

**INFLUÊNCIA DE FATORES SOCIOECONÔMICOS E CLÍNICOS NA
QUALIDADE DE VIDA DE HIPERTENSOS**Darci Ramos Fernandes^aTânia Pavão Oliveira Rocha^aEdenilde Alves Santos^bJosé Albuquerque Figueiredo Neto^cRafael de Abreu Lima^dEwaldo Éder Carvalho Santana^e**Resumo**

A hipertensão arterial é considerada um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo devido às altas cargas de doenças representadas pela morbimortalidade, podendo influenciar na qualidade de vida. O objetivo do estudo foi analisar a influência de fatores socioeconômicos e clínicos na qualidade de vida de hipertensos atendidos na Estratégia Saúde da Família em São Luís, Maranhão, Brasil. O método adotado foi o estudo transversal e observacional, conduzido em amostra representativa de 502 hipertensos. Os dados foram coletados por meio de questionário de caracterização socioeconômica e clínica. Para avaliação da qualidade de vida utilizaram-se os questionários SF-36 e MINICHAL, comparando-os. Os dados foram analisados por meio de testes de Mann-Witney, Kruskal-Wallis, Bonferroni e Dunnet. Os resultados indicaram que os hipertensos do sexo feminino, idade > 60 anos, solteiros/separados/viúvos, baixa escolaridade, aposentados que continuavam na ativa, baixa renda, níveis pressóricos não controlados, tempo diagnóstico > 10 anos, presença de diabetes, sobrepeso e obesidade, sedentarismo e tabagismos apresentaram menores escores

^a Enfermeiras. Mestres em Ciências da Saúde. Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão. São Luís, Maranhão, Brasil.

^b Enfermeira assistencial da Universidade Federal do Maranhão. São Luís, Maranhão, Brasil.

^c Médico. Doutor em Cardiologia. Docente do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Maranhão. São Luís, Maranhão, Brasil.

^d Enfermeiro. Mestre em Saúde Coletiva. Docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão. São Luís, Maranhão, Brasil.

^e Matemático. Docente do Programa de Pós-graduação em Engenharia de Eletricidade da Universidade Federal do Maranhão. São Luís, Maranhão, Brasil.

Endereço para correspondência: Darci Ramos Fernandes. Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (Núcleo de Gestão da Qualidade). Rua Barão Itapary, número 227, Centro. São Luís, Maranhão, Brasil. CEP: 65020-070. E-mail: darcy.ramos10@gmail.com

de qualidade de vida. Concluiu-se que o conhecimento dos fatores socioeconômicos e clínicos são determinantes na qualidade de vida dos hipertensos e podem favorecer o planejamento adequado das ações de saúde para melhor atender a esse segmento crescente da população.

Palavras-chave: Hipertensão. Fatores socioeconômicos. Qualidade de vida. Estratégia Saúde da Família.

INFLUENCE OF SOCIOECONOMIC AND CLINICAL FACTORS TO THE QUALITY OF LIFE OF HYPERTENSIVES

Abstract

Hypertension is considered a serious public health problem in Brazil and in the world due to high burden of diseases represented by the morbimortality, and may influence the quality of life. The aim of the study was to analyze the influence of socioeconomic and clinical factors to the quality of life of hypertensive patients from the Family Health Strategy in São Luís, Maranhão, Brazil. The method used was a cross-sectional and observational study conducted in a representative sample of 502 hypertensives. Data were collected through a questionnaire of socioeconomic and clinical characterization. To assess the quality of life we used the SF-36 and MINICHAL questionnaires, comparing them. Data were analyzed using the Mann-Whitney test, Kruskal-Wallis, Bonferroni e Dunnet. The results indicated that hypertensive female, age > 60 years, single/separated/widowed, low education, retired who are still active, low-income, blood pressure not controlled, diagnosis time > 10 years, diabetes, overweight and obesity, sedentary lifestyle and smoking had lower scores of quality of life. In conclusion the knowledge of socioeconomic and clinical factors determine the quality of life of hypertensive and may favor the proper planning of health actions to better serve this growing segment of the population.

Keywords: Hypertension. Quality of life. Socioeconomic factors. Family health strategy.

