

## INTERVENÇÕES EDUCATIVAS NA MELHORA DA QUALIDADE DE VIDA DE HIPERTENSOS: REVISÃO INTEGRATIVA

Ricardo Costa da Silva<sup>1</sup> 

Flaviana Vieira<sup>1</sup> 

Karina Suzuki<sup>2</sup> 

Agueda Maria Ruiz Zimmer Cavalcante<sup>1</sup> 

<sup>1</sup>Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Goiânia, Goiás, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem. Goiânia, Goiás, Brasil.

### RESUMO

**Objetivo:** avaliar a efetividade de intervenções educativas na melhora da qualidade de vida de pessoas com hipertensão arterial.

**Método:** revisão integrativa da literatura que incluiu estudos que realizaram intervenções educacionais direcionadas ao público hipertenso com vistas à melhora da qualidade de vida. Busca realizada nas bases de dados: MEDLINE, LILACS, IBECs, CUMED, BDNF, SciELO e CINAHL, sem restrição de idioma, data e tamanho amostral. Para tal, cruzaram-se os descritores: “hipertensão”, “educação em saúde” e “qualidade de vida”. Foram resgatados 619 artigos e após o processo de seleção e análise, um total de 10 compuseram esta revisão. A extração e análise dos dados foram realizadas com auxílio de instrumentos validados e o resultado sumarizado.

**Resultados:** a maioria dos estudos foi desenvolvida em caráter quase experimental, utilizando-se de instrumentos genéricos para mensuração da qualidade de vida com melhora significativa após a realização de intervenções educativas, sendo a tecnologia grupal a estratégia educacional mais utilizada. Apenas um estudo utilizou instrumento específico para avaliação em hipertensos.

**Conclusão:** estes resultados podem direcionar as intervenções a serem implementadas por profissionais de saúde no manejo da hipertensão arterial. Futuras investigações são necessárias para identificar e verificar as intervenções mais eficazes aos pacientes hipertensos, considerando perfis heterogêneos e visando à melhora da qualidade de vida.

**DESCRITORES:** Qualidade de Vida. Hipertensão. Educação em Saúde. Doenças Crônicas. Revisão.

**COMO CITAR:** Silva RC, Vieira F, Suzuki K, Cavalcante AMRZ. Intervenções educativas na melhora da qualidade de vida de hipertensos: revisão integrativa. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2020 [acesso ANO MÊS DIA]; 29:e20180399. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0399>

# EDUCATIONAL INTERVENTIONS IN IMPROVING QUALITY OF LIFE FOR HYPERTENSIVE PEOPLE: INTEGRATIVE REVIEW

## ABSTRACT

**Objective:** to evaluate the effectiveness of educational interventions in improving the quality of life of people with arterial hypertension.

**Method:** an integrative literature review which included studies that conducted educational interventions aimed at the hypertensive public to improve quality of life. The search was performed in the following databases: MEDLINE, LILACS, IBECs, CUMED, BDNF, SciELO and CINAHL, without restriction of language, date and sample size. For this, the following descriptors were crossed: “hipertensão” (hypertension), “educação em saúde” (health education) and “qualidade de vida” (quality of life). 619 articles were retrieved and after the selection and analysis process, a total of 10 made up this review. Data extraction and analysis were performed with the help of validated instruments and the result summarized.

**Results:** most studies were developed on a quasi-experimental basis, using generic instruments to measure quality of life with significant improvement after educational interventions, with group technology being the most used educational strategy. Just one study used a specific instrument to evaluate hypertensive patients.

**Conclusion:** these results may direct the interventions to be implemented by health professionals in managing arterial hypertension. Further investigations are needed to identify and verify the most effective interventions for hypertensive patients, considering heterogeneous profiles and aiming at improving quality of life.

**DESCRIPTORS:** Quality of Life. Hypertension. Health Education. Chronic Disease. Review.

# INTERVENCIÓN EDUCATIVAS EN EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE HIPERTENSOS: REVISIÓN INTEGRADORA

## RESUMO

**Objetivo:** evaluar la eficacia de las intervenciones educativas en el mejoramiento de la calidad de vida de personas con hipertensión arterial.

