicos. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1998. [citado 1999 jan 17]. Disponível em: [url:http://www.abrasco.com.br/epirio98](http://www.abrasco.com.br/epirio98)

TABELAS

Devem ser apresentadas quando necessárias para a efetiva compreensão do trabalho, não contendo informações redundantes já citadas no texto e numeradas por ordem de aparecimento. Devem ser apresentadas em página separada e configuradas em espaço-duplo. Devem ser enumeradas em número arábico e ter um título curto. Utilize a mesma fonte que a utilizada no texto. Indicar os marcadores de rodapé na seguinte ordem: *, †, ‡, §, //, , #, **, ††, etc.

FIGURAS

Para a submissão, as figuras devem ter boa resolução para serem avaliadas pelos revisores. As legendas das figuras devem ser formatadas em espaço duplo, estar em páginas numeradas e separadas, ordenadas após as Referências. As abreviações usadas nas ilustrações devem ser explicitadas nas legendas.

IMAGENS (on line)

Para os artigos aprovados que contenham exames (exemplo: ecocardiograma e filmes de cinecoronariografia) devem ser enviados como imagens em movimento no formato **AVI** ou **MPEG** para serem disponibilizados no site (<http://www.arquivosonline.com.br>)

ANEXO 5

QUALITY OF LIFE RESEARCH

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO



Quality of Life Research

An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation - Official Journal of the International Society of Quality of Life Research.

Editor-in-Chief: Ronald D. Hays

ISSN: 0962-9343 (print version)

ISSN: 1573-2649 (electronic version)

Journal no. 11136

Springer Netherlands

Online version available

Online First articles available

ISOQOL - Description – Editorial Board

Instruction for Authors

Quality of Life Research

Types of papers Manuscript submission Manuscript preparation Heading levels After acceptance Copyright

Types of papers

Quality of Life Research welcomes scientific articles in the following categories:

- **Full-Length Original Articles** (must include a structured abstract, maximum word limit of 4,000 words exclusive of abstract, tables, figures, and references)
- Brief Communications (maximum word limit of 1,500 words, exclusive of abstract, tables, figures, and references). See section below on Brief Communications.

Brief Communications

Brief communications are a maximum of 1,500 words, exclusive of abstract, figures, tables and references. Any topic can be submitted as a brief communication, but all manuscripts that report cross-cultural adaptations of existing measures will only be considered for publication as brief communications in Quality of Life Research. If a paper of this type provides substantially new methodological and/or substantive knowledge (e.g., a superior method of cross cultural adaptation, more thorough evaluation of the original instrument being adapted, multi language or multi country comparisons, etc.), authors should include a letter with their submission justifying the need for a full length report.

Language

We appreciate any efforts that you make to ensure that the language is corrected before submission. This will greatly improve the legibility of your paper if English is not your first language.

Ethical Standards

Manuscripts submitted for publication must contain a statement to the effect that all human studies have been approved by the appropriate ethics committee (including the approval number) and have therefore been performed in accordance with the ethical standards laid down in the 1964 Declaration of Helsinki. It should also be stated clearly in the text that all persons gave their informed consent prior to their inclusion in the study. Details that might disclose the identity of the subjects under study should be omitted.

The editors reserve the right to reject manuscripts that do not comply with the above-mentioned requirements. The author will be held responsible for false statements or failure to satisfy the above-mentioned requirements.

Manuscript submission

Legal requirements

Submission of a manuscript implies: that the work described has not been published before; that it is not under consideration for publication anywhere else; that its publication has been approved by all co-authors, if any, as well as by the responsible authorities – tacitly or explicitly – at the institute where the work has been carried out. The publisher will not be held legally responsible should there be any claims for compensation.

Permissions

Authors wishing to include figures, tables, or text passages that have already been published elsewhere are required to obtain permission from the copyright owner(s) and to include evidence that such permission has been granted when submitting their papers. Any material received without such evidence will be assumed to originate from the authors.

How to submit

Authors should submit their manuscripts online. Electronic submission substantially reduces the editorial processing and reviewing times and shortens overall publication times. Please connect directly to the site and upload all of your manuscript files following the instructions given on the screen.

Submit online

Manuscript preparation- Title page

The title page should include: A concise and informative title; The name(s) of the author(s) ; The affiliation(s) and address(es) of the author(s); The e-mail address, telephone and fax numbers of the corresponding author

- The number of words in the manuscript excluding the abstract, tables, figures, and references.

Abstract

Please provide a structured abstract of no more than 200 words which should be divided into the following sections:

- Purpose (stating the main purposes and research question); Methods; Results; Conclusions

Keywords - Please provide 4 to 6 keywords which can be used for indexing purposes. Use terms from the Medical Subject Headings list from Index Medicus.

Abbreviations - Abbreviations and their explanations should be collected in a list.