INFLUENCIA DE FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y CLÍNICOS EN LA CALIDAD DE VIDA DE HIPERTENSOS

Resumen

La hipertensión arterial es considerada un grave problema de salud pública en Brasil y en el mundo debido a las altas cargas de enfermedades representadas por la morbimortalidad

y puede influir en la calidad de vida. El objetivo del estudio fue analizar la influencia de los factores socioeconómicos y clínicos en la calidad de vida de 502 hipertensos atendidos en la Estrategia Salud de la Familia en São Luís, Maranhão. El método utilizado fue el estudio transversal y observacional de enfoque cuantitativo, los datos fueron recopilados mediante cuestionarios para la caracterización socioeconómica y clínica, además SF-36 y MINICHAL para evaluar la calidad de vida, compararlos. Los datos fueron analizados mediante la prueba de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, Bonferroni y Dunnett. Los resultados indicaron que los hipertensos del sexo femenino, edad > 60 años, soltera/divorciada/viuda, bajo nivel de educación, jubiladas que continúan trabajando, de bajos ingresos, presión arterial alterada, tiempo de diagnóstico > 10 años, presencia de diabetes, sobrepeso y obesidad, sedentarismo y tabaquismo tuvieron puntuaciones de calidad de vida más bajas. Se concluyó que el conocimiento de los factores socioeconómicos y clínicos determina la calidad de vida de los hipertensos y puede favorecer la adecuada planificación de las acciones de salud para servir mejor a ellos.

Palabras clave: Hipertensión. Factores socioeconómicos. Calidad de vida. Estrategia salud de la familia.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o Brasil tem passado por um processo de transição epidemiológica que resulta em um novo perfil de morbimortalidade, condicionado à diversidade regional quanto às características socioeconômicas e de acesso aos serviços de saúde. Esse quadro tem ocasionando o crescimento da morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis, com destaque para a hipertensão, a mais frequente das doenças cardiovasculares e o principal fator de risco para complicações como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal¹⁻³.

Dados do Ministério da Saúde (MS) afirmam que 30% da população brasileira, a partir de 40 anos, tem hipertensão², um grave problema de saúde pública que impacta na saúde das populações e envolve uma complexidade de recursos necessários para seu controle⁴. Pesquisa realizada em São Luís (MA) encontrou uma prevalência de 27,4% de hipertensão arterial em maiores de 18 anos⁵.

A hipertensão arterial é considerada um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo devido às altas cargas de doenças representadas pela morbimortalidade³. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi instituída para operacionalizar a atenção primária no SUS, substituindo as unidades de saúde tradicionais⁶. Os profissionais de saúde da ESF

conhecem as famílias de sua área de atuação e conseguem mais facilmente identificar suas limitações e situações de risco, o que possibilita a elaboração de intervenções direcionadas⁶ e pode contribuir para a melhoria da qualidade de vida (QV) dessas pessoas⁷.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua a QV, 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”^{8:1}. Dessa forma, a percepção que o paciente possui da doença influenciará na sua QV⁹. Assim, avaliar a influência dos fatores socioeconômicos e clínicos na QV de hipertensos tornou-se relevante para contribuir na orientação de tratamentos mais eficazes, aprimorar a adesão ao tratamento e, conseqüentemente, melhorar a QV desses pacientes.

O objetivo deste estudo é analisar a influência de fatores socioeconômicos e clínicos na qualidade de vida de hipertensos atendidos na Estratégia Saúde da Família em São Luís, Maranhão, Brasil.

MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal, observacional de abordagem quantitativa realizado em São Luís (MA), município com uma população aproximada de 1.014.837 habitantes, que possui seis distritos sanitários na zona urbana e um na zona rural.

A coleta de dados foi realizada em uma unidade de saúde de cada distrito sanitário, no período de agosto de 2011 a setembro de 2012, com 502 hipertensos, usuários da ESF, maiores de 18 anos, de ambos os sexos, em acompanhamento por, no mínimo, seis meses. Para a coleta de dados, utilizou-se um questionário estruturado para a caracterização dos dados socioeconômicos¹⁰, clínicos e hábitos de vida.

Para avaliação da QV, foram utilizados e comparados dois tipos de questionário: o genérico SF-36 (*Medical Outcomes Study Short-Form 36*) e o específico MINICHAL (*Mini-Cuestionario de Calidad Vida em Hipertensión Arterial*).

O SF-36 é um tipo de questionário genérico de avaliação de QV para indivíduos acima de 14 anos, autoaplicável ou submetido em entrevista face a face ou por telefone. Foi validado no Brasil e adaptado culturalmente, sendo utilizado em diferentes áreas da saúde. Sua finalidade maior é analisar a compreensão integral do indivíduo sobre sua saúde, no intuito de ajudá-lo a tomar decisões sobre seu tratamento¹¹. Apresenta 36 itens, sendo dividido em oito domínios: estado geral da saúde (EGS), capacidade funcional (CF), aspectos físicos (AF), aspectos emocionais (AE), aspectos sociais (AS), dor (DOR), vitalidade (VIT), saúde mental (SM). Para cada domínio do SF-36, os itens são codificados e transformados em escala de zero a 100

pontos, em que o maior escore indica melhor estado de saúde ou melhor QV e os escores menores, pior situação ou QV prejudicada¹¹⁻¹². A inexistência de pontos de corte na escala do SF-36 levou os autores deste estudo a interpretar que valores acima de 60 pontos, em uma escala de 0 a 100, indicavam uma QV preservada ou boa.