**Método:** revisión integradora de la literatura que incluyó estudios que han realizado intervenciones educativas direccionadas al público hipertenso con el objetivo de mejorar su calidad de vida. La búsqueda se realizó en las bases de datos MEDLINE, LILACS, IBECs, CUMED, BDNF, SciELO e CINAHL, sin restricción de idioma, fecha ni tamaño de muestra. A tal efecto, se utilizaron los descriptores “hipertensión”, “educación en salud” y “calidad de vida”. Se tomaron 619 artículos y luego de un proceso de selección y análisis esta revisión se compone de un total de 10. La extracción y el análisis de datos se realizaron con el auxilio de instrumentos validados e se procedió a la síntesis de los resultados.

**Resultados:** la mayor parte de los estudios se desarrolló con carácter casi experimental mediante el uso instrumentos genéricos para medir la calidad de vida, con significativa mejoría después de realizadas las intervenciones educativas, siendo la tecnología grupal la estrategia educacional más utilizada. Apenas un estudio utilizó un instrumento específico para la evaluación de hipertensos.

**Conclusión:** estos resultados pueden direccionar las intervenciones que deben llevarse a cabo por profesionales de la salud en el manejo de la presión arterial. Es necesario profundizar las investigaciones para identificar y verificar las intervenciones más eficientes en pacientes hipertensos, considerando perfiles heterogéneos a fin de mejorar su calidad de vida.

**DESCRIPTORES:** Calidad de vida. Hipertensión. Educación en salud. Enfermedades crónicas. Revisión.

## INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares figuram papel principal dentre as causas de hospitalização e mortalidade no Brasil e no mundo, tendo a Hipertensão Arterial (HA) como um importante fator de risco e grave problema de saúde pública. Com baixo controle e elevada abrangência nacional,<sup>1</sup> a HA atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular.<sup>2</sup> Inquérito populacional como o sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL) estima prevalência entre 23% e 25% em indivíduos com 18 anos ou mais nas capitais brasileiras.<sup>3</sup>

Múltiplos fatores podem contribuir para a elevada prevalência da HA, tais como sobrepeso e obesidade, envelhecimento, inatividade física, uso excessivo de sal, uso nocivo do álcool, estresse psicológico, fatores genéticos e determinantes socioeconômicos.<sup>2</sup> Diretrizes recomendam a terapia não-farmacológica como uma abordagem inicial para o gerenciamento da HA, uma vez que a modificação do estilo de vida oferece um apelo universal como uma intervenção, porque os custos, em indivíduos motivados, são mínimos e podem levar à retirada de medicamentos adicionais utilizados para o controle dos valores da pressão arterial.<sup>4</sup>

O controle da pressão arterial pelo indivíduo influencia na mudança de comportamentos e hábitos de vida e está fortemente relacionado com a Qualidade de Vida (QV),<sup>5-6</sup> 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”.<sup>6</sup>

Diferentes situações podem afetar a QV de um indivíduo. A cronicidade de uma doença, os efeitos secundários da terapia medicamentosa e as complicações clínicas interferem no estado físico, emocional, intelectual, na interação social e nas atividades de vida diária, os quais são fatores determinantes para a QV.<sup>5,7</sup> A baixa adesão ao tratamento afeta de forma negativa a evolução clínica do paciente e a QV, causando desfechos adversos, como o aumento da morbimortalidade.<sup>8</sup>

As tecnologias educacionais nas mais variadas modalidades (táteis e auditivas, expositivas e dialogais, impressas e audiovisuais) têm se apresentado como importante recurso promotor de saúde, além da relação entre profissionais de saúde e população, fundamental e decisiva na eficácia da utilização tecnológica.<sup>9</sup>