Text - Text formatting

For submission in Word: Use a normal, plain font (e.g., 12-point Times Roman) for text;

- Use italics for emphasis; Use the automatic page and line numbering functions; Do not use field functions;

- Use tab stops or other commands for indents, not the space bar; Use the table function, not spreadsheets, to make tables.

- Use the equation editor or MathType for equations.

Note: If you use Word 2007, do not create the equations with the default equation editor but use MathType instead.

- Save your file in either of the two formats doc and rtf. Do not submit docx files.

Word template - Heading levels

Please use no more than three levels of displayed headings.

SI units - Please always use internationally accepted signs and symbols for units, SI units.

Terminology

Generic names of drugs are preferred; if trade names are used, the generic name should be given at first mention.

Equations - Please use the standard mathematical notation for formulae, symbols etc.:

- Italic for single letters that denote mathematical constants, variables, and unknown quantities

- Roman/upright for numerals, operators, and punctuation, and commonly defined functions or abbreviations, e.g., cos, det, e or exp, lim, log, max, min, sin, tan, d (for derivative)

- Bold for vectors, tensors, and matrices.

Footnotes - Do not use footnotes (except for acknowledgement footnote on the title page).

Acknowledgments - Acknowledgments of people, grants, funds, etc. can be placed in a separate section before the reference list. The names of funding organizations should be written in full.

References - The list of References should only include works that are cited in the text and that have been published or accepted for publication. Personal communications

and unpublished works should only be mentioned in the text. Do not use footnotes or endnotes as a substitute for a reference list.

Citation in text - Citations in the text should be identified by numbers in square brackets. The numbers should be given in the order of appearance of the citations in the text. Some examples:

- Health-related quality of life research spans many disciplines [3].
- This result was later contradicted by Becker and Seligman [9].
- This effect has been widely studied [1-3, 7].

List style - Reference list entries should be numbered consecutively in the order cited

Journal article

1.Harris, M., Karper, E., Stacks, G., Hoffman, D., DeNiro, R., Cruz, P., et al. (2001). Writing labs and the Hollywood connection. *Journal of Film Writing*, 44(3), 213–245.

Article by DOI

2.Slifka, M.K., Whitton, J.L. (2000) Clinical implications of dysregulated cytokine production. *Journal of Molecular Medicine*, doi:10.1007/s001090000086

Book

3.Calfee, R. C., & Valencia, R. R. (1991). *APA guide to preparing manuscripts for journal publication*. Washington, DC: American Psychological Association.

Book chapter

4.O'Neil, J. M., & Egan, J. (1992). Men's and women's gender role journeys: Metaphor for healing, transition, and transformation. In B. R. Wainrib (Ed.), *Gender issues across the life cycle* (pp. 107–123). New York: Springer.

Online document

5. Abou-Allaban, Y., Dell, M. L., Greenberg, W., Lomax, J., Peteet, J., Torres, M., Cowell, V. (2006). Religious/spiritual commitments and psychiatric practice. Resource document. American Psychiatric Association. http://www.psych.org/edu/other_res/lib_archives/archives/200604.pdf. Accessed 25 June 2007.

Tables - All tables are to be numbered using Arabic numerals.

- Tables should always be cited in text in consecutive numerical order.
- For each table, please supply a table heading. The table title should explain clearly and concisely the components of the table.
- Identify any previously published material by giving the original source in the form of a reference at the end of the table heading.

Footnotes to tables should be indicated by superscript lower-case letters (or asterisks for significance values and other statistical data) and included beneath the table body.

Figures - All figures are to be numbered using Arabic numerals; Figures should always be cited in text in consecutive numerical order; For each figure, please supply a figure caption; Make sure to identify all elements found in the figure in the caption; Identify any previously published material by giving the original source in the form of a reference at the end of the caption.

For more information about preparing your illustrations, please follow the hyperlink to the artwork instructions

ESM

If Electronic supplementary material (ESM) is submitted, it will be published as received from the author in the online version only.

ESM may consist of

- information that cannot be printed: animations, video clips, sound recordings
- information that is more convenient in electronic form: sequences, spectral data, etc.
- large original data, e.g. additional tables, illustrations, etc.
- large original data, e.g. additional tables, illustrations, etc.
- If supplying any ESM, the text must make specific mention of the material as a citation, similar to that of figures and tables (e.g., “. . . as shown in Animation 3.”).

For details on formats and other information, please follow the hyperlink to the specific instructions for electronic supplementary material

After acceptance - Upon acceptance of your article you will receive a link to the special Springer web page with questions related to:

Open Choice - In addition to the normal publication process (whereby an article is submitted to the journal and access to that article is granted to customers who have purchased a subscription), Springer now provides an alternative publishing option: Springer Open Choice. A Springer Open Choice article receives all the benefits of a regular subscription-based article, but in addition is made available publicly through Springer's online platform SpringerLink. We regret that Springer Open Choice cannot be ordered for published articles.