MINICHAL é um questionário de rápida aplicação, específico para avaliar a QV de hipertensos. Traduzido e adaptado culturalmente para o Brasil (MINICHAL-BRASIL), é composto por 17 questões e 2 domínios com pontuação máxima de 21 pontos¹³: estado mental (EM) e manifestações somáticas (MS). Nessa escala, quanto mais próximo de zero estiver o resultado, melhor a QV.

Os dados foram armazenados e analisados no programa Stata 11.0 (*Data Analysis and Statistical Software*). Para avaliar a diferença dos valores entre os domínios do SF-36, foram empregados média e desvio padrão e aplicados os testes: Mann-Whitney em variáveis dicotômicas; Kruskal-Wallis em variáveis não dicotômicas; Bonferroni e Dunnet, para confirmar a diferença de média após múltiplas comparações; Coeficiente *alfa* de Cronbach, para verificar a consistência interna de itens referentes ao SF-36 e MINICHAL; e Coeficiente de Correlação de Pearson, para investigar o relacionamento de dependência entre os domínios do SF-36 e MINICHAL. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%, com valor de $p \leq 0,05$.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão sob o Parecer número 38/11. Todos os pacientes que concordam em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Foram entrevistados 502 hipertensos, sendo predominante do sexo feminino (69,92%), idade ≥ 60 anos (51%), casados (60,96%) e aposentados ou pensionistas (35,66%). (Tabela 1).

Tabela 1 – Características socioeconômicas dos hipertensos da Estratégia de Saúde da Família. São Luís, Maranhão, Brasil – 2013

(continua)

Características socioeconômicas	n	%	IC (95%)	
Sexo				
Masculino	151	30,08	26,1	34,3
Feminino	351	69,92	65,7	73,9

Tabela 1 – Características socioeconômicas dos hipertensos da Estratégia de Saúde da Família. São Luís, Maranhão, Brasil – 2013

(conclusão)

Características socioeconômicas	n	%	IC (95%)	
Idade				
30 a 39 anos	29	5,78	3,9	8,19
40 a 49 anos	78	15,54	12,48	19,0
50 a 59 anos	139	27,69	23,82	31,83
60 anos ou mais	256	51	46,53	55,45
Estado civil				
Solteiro	60	11,95	9,24	15,11
Casado	306	60,96	56,53	65,24
Divorciado	39	7,77	5,58	10,47
Víuvo	97	19,32	15,96	23,05
Escolaridade				
< 9 anos de estudo	310	61,75	57,34	66,02
9 a 12 anos de estudo	170	33,86	31,46	40,02
> 12 anos de estudo	22	4,38	2,77	6,56
Renda Mensal Familiar				
Menor que 1 Salário Mínimo	40	7,97	5,75	10,69
1 a 2 Salários Mínimos	382	76,1	72,12	79,76
3 a 5 Salários Mínimos	44	8,76	0,64	11,59
> 5 Salários Mínimos	36	7,17	5,07	9,79
Ocupação				
Ativo	123	24,5	20,8	28,51
Aposentado com atividade remunerada	83	16,53	13,39	20,08
Aposentado/pensionista	179	35,66	31,46	40,02
Trabalho doméstico	83	16,53	13,39	20,07
Desempregado	34	6,77	4,73	9,34

Fonte: Elaboração própria.

Na **Tabela 2** são apresentados os resultados das variáveis clínicas: níveis pressóricos não controlados (51,79%), sobrepeso (44,22%), praticantes de atividade física (59,16%), ex-fumantes (62,95%) e não etilistas (83,07)%.

Tabela 2 – Características clínicas e hábitos de vida dos hipertensos da Estratégia de Saúde da Família. São Luís, Maranhão, Brasil – 2013

(continua)

Características clínicas	n	%	IC (95%)	
Hipertensão Arterial Sistêmica				
Controlada	242	48,21	43,76	52,68
Alterada	260	51,79	47,32	56,24

Tabela 2 – Características clínicas e hábitos de vida dos hipertensos da Estratégia de Saúde da Família. São Luís, Maranhão, Brasil – 2013

(conclusão)

Características clínicas	n	%	IC (95%)	
Tempo de diagnóstico				
>10 anos	298	59,36	54,92	63,69
10 anos ou menos	204	40,64	36,31	45,08
Diabetes				
Sim	183	36,45	32,23	40,83
Não	319	63,54	59,17	67,76
Estado nutricional				
Normal	151	30,08	26,10	34,30
Sobrepeso	222	44,22	39,82	48,69
Obesidade	129	25,70	21,93	29,76
Atividade física				
Regularmente	97	19,32	15,96	23,05
Esporadicamente	108	21,51	18,00	25,37
Não realiza	297	59,16	54,72	63,50
Tabagismo				
Nunca fumou	168	33,47	29,35	37,78
Ex-fumante	316	62,95	58,56	67,19
Fumante	18	3,59	1,39	6,08
Etilismo				
Não usa bebida alcoólica	417	83,07	79,49	86,24
Usa bebida alcoólica	85	16,93	13,75	20,50

Fonte: Elaboração própria.