Intervenções educativas mostram-se como um valioso recurso para melhorar a adesão terapêutica e o controle,<sup>10</sup> repercutindo em variáveis relacionadas à doença, como níveis de pressão arterial mais baixos. A longo prazo, podem interferir inclusive na progressão da doença e na prevalência de condições associadas à HA.<sup>11</sup> Não obstante, o tratamento não-farmacológico melhora a qualidade de vida (QV) e o domínio físico de pessoas com HA.<sup>12</sup>

Enfermeiros têm alcançado resultados diferenciados em suas práticas, o que tem lhes proporcionado destaque em diferentes dimensões do cuidado, resultando em benefícios a diversos pacientes crônicos durante o acompanhamento em programas de manejo da doença e programas educativos.<sup>13-14</sup> Entretanto, em relação a indivíduos com HA, os benefícios decorrentes de intervenções educativas são limitados e descritos em decorrência da avaliação secundária a outras condições de saúde. Identificar intervenções que sejam efetivas para melhorar a QV e, por conseguinte, desfechos clínicos e prognósticos torna-se imperativo com vistas ao cuidado qualificado.

Assim, este estudo teve como objetivo avaliar, pela literatura, a efetividade de intervenções educativas na melhora da QV de pessoas com HA.

## MÉTODO

Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura, seguindo o fluxograma do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA).<sup>15</sup> Para a construção desta revisão, foram percorridas seis etapas: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão norteadora; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; interpretação dos resultados e síntese do conhecimento.<sup>16</sup>

A coleta de dados ocorreu em dois momentos, outubro de 2017 e atualizada em abril de 2019, a partir da seguinte questão norteadora: qual a efetividade de intervenções educativas na melhora da qualidade de vida de pessoas com HA? A formulação da pergunta considerou o acrônimo PICO<sup>17</sup> sendo P (População de interesse): pessoas com Hipertensão Arterial; I (Intervenção): intervenções educacionais individual ou coletiva; O (Resultado/Desfecho): melhora da qualidade de vida. O elemento C (Comparação) não foi abordado, pois não era objetivo deste estudo comparar intervenções.

As buscas foram realizadas nas fontes de dados eletrônicas MEDLINE via PubMed, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Índice Bibliográfico Espanhol de Ciência da Saúde (IBECS), Centro Nacional de Informação de Ciências Médicas de Cuba (CUMED) e Base de dados em Enfermagem (BDENF) via Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Biblioteca Científica Eletrônica Online (SciELO) e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL). Todas as referências presentes nos artigos identificados pela estratégia de busca e selecionados para leitura integral também foram consultadas e procuradas manualmente. Foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DECs), *Medical Subject Heading* (MeSH) e títulos CINAHL.

A estratégia de busca seguiu os critérios de cada base de dados combinados com os operadores booleanos AND e OR e as palavras (“Hypertension”[Mesh]) AND (“Health Education”[Mesh]) AND (“Quality of Life”[Mesh]), agrupados e combinados de forma a esgotar todas as possibilidades e prover que um maior número possível de referências fosse encontrado. A seleção dos estudos e análise dos resultados foi feita por dois pesquisadores que alternaram táticas de busca e de avaliação independente e conjunta de artigos que satisfizessem os critérios de inclusão, sendo as discordâncias resolvidas por meio de consenso.

Os critérios de inclusão foram: estudos que avaliaram a QV de pessoas com HA com a descrição de alguma intervenção educativa, independentemente de que esta avaliação tenha sido o desfecho primário ou secundário. Optou-se por não estabelecer recorte temporal, idioma e tamanho da amostra para as buscas, a fim de aumentar a abrangência da investigação. Excluíram-se os estudos cuja avaliação da QV tivesse sido realizada por meio de análise qualitativa, estudos que não utilizaram instrumentos para mensuração da QV (genérico ou específico para HA), cartas ao editor, estudos observacionais, duplicatas, além de estudos secundários. Estes critérios de elegibilidade foram utilizados para a primeira etapa de análise dos estudos, que foi constituída por leitura do título e resumo dos artigos.