Springer Open Choice

Copyright

Copyright transfer Authors will be asked to transfer copyright of the article to the Publisher (or grant the Publisher exclusive publication and dissemination rights). This will ensure the widest possible protection and dissemination of information under copyright laws.

Open Choice articles do not require transfer of copyright as the copyright remains with the author. In opting for open access, they agree to the Springer Open Choice Licence.

Offprints/Reprints - Free and/or additional offprints can be ordered by the corresponding author. Twenty-five offprints of each contribution are supplied free of charge to the corresponding author.

Color in print - Online publication of color illustrations is free of charge. For color in the print version, authors will be expected to make a contribution towards the extra costs.

Proof reading - The purpose of the proof is to check for typesetting errors and the completeness and accuracy of the text, tables and figures. Substantial changes in content, e.g., new results, corrected values, title and authorship, are not allowed without the approval of the Editor.

After online publication, further changes can only be made in the form of an Erratum, which will be hyperlinked to the article.

Online first - The article will be published online after receipt of the corrected proofs. This is the official first publication citable with the DOI. After release of the printed version, the paper can also be cited by issue and page numbers.

APÊNDICES

- Apêndice 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Grupo Estudo)**
- Apêndice 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Grupo Controle)**
- Apêndice 3 – Ficha sociodemográfica (Grupo Estudo)**
- Apêndice 4 – Ficha sociodemográfica (Grupo Controle)**

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (GRUPO ESTUDO)

Título da Pesquisa: “QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA NO TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL”

Pesquisadora Responsável: M.Sc. Maria Virgínia de Carvalho
RG: 2520653 (SSP-GO) – CPF: 457203711-68

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre o estudo, no caso de aceitar fazer parte do mesmo, assine o final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável. Se não quiser participar, você não será prejudicado no seu tratamento nesta instituição (Liga de Hipertensão Arterial/HC/UFG).

O fito desta pesquisa é para avaliar a qualidade de vida de pessoas que tem pressão alta e os resultados encontrados poderão ajudar no tratamento de pacientes com hipertensão para melhorar a sua qualidade de vida. O estudo não necessita de exames nem mudanças no tratamento assim, não oferece nenhum risco ou prejuízo a sua saúde. Informamos que a sua participação neste estudo não trará em hipótese alguma, gastos financeiros e que se ocorrer danos comprovados referente a esta pesquisa, enquanto participante você terá o direito de pleitear indenização.

Para a sua participação, pedimos a sua autorização para a utilização das informações obtidas nos questionários e informamos que seus dados pessoais, bem como, seus resultados individuais não serão divulgados e que, mesmo depois de ter concordado em participar, você poderá desistir, sem que isso atrapalhe seu atendimento. Esclarecemos, ainda, que os dados obtidos por meio dos questionários serão armazenados apenas para esta pesquisa.

Este estudo terá a duração de aproximadamente 40 minutos (quarenta) e a sua tarefa é só responder a algumas questões relacionadas com a sua saúde que serão feitas por mim (pesquisadora). Em caso de dúvida sobre a pesquisa, entre em contato, a qualquer momento, com a pesquisadora Maria Virgínia de Carvalho nos seguintes telefones: 3565-4900 / 9695-2387 e, em caso de dúvidas sobre os seus direitos como participante nesta pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética

em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás pelos telefones 3269-8338 / 3269-8426 para esclarecimentos.

Os resultados desta pesquisa serão publicados em congressos ou revistas científicas e os dados serão usados para melhorar a Qualidade de Vida de pacientes hipertensos.

Data: ____ / ____ / ____

Nome do Participante

Nome do Pesquisador

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, nº de prontuário: _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA NO TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, sob a responsabilidade da pesquisadora Maria Virgínia de Carvalho, como sujeito voluntário. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação e o compromisso de que não me trará, em hipótese alguma, gastos financeiros para a minha participação neste estudo. Foi me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu tratamento nesta instituição (Liga de Hipertensão Arterial/HC/UFG).

Local e data _____

Nome e assinatura do sujeito ou responsável: _____

Nome e assinatura do pesquisador responsável:: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimento sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Testemunhas:

Nome: _____ **Assinatura:** _____

Nome: _____ **Assinatura:** _____

APÊNDICE 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (GRUPO CONTROLE)

Título da Pesquisa: “QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA NO TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL”

Pesquisadora Responsável: M.Sc. Maria Virgínia de Carvalho

RG: 2520653 (SSP-GO) – CPF: 457203711-68

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre o estudo, no caso de aceitar fazer parte do mesmo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável. Se não quiser participar você não será prejudicado.