No **Apêndice A** encontram-se os escores médios das dimensões dos questionários SF-36 e MINICHAL entre hipertensos segundo variáveis socioeconômicas. Nas dimensões do questionário SF-36, o sexo feminino apresentou pior QV em todos os domínios, com significância estatística em *capacidade funcional*, *dor*, *estado geral de saúde* e *vitalidade*. Maiores de 60 anos apresentaram pior QV em todos os domínios e houve significância estatística apenas em *vitalidade*. Os casados apresentaram melhor QV, com significância estatística em *capacidade funcional*, *aspectos físicos*, *dor*, *aspectos sociais* e *aspectos emocionais*. Aposentados que exerciam atividade remunerada apresentaram pior QV com significância estatística em todos os domínios, exceto em *aspectos sociais*.

Nas dimensões do questionário MINICHAL, o sexo feminino apresentou pior QV, com significância estatística nos dois domínios: *manifestações somáticas* e *saúde mental*. Maiores de 60 anos apresentaram pior QV nesses dois domínios sem significância estatística. Os casados apresentaram melhor QV nos dois domínios, sem significância estatística. Aposentados que exerciam atividade remunerada apresentaram pior QV, com significância estatística nos domínios *estado mental* e *manifestações somáticas*.

No **Apêndice B** encontram-se os escores médios das dimensões dos questionários SF-36 e MINICHAL entre hipertensos segundo variáveis clínicas. Os hipertensos com níveis pressóricos controlados apresentaram melhor QV em todos os domínios, com significância estatística nos *aspectos físicos* e *estado geral de saúde*. Hipertensos com estado nutricional normal apresentaram melhor QV com significância estatística em *estado geral de saúde*, *aspectos sociais* e *saúde mental*. Praticantes de atividade física apresentaram melhor QV, houve significância estatística nos *aspectos físicos* e nos *aspectos emocionais*. Os que nunca fumaram apresentaram melhor QV com significância estatística nos domínios *dor*, *estado geral de saúde* e *aspectos sociais*. Etilistas apresentaram melhor QV com significância estatística em *capacidade funcional*.

Nas dimensões do questionário MINICHAL, hipertensos com níveis pressóricos controlados apresentaram melhor QV nos dois domínios, sem significância estatística. Hipertensos com estado nutricional normal apresentaram melhor QV, em ambos os domínios, com significância estatística em *manifestações somáticas*. Praticantes de atividade física apresentaram melhor QV, sem significância estatística. Hipertensos que nunca fumaram apresentaram melhor QV, sem significância estatística. Etilistas apresentaram melhor QV apenas no domínio *manifestações somáticas*. Não houve significância estatística.

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos assemelham-se aos encontrados em estudos que revelam uma relação positiva entre o nível socioeconômico e QV¹³⁻¹⁴. Fatores como idade avançada, sexo feminino e não ter companheiro estão relacionados a baixos níveis de QV¹⁴. Em estudos¹⁵⁻¹⁶ realizados com grupos de hipertensos com menor condição social, é esperado que apresentem mais dificuldades de acesso aos cuidados de saúde e menos informação sobre a doença, sendo-lhes, conseqüentemente, mais difícil encontrar estratégias eficazes para gerir a doença, o que pode interferir em suas QV.

Ao avaliar a influência das variáveis socioeconômicas na QV, por meio dos questionários SF-36 e MINICHAL, verificou-se que hipertensos do sexo feminino apresentaram pior QV, resultado semelhante ao de outros estudos¹⁷⁻¹⁹.

De forma geral, os escores de QV são melhores para os homens do que para as mulheres. Supõe-se que seja porque a maioria dos pesquisados eram mulheres acima de 60 anos, faixa etária em que as mulheres figuram em maior número, semelhante ao que ocorre na realidade brasileira²⁰⁻²¹. Tal predominância deve-se à menor exposição a determinados fatores de risco, notadamente no trabalho, menor prevalência de tabagismo e uso de álcool, diferença

quanto à atitude em relação às doenças e incapacidades e, por último, maior cobertura de assistência gineco-obstétrica²⁰.