Na segunda etapa da análise, por meio da leitura do artigo na íntegra, foram excluídas as investigações sem intervenção educativa prévia a mensuração da QV, ou estudos em que a intervenção educativa tenha sido realizada após a mensuração da QV sem análise comparativa (pré e pós intervenção). Excluíram-se ainda outros tipos de estudos sendo aquelas investigações que não respondiam ao objetivo desta investigação ou que apresentavam em sua composição amostral pacientes com pré-hipertensão ou com predominância da HA consoante a outras comorbidades.

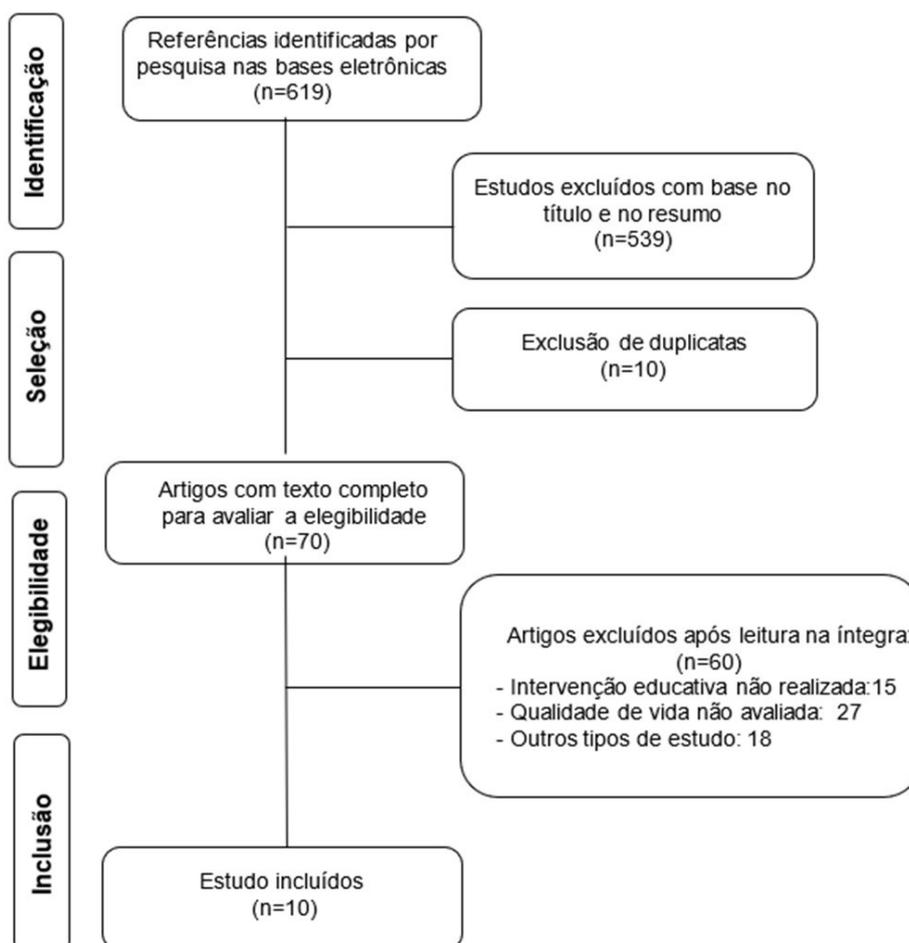
Após a seleção criteriosa dos artigos por meio da estratégia de busca e comparação dos resultados entre os dois pesquisadores, os artigos que compuseram a amostra final para análise foram agrupados e as variáveis essenciais inseridas em uma planilha do Microsoft Office Excel (2016). Foram detalhados os seguintes itens: dados bibliográficos, título, objetivos, desenho do estudo, tamanho da amostra, intervenção educativa realizada, profissionais que executaram a intervenção, resultados alcançados e escalas de mensuração da QV utilizadas nos estudos.