Esta pesquisa é para avaliar a qualidade de vida de pessoas que têm pressão alta e os resultados encontrados poderão ajudar no tratamento de pacientes com hipertensão para melhorar a qualidade de vida. O estudo não necessita de exames e não oferece nenhum risco ou prejuízo a sua saúde. Informamos que a sua participação neste estudo não trará em hipótese alguma, gastos financeiros e que se ocorrer danos comprovados referentes a esta pesquisa enquanto participante você terá o direito de pleitear indenização.

Para a sua participação, pedimos a sua autorização para a utilização das informações obtidas nos questionários. Informamos que seus dados pessoais, bem como, seus resultados individuais não serão divulgados e que, mesmo depois de ter concordado em participar, você poderá desistir sem que isso lhe cause prejuízo. Esclarecemos, ainda, que os dados obtidos por meio dos questionários serão armazenados apenas para esta pesquisa.

Este estudo terá a duração de aproximadamente 40 minutos (quarenta) e a sua tarefa é só responder a algumas questões relacionadas à sua saúde que serão feitas por mim (pesquisadora). Em caso de dúvida sobre a pesquisa, entre em contato, a qualquer momento, com a pesquisadora Maria Virgínia de Carvalho nos seguintes telefones: 3565-4900 / 9695-2387 e, em caso de dúvidas sobre os seus direitos como participante nesta pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás pelos telefones 3269-8338 / 3269-8426 para esclarecimentos.

Os resultados desta pesquisa serão publicados em congressos ou revistas científicas e os dados serão usados para melhorar a qualidade de vida de pacientes hipertensos.

Data: ____ / ____ / ____

Nome do Participante

Nome do Pesquisador

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, abaixo-assinado, concordo em participar do estudo QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA NO TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, sob a responsabilidade da pesquisadora Maria Virgínia de Carvalho, como sujeito voluntário. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora sobre a pesquisa, sobre os procedimentos nela envolvidos, os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação e o compromisso de que não me trará, em hipótese alguma, gastos financeiros para a minha participação neste estudo. Foi me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data _____

Nome e assinatura do sujeito ou responsável: _____

Nome e assinatura do pesquisador responsável: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimento sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Testemunhas:

Nome: _____ **Assinatura:** _____

Nome: _____ **Assinatura:** _____

APÊNDICE 3

FICHA DO PACIENTE (Grupo Estudo)

Dados pessoais

- 1) Nome: _____ Sexo (M)¹ (F)²
Idade: _____ anos
- 2) Etnia: () Branco ¹ () Não Branco ⁰
- 3) Renda Familiar: () 1 salário mínimo ¹ () de 1 a 4 salários mínimo ²
() Mais de 4 salários mínimos³
- 4) Escolaridade: () Primeiro grau incompleto ¹ () Primeiro grau completo ²
() Segundo grau incompleto ³ () Segundo grau completo ⁴
() Terceiro grau incompleto ⁵ () Terceiro grau completo ⁶
- 5) Estado civil () Com companheiro ¹ () Sem companheiro ⁰
- 6) IMC última consulta () ≤ 25 ¹ () 25 a 30² () ≥ 30 ³

Dados sobre a hipertensão

- 7) Há quanto tempo você soube que é hipertenso? _____ anos
- 8) Há quanto tempo você faz tratamento para hipertensão? _____ anos
- 9) Quais os remédios que você toma diariamente? _____
- 10) Quantos tipos de medicamentos você utiliza diariamente? _____ tipos (número)
- 11) Além da hipertensão você possui outra doença? () Sim ¹ () Não ⁰
Se sim, qual (is)? _____
- 12) Valores da PA na última consulta _____ Média da PA
- 13) PA () Controlada ¹ () Não controlada ⁰
-

APÊNDICE 4

FICHA DO PACIENTE (GRUPO CONTROLE)

Dados pessoais

- 1) Nome: _____ Sexo (M) 1 (F) 2
Idade: _____ anos
- 2) Etnia: () Branco 1 () Não Branco 0
- 3) Renda Familiar: () 1 salário mínimo 1 () de 1 a 4 salários mínimo 2
() Mais de 4 salários mínimo 3
- 4) Escolaridade: () Primeiro grau incompleto 1 () Primeiro grau completo 2
() Segundo grau incompleto 3 () Segundo grau completo 4
() Terceiro grau incompleto 5 () Terceiro grau completo 6
- 5) Estado civil: () Com companheiro 1 () Sem companheiro 0
- 6) Peso: _____ Altura: _____ IMC () ≤ 25 1 () 25 a 30 2 () ≥ 30 3
- 7) Tem o hábito de aferir a pressão arterial? () Sim 1 () Não 0
- 8) Se tiver o hábito de aferir a PA, qual o valor? _____

Dados relacionados a alguma doença.

- 9) Você possui alguma doença? () Sim 1 () Não 2
Se sim, qual (is)? _____
- 10) Quais os remédios que você toma diariamente? _____
-