Melhor QV foi observada em hipertensos com menos de 60 anos, que conviviam com companheiro e estavam ativos para o trabalho. Esse resultado é corroborado em outros estudos²¹⁻²³, o que pode favorecer o conhecimento sobre a doença e a adesão ao tratamento²⁴.

Um resultado importante encontrado neste estudo foi o fato de aposentados que continuavam exercendo atividade remunerada apresentarem os piores escores de QV, com significância estatística em todos os domínios dos instrumentos utilizados, exceto nos aspectos sociais do SF-36. Essa situação sugere que continuar trabalhando após aposentadoria interfere negativamente na QV, apesar de proporcionar atividade intelectual e social, além de outra fonte de renda.

Ao avaliar a influência das variáveis clínicas na QV utilizando o SF 36 e o MINICHAL, verificou-se que níveis pressóricos controlados tinham impacto positivo na QV, resultado semelhante ao encontrado em outros estudos²¹⁻²². O controle pressórico não interferiu na QV em alguns estudos^{18,23}.

Os hipertensos com sobrepeso ou obesidade apresentaram QV ruim nos dois instrumentos utilizados. Em estudos que também utilizaram SF-36¹⁶ e MINICHAL²⁴, a obesidade influenciou negativamente a QV dos participantes. Essa situação pode ter como consequências doenças cardiovasculares, doença aterosclerótica, maior risco cirúrgico, dentre outras complicações.

Hipertensos que praticavam atividade física apresentaram os melhores escores de QV em todos os domínios dos instrumentos utilizados. Resultado semelhante foi encontrado em outros estudos^{15,17} nos quais os adeptos de atividade física possuíam melhor QV.

Estudo²⁵ que classificou os hipertensos em mais ativos e menos ativos observou que 72,22% dos menos ativos encontravam-se no grupo com pior QV, evidenciando uma diferença significativa na dependência da prática de atividade física.

Ser tabagista demonstrou maior comprometimento na QV dos hipertensos, pois apresentaram escores mais baixos comparados aos ex-fumantes e aos que nunca fumaram tanto no SF-36 quanto no MINICHAL. Em outros estudos^{17,24,26}, os fumantes também apresentaram maior comprometimento da QV.

Os etilistas apresentaram melhor QV nos domínios do SF-36 e no MINICHAL. Em estudo semelhante¹⁷, os participantes que consumiam bebida alcoólica também apresentaram melhor QV.

O fato de os etilistas possuírem melhor QV é controverso ao encontrado na literatura, que orienta meios para modificar o estilo de vida, favorecendo a redução da pressão, como a diminuição do consumo de bebida alcoólica, da ingestão de sal e de gordura, prática regular de exercícios físicos, perda de peso e abandono ao tabagismo²⁷⁻²⁸.

CONCLUSÃO

Como já observado por outros pesquisadores, alguns fatores adversos à hipertensão, como sexo feminino, estar solteiro, ter mais de 60 anos, aposentados que continuam trabalhando, sobrepeso, obesidade e tabagismo, parecem influenciar uma pior avaliação da QV. Também a hipertensão, considerada entidade clínica, na maioria das vezes silenciosa, interfere negativamente na QV de seus portadores.

Ressalta-se que a investigação da influência de fatores socioeconômicos e clínicos na QV dos hipertensos, por meio da utilização do SF-36 e MINICHAL, apesar de algumas limitações (atendimento na ESF, dificuldade de acesso às UBS, realização de exames específicos etc.), mostrou que os hipertensos do estudo apresentaram uma QV regular.

A QV encontrada pode decorrer do fato de que os hipertensos já estavam sendo acompanhados pela ESF, onde, na maioria das vezes, o serviço de saúde disponibiliza profissionais capacitados, medicamentos específicos, trabalhos desenvolvidos em grupo e acompanhamento domiciliar. Soma-se a esse comentário a característica conformista do brasileiro em relação às políticas públicas nacionais, especialmente em áreas menos favorecidas como as do estudo.

Ressalta-se que houve correlação significativa entre MINICHAL e SF-36 em todos os domínios, demonstrando que ambos os questionários são úteis na avaliação da qualidade de vida de hipertensos, entretanto o MINICHAL foi mais responsivo, apresentou maior praticidade e demandou menor tempo de aplicação, uma vez que é específico para hipertensos e restrito a domínios de relevância para a hipertensão.

Neste estudo verificou-se a importância de se conhecer o perfil de morbidade dos pacientes hipertensos, objetivando minimizar o efeito dessa condição na QV. Conclui-se que o conhecimento da influência dos fatores socioeconômicos e clínicos na QV dos hipertensos tornam-se relevantes para profissionais de saúde e gestores locais, por favorecer o planejamento adequado das ações de promoção de saúde para melhor atender a esse segmento crescente da população.