Com vistas à descrição da qualidade metodológica dos estudos selecionados foi utilizada a ferramenta desenvolvida e testada por Ursi.<sup>18</sup> Ainda, as publicações foram qualificadas de acordo com o nível de evidência científica proposto por Howick e colaboradores: nível I - as evidências são provenientes de revisão sistemática de estudos randomizados controlados ou oriundas de revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados; nível II - evidências derivadas de revisões sistemáticas randomizadas individuais ou observacionais; nível III - evidências obtidas de estudos sem randomização controlados, coorte ou de seguimento; nível IV - evidências provenientes de caso-controle bem delineados, estudos de caso e longitudinais; nível V - evidências originárias de estudos descritivos.<sup>19</sup>

Com os resultados sintetizados e agrupados em quadros sinópticos, procedeu-se com a análise criteriosa, detalhada e descritiva, confrontando os dados com o conhecimento teórico na busca de integralização dos resultados.<sup>16</sup>

## RESULTADOS

Com base nas estratégias de busca e realizado o processo de seleção, foram incluídos 70 estudos para leitura na íntegra, dos quais dez<sup>20-29</sup> compuseram a amostra final. Não foram encontradas publicações adicionais com base em outras fontes. A figura 1 apresenta o processo de seleção desses estudos.



**Figura 1** – Fluxograma do processo de seleção dos estudos segundo o PRISMA. Goiânia, GO, Brasil, 2019. (N=10)

### Caracterização geral dos estudos

Os estudos selecionados foram realizados em apenas dois continentes: asiático (n=5) e americano (n=5), com representação heterogênea entre os países. Em relação ao ano de publicação, prevaleceu o período de 2000 e 2010.<sup>21-24,26-27</sup> Quanto ao idioma, a maioria foi publicada em inglês (n=08). As publicações contemplaram exclusivamente pacientes com diagnóstico de HA (n=10).

As características das amostras foram heterogêneas: o tempo médio de seguimento variou de quatro<sup>25</sup> até trinta e seis semanas.<sup>29</sup> O número de envolvidos variou de 40<sup>22</sup> a 385 participantes.<sup>29</sup> Desses, grande parte foi composta por uma população predominantemente idosa<sup>20,22,24-26,28</sup> e feminina.<sup>20,23-26</sup>

O delineamento de pesquisa prevalente foi o ensaio clínico quase experimental (n=5) com nível de evidência III,<sup>20-23,25</sup> seguido por ensaios clínicos randomizados (n=4), nível de evidência II,<sup>25-28</sup> e um ensaio clínico não randomizado, nível de evidência III.<sup>29</sup> No Quadro 1, encontram-se sumarizadas as características de cada estudo e seus experimentos.

**Chart 1 – Característica dos estudos sobre intervenções educativas na qualidade de vida de pacientes hipertensos em ordem cronológica, 2016 - 1998. Goiânia, GO, Brasil, 2019. (N=10)**

Estudo	Autor, Ano, País,	Periódico	Delineamento	Objetivo	Intervenção/Duração	Amostra
E1 <sup>20</sup>	Souza et al., 2016 Brasil	Plos One	Estudo quase experimental tipo antes e depois	Testar a eficácia de uma intervenção educacional com uso de tecnologia educacional (flipchart) para promover a qualidade de vida, tratamento e adesão em pessoas com hipertensão arterial.	Intervenção educacional em oficinas de 6 a 8 pessoas por meio do <i>flipchart</i> durante 3 etapas com intervalo médio de 25 dias.	116
2 <sup>29</sup>	Saleem et al., 2013 Paquistão	Health Expect	Ensaio clínico não randomizado	Avaliar se uma intervenção educativa pode resultar em melhor compreensão sobre hipertensão arterial, aumentar a adesão à medicação e melhorar a qualidade de vida.	GC: Não realizada intervenção (N=192). GI: Intervenção educativa de aconselhamento individual durante 9 meses sendo duas vezes ao mês, com duração de 10 minutos cada sessão (N=193).	385
E3 <sup>25</sup>	Park et al., 2011 Coréia do Sul	Patient Educ Couns	Ensaio clínico randomizado	Examinar a eficácia de um programa integrado de educação em saúde e exercício para adultos com hipertensão.	GC: Não realizada intervenção (N=23). GI: Educação em saúde em grupo (uma vez por semana) e aconselhamento individual (uma vez a cada quatro semanas, com duração de uma hora e meia) por 12 semanas (N=22).	45
E4 <sup>26</sup>	Shen et al., 2009 China	J Clin Nurs	Ensaio clínico randomizado	Avaliar a eficácia da terapia alimentar chinesa associada à educação em saúde na correção da deficiência de Yin e examinar o seu impacto na qualidade de vida dos pacientes e no controle da hipertensão arterial.	GC: Intervenção Educacional em Saúde (N=37). GI: Intervenção Educacional em Saúde e Terapia Alimentar Chinesa (N=48). As intervenções foram realizadas durante 12 semanas.	85
E5 <sup>21</sup>	L. Leanne Lai, 2007 EUA	Consult Pharm	Ensaio quase experimental tipo antes e depois	Avaliar se um programa comunitário de gerenciamento educacional da hipertensão por farmacêuticos melhora os resultados clínicos do paciente e a qualidade de vida em uma comunidade latino/hispânica-americana.	Consultas abordando o estado de saúde, perfil medicamentoso, terapia não farmacológica, mudanças no estilo de vida, auto-monitoramento e grupo focal para compartilhamento de experiências. As intervenções foram realizadas durante 6 meses.	53

**Quadro 1 – Cont.**

<b>Estudo</b>	<b>Autor, Ano, País,</b>	<b>Periódico</b>	<b>Delineamento</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Intervenção/Duração</b>	<b>Amostra</b>
E6 <sup>27</sup>	Mohammadi et al., 2006 Iran	Int J Nurs Pract	Ensaio clínico randomizado	Avaliar uma intervenção educacional baseada no modelo de parceria para controle da hipertensão.	GC: Não realizada intervenção educacional (N=75). GI: Intervenção educacional em saúde com quatro encontros em grupo e 11 aconselhamentos individuais, com duração de 40 a 45 min e entre 5 a 7 pacientes por intervenção (N=75).	150
E7 <sup>22</sup>	Côté et al., 2005 Canadá	J Clin Pharm Ther	Estudo quase experimental	Avaliar o efeito de um programa educacional sobre a qualidade de vida de indivíduos tratados para hipertensão arterial.  Determinar o impacto de um programa educacional de modificação de estilo de vida nos níveis pressóricos e na qualidade de vida de pessoas com diagnóstico de hipertensão arterial.	GC: Não realizada intervenção educacional (N=56). GI: Intervenção educacional em saúde durante 9 meses (N=35).	91
E8 <sup>23</sup>	Arévalo et al., 2005 Colômbia	Acta Colomb Psicol	Estudo quase experimental tipo antes e depois	Determinar a eficácia do atendimento educativo de enfermagem de acordo com o Modelo de Cuidados de Watson sobre a pressão sanguínea e a qualidade de vida de pacientes com hipertensão arterial.	Intervenções educativas em grupos semanais, com duração de 18 semanas e tempo médio de 2h30min cada sessão.	44
E9 <sup>24</sup>	Erci et al., 2003 Turquia	J Adv Nurs	Estudo quase experimental tipo antes e depois	Determinar a eficácia do atendimento educativo de enfermagem de acordo com o Modelo de Cuidados de Watson sobre a pressão sanguínea e a qualidade de vida de pacientes com hipertensão arterial.	Visitas domiciliares uma vez por semana durante três meses.	52
E10 <sup>28</sup>	Barrón-Rivera et al., 1998 México	Salud Pública Méx	Ensaio clínico randomizado	Avaliar o efeito de uma intervenção educativa na qualidade de vida de hipertensão arterial.	GC: Não realizada intervenção (N=75). GI: Intervenção educativa mensal em seis encontros com orientações sobre mudanças dos estilos de vida (N=75).	150

GC: grupo controle; GI: grupo intervenção.