INSTITUIÇÃO FINANCIADORA

Fundação de Amparo à Pesquisa e Desenvolvimento Científico do Maranhão (Fapema), processo n. 1486/2009 – Programa Pesquisa para o Sistema Único de Saúde (PPSUS):1333/09.

AGRADECIMENTOS

Aos colaboradores responsáveis pela coleta de dados, alunos do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão. À Secretaria Municipal de Saúde de São Luís, pela autorização para o desenvolvimento da pesquisa. À Fundação de Amparo à Pesquisa e Desenvolvimento Científico do Maranhão (Fapema), pelo apoio técnico e financeiro. Aos Agentes Comunitários de Saúde das unidades envolvidas, pela ajuda nas etapas iniciais do estudo.

COLABORADORES

1. Concepção do projeto, análise e interpretação dos dados: José Albuquerque de Figueiredo Neto.
2. Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Darci Ramos Fernandes e Tania Pavão Oliveira Rocha
3. Revisão e/ou aprovação final da versão a ser publicada: Rafael de Abreu Lima e Ewaldo Eder Santana de Carvalho.
4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: Darci Ramos Fernandes e Edenilde Alves dos Santos.

REFERÊNCIAS

1. Gottlieb MGV. Transição epidemiológica, estresse oxidativo e doenças crônicas não transmissíveis sob uma perspectiva evolutiva. *Sci Med*. 2011;21(2):69-80.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Inquérito domiciliar sobre comportamento de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro; 2004.
3. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. In: Victora CG, Leal MC, Barreto ML, Schmidt MI,

- Monteiro CA. Saúde no Brasil: a série The Lancet. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 61-74.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Prevenção Clínica de Doença Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal Crônica do Ministério da Saúde. Brasília; 2006.
 5. Barbosa JB, Silva AAM, Santos AM, Monteiro Jr FC, Barbosa MM, Barbosa MM, et al. Prevalência da hipertensão arterial em adultos e fatores associados em São Luís – MA, Brasil. *Arq Bras Cardiol.* 2008;91(4):260-6.
 6. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília; 2007.
 7. Cardoso CS, Pádua CM, Rodrigues-Júnior AA, Guimarães DA, Carvalho SF, Valentin RF, et al. Contribuição das internações por condições sensíveis à atenção primária no perfil das admissões pelo sistema público de saúde. *Rev Panam Salud Pública.* 2013;34(4):227-34.
 8. The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* 1995;10:1403-9.
 9. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL Jr, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA.* 2003 May 21;289(19):2560-72.
 10. Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA.* 2001 May;285(19):2486-97.
 11. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev bras reumatol.* 1999;39(3):143-50.
 12. Brito DMS, Araújo TL, Galvão MTC, Moreira MTM, Lopes MVO. Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. *Cad Saúde Pública.* 2008 Apr;24(4):933-40.
 13. Schulz RB, Rossignoli P, Correr CJ, Fernández-Llimós F, Toni PM. Validation of the short form of spanish hypertension quality of life questionnaire (MINICHAL) for portuguese (Brasil). *Arq Bras Cardiol.* 2007;90(2):139-44.
 14. Cruz LN. Medidas de qualidade de vida e utilidade em uma amostra da população de Porto Alegre [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.

15. Ramos AM, Oliveira FR, Freitas RM. Avaliação da qualidade de vida em indivíduos com hipertensão arterial atendidos em unidades básicas de saúde [monografia]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2009.
16. Silqueira SMF. O questionário genérico SF-36 como instrumento de mensuração da qualidade de vida relacionada a saúde de pacientes hipertensos [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2005.
17. Melchior AC, Correr CJ, Pontarolo R, Santos FO, Souza RA. Quality of life in hypertensive patients and concurrent validity of Minichal-Brazil. *Arq Bras Cardiol.* 2010;94(3):337-44.
18. Carvalho MAN, Silva IBS, Ramos SBP, Fernandes LC, Gonçalves ID, Figueiredo Neto JA. Qualidade de vida de pacientes hipertensos e comparação entre dois instrumentos de medida de QVRS. *Arq Bras Cardiol.* 2012;98(5):442-51.
19. Magnabosco P. Qualidade de vida relacionada à saúde do indivíduo com hipertensão arterial integrante de um grupo de convivência [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2007.
20. Cavalcante MA, Bombig MTN, Luna FB, Carvalho ACC, Paola AAV, Póvoa R. Qualidade de vida de pacientes hipertensos em tratamento ambulatorial. *Arq Bras Cardiol.* 2007;89(4):245-50.
21. Lima RA. Fatores que influenciam a qualidade de vida de pacientes hipertensos [dissertação]. São Luís: Universidade Federal do Maranhão; 2012.
22. Badia X, Roca-Cusachs A, Dalfo A, Gascon G, Abellan J, Lahoz R, et al. Validation of short form of the Spanish hypertension quality of life questionnaire (MINICHAL). *Clin Therap.* 2002;24(12):2137-54.
23. Bardage C, Isacson DG. Hypertension and health-related quality of life: an epidemiological study in Sweden. *J Clin Epidemiol.* 2001;54(2):172-81.
24. Youssef RM, Moubarak II, Kamel MI. Factors affecting the quality of life of hypertensive patients. *East Mediterr Health J.* 2005 Jan-Mar;11(1-2):109-18.
25. Grimm RHJ, Grandits GA, Cutler JA, Stewart AL, McDonald RH, Svendsen K, et al. Relationships of quality-of-life measures to long-term lifestyle and drug treatment in the treatment of mild hypertension study. *Arch Intern Med.* 1997;157(6):638-48.
26. Carvalho MV, Siqueira LB, Sousa ALL, Brandão PC, Jardim V. A influência da hipertensão arterial na qualidade de vida. *Arq Bras Cardiol.* 2013;100(2):164-74.
27. Arbex FS, Almeida EA. Qualidade de vida e hipertensão arterial no envelhecimento. *Rev Bras Clin Med.* 2009 set-out;7(5):339-42.

28. Nola IA, Doko Jelinić J, Bergovec M, Ruzić A, Persić V. Dietary habits and cardiovascular diseases. *Acta Med Croatica*. 2010;64(2):89-95.

Recebido: 17.4.2015. Aprovado: 14.3.2016. Publicado: 8.11.2017.

Apêndice A – Escores médios das dimensões dos questionários SF-36 e MINICHAL entre hipertensos (n=502) segundo variáveis socioeconômicas. São Luís, Maranhão, Brasil – 2013

Variáveis Socioeconômicas	Domínios SF – 36																		MINICHAL			
	Capacidade Funcional		Aspectos Físicos		Dor		Estado Geral de Saúde		Vitalidade		Aspectos Sociais		Aspectos Emocionais		Saúde Mental		Estado Mental		Manifestações Somáticas			
	M	P	M	P	M	P	M	P	M	P	M	P	M	P	M	P	M	P	M	P	M	P
Sexo																						
Masculino		74,8	<0,001*	79,1	0,228	79,7	<0,001*	72,4	0,021*	72,7	0,038*	88,4	0,618	78,2	0,262	77,0	0,087	2,9	0,019*	2,9	<0,001*	
Feminino		62,5		74,7		70,3		70,9		71,7		88,6		72,9		75,9		3,5		4,0		
Idade																						
< 60 anos		68,1	0,466	76,9	0,399	73,2	0,744	71,6	0,305	72,4	0,057*	88,7	0,195	75,5	0,470	76,8	0,091	3,7	0,129	3,7	0,893	
≥ 60 anos		64,4		72,1		73,1		71,1		71,6		88,3		73,4		75,7		3,1		3,6		
Estado civil																						
Solteiro		58,6		61,8		67,7		71,3		71,4		86,7		62,5		75,1		4,3		4,1		
Casado		69,9	0,021*	80,7	0,001*	75,3	0,031*	71,4	0,988	72,2	0,367	88,8	0,039*	81,1	0,005*	77,3	0,245	3,2	0,376	3,1	0,096	
Separado		59,5		72,5		68,2		71,3		72,1		88,6		78,3		76,1		3,6		4,0		
Viúvo		65,5		80,1		71,6		71,4		71,7		88,7		70,0		76,6		3,2		3,5		
Escolaridade																						
Baixa		63,1		73,7		69,7		71,0		71,8		88,2		73,4		75,6		3,6		5,3		
Média		64,7	0,014*	78,9	0,232	72,3	0,281	71,8	0,358	71,9	0,034*	88,5	0,938	75,1	0,437	77,1	0,004*	3,3	0,157	3,9	<0,001*	
Alta		72,1		86,3		75,1		72,5		75,0		88,5		84,8		78,5		2,8		3,0		
Ocupação																						
Ativos		75,2		82,5		76,0		72,2		71,6		88,6		85,2		77,4		2,0		2,9		
Aposentado c/atividade remunerada		49,9		55,7		68,2		67,3		70,5		88,3		56,2		76,4		3,9		4,2		
Desempregado		64,7	<0,001*	80,1	<0,001*	77,0	0,012*	71,6	<0,001*	72,1	<0,001*	88,5	0,949	85,2	<0,001*	76,1	<0,001*	3,8	0,055*	4,0	0,056*	
Aposentado/pensionista		64,7		80,1		77,0		71,0		71,6		88,5		80,0		76,4		3,5		3,5		
Trabalhador doméstico		62,4		73,1		69,2		71,0		71,2		88,3		71,0		73,6		2,8		3,3		
Renda																						
≤ 2 SM		64,7	0,019*	74,1	0,008*	72,8	0,561	70,9	<0,001*	71,9	0,177	88,5	0,631	73,0	0,165	76,0	0,059*	3,5	0,217	4,2	0,145	
> 2 SM		73,8		86,2		75,0		73,8		72,7		88,7		82,0		77,4		2,9		3,6		

Fonte: Elaboração própria.

* Estatisticamente significativo para p < 0,05 na hipótese de que o grupo estudado constituísse uma amostra probabilística de uma população com características similares.

Apêndice B – Escores médios das dimensões do questionário SF-36 e MINICHAL entre hipertensos (n=502) segundo variáveis clínicas e hábitos de vida. São Luís, Maranhão, Brasil – 2013

Variáveis clínicas	Domínios SF – 36																		MINICHAL								
	Capacidade Funcional						Aspectos Físicos			Dor		Estado Geral de Saúde		Vitalidade		Aspectos Sociais		Aspectos Emocionais		Saúde Mental		Estado Mental		Manifestações Somáticas			
	M	P	M	P	M	P	M	P	M	P	M	P	M	P	M	P	M	P	M	P	M	P	M	P	M	P	
Níveis pressóricos																											
Controlados		68,3	0,269	79,5	73,2	73,2	0,919	72,4	72,4	<0,001*	72,2	0,199	88,5	0,893	76,1	0,558	76,3	0,753	3,3	0,971	3,4	3,4	3,4	0,149	3,9	3,9	
Não Controlados		64,2		72,6	73,1	73,1		70,4	70,4		71,8		88,5		72,9		76,2		3,4								
Tempo Diagnóstico																											
< 10 anos		71,2	0,012*	81,3	73,7	73,7	0,679	71,5	71,5	0,825	72,4	0,121	88,8	0,036*	78,4	0,123	76,6	0,311	3,5	0,873	3,6	3,5	3,5	0,525	3,9	3,9	
≥ 10 anos		62,7		72,3	72,7	72,7		71,3	71,3		71,7		88,1		71,8		76,0		3,6								
Diabetes																											
Sim		66,0	0,831	75,7	72,8	72,8	0,607	71,3	71,3	0,039*	71,7	0,397	88,5	0,731	73,4	0,524	75,9	0,352	3,4	0,769	3,4	3,4	3,9	0,046*	3,2	3,2	
Não		66,3		76,5	73,7	73,7		71,5	71,5		72,2		88,6		76,3		76,5		3,4								
Estado nutricional																											
Normal		69,2		79,4	74,4	74,4		71,9	71,9		72,6		88,9		77,2		77,1		3,3				2,9		2,9		
Sobrepeso		64,7	0,19	78,4	73,1	73,1	0,297	71,7	71,7	0,031*	71,9	0,158	88,5	0,057*	75,7	0,333	76,2	0,007*	3,3	0,535	3,3	3,3	3,7	<0,001*	3,7	<0,001*	
Obesidade		62,9		69,0	71,0	71,0		70,0	70,0		71,5		87,8		69,5		74,8		3,5				4,4		4,4		
Atividade física																											
Sim		71,3	0,141	83,2	75,1	75,1	0,241	71,4	71,4	0,992	72,4	0,471	89,0	0,135	83,1	0,034*	77	0,136	2,9	0,084	3,5	3,6	3,6	0,802	3,7	0,802	
Não		64,9		74,3	72,7	72,7		71,3	71,3		71,9		88,4		72,4		76,1		3,5								
Tabagismo																											
Fumante		64,2		75,0	68,7	68,7		70,0	70,0		70,8		86,5		74,0		75,9		5,5				4,3		4,3		
Ex-fumante		69,1	0,184	75,3	71,5	71,5	0,001*	70,5	70,5	0,002*	71,9	0,559	88,4	0,056*	74,3	0,995	76,4	0,466	3,7	0,136	3,7	3,7	4,0	0,417	4,0	0,417	
Nunca fumou		69,7		77,5	76,7	76,7		72,1	72,1		72,1		88,8		74,8		77,1		3,1				3,4		3,4		
Etilismo																											
Sim		78,3	0,001*	76,3	76,0	76,0	0,117	71,4	71,4	0,776	72,2	0,087	88,6	0,221	75,7	0,759	76,5	0,071	3,4	0,621	3,3	3,4	3,3	0,291	3,3	0,291	
Não		63,7		74,4	72,6	72,6		71,4	71,4		71,2		88,0		74,2		75,1		3,3				3,7		3,7		

Fonte: Elaboração própria.

* Estatisticamente significativo para $p < 0,05$ na hipótese de que o grupo estudado constituísse uma amostra probabilística de uma população com características similares.