## Caracterização relacionada à qualidade de vida

Os profissionais que implementaram as intervenções foram enfermeiros enquanto líderes<sup>24-26</sup> ou de forma conjunta com outras categorias por meio do trabalho multidisciplinar: enfermeiro e educador físico;<sup>20</sup> enfermeiro e médico.<sup>30</sup> Três estudos trouxeram a ação exclusiva de farmacêuticos,<sup>21-22,29</sup> um de psicólogos<sup>23</sup> e um de médicos.<sup>28</sup>

Nota-se no Quadro 2 que a QV foi mensurada por diferentes instrumentos, sendo os genéricos como o *The 36-Item Short Form Health Survey* (SF-36) de maior prevalência (n=5), seguido do *12-Item Short-Form Health Survey* (SF-12), o *European Quality of Life Scale 5-D* (EQ-5D), o *European Quality of Life Visual Analogue Scale* (EQ - VAS) e o *Quality of Life Scale developed by using Rolls Royce model* com um estudo cada. Apenas uma investigação utilizou instrumento específico para avaliar a QV de Hipertensos,<sup>20</sup> o *Mini-Cuestionario de Calidad de Vida* (MINICHAL).

Dos 10 estudos identificados, apenas um não apresentou melhora significativa na QV em nenhum aspecto.<sup>21</sup> Uma investigação<sup>22</sup> apresentou piora nas facetas estado geral de saúde e função social e melhora na faceta vitalidade. Nas demais investigações houve melhora da QV de forma global (n=5)<sup>20,24,26-27,29</sup> ou por facetas específicas das escalas utilizadas: no estado geral de saúde;<sup>25</sup> no componente mental, função física, papel físico e papel emocional;<sup>23</sup> na força física, estado de humor, capacidade de pensamento, convivência sociofamiliar, percepção de qualidade de vida e no funcionamento sexual.<sup>28</sup>

**Quadro 2** – Distribuição dos estudos de acordo com o instrumento de avaliação da qualidade de vida utilizado, profissionais envolvidos e desfechos obtidos. Goiânia, GO, Brasil, 2019.

Estudo	Instrumento utilizado	Profissionais envolvidos	Desfechos obtidos
E1 <sup>20</sup>	MINICHAL	Enfermeiros e educadores físicos	Melhora significativa da qualidade de vida (p<0,001)
E2 <sup>29</sup>	EQ-5D	Farmacêuticos	Melhora significativa da qualidade de vida (p <0,001)
E3 <sup>25</sup>	SF-36	Enfermeiros	Melhora na faceta estado geral de saúde (p<0,001)
E4 <sup>26</sup>	SF-36	Enfermeiros	Melhora significativa da qualidade de vida (p <0,001)
E5 <sup>21</sup>	SF-12	Farmacêuticos	Não houve melhora significativa na qualidade de vida
E6 <sup>27</sup>	SF-36	Médicos e enfermeiros	Melhora significativa da qualidade de vida (p <0,005)
E7 <sup>22</sup>	SF-36	Farmacêuticos	Melhora na faceta vitalidade entre os pacientes de alta renda (p<0,005)
E8 <sup>23</sup>	SF-36	Psicólogos	Melhora após a intervenção nas facetas: componente mental (p<0,003), função física (p<0,001), papel físico (p<0,001), papel emocional (p<0,001)
E9 <sup>24</sup>	Quality of life developed by using Rolls Royce model	Enfermeiros	Melhora significativa da qualidade de vida (p <0,001)
E10 <sup>28</sup>	European Quality of Life Visual Analogue Scale	Médicos	Melhora nas facetas: força física (p<0,04), estado de humor (p<0,001), capacidade de pensamento (p<0,033), convivência sociofamiliar (p<0,02), percepção de qualidade de vida (p<0,004) e funcionamento sexual (p <0,01)

MINICHAL: *Mini-Cuestionario de Calidad de Vida*; SF-36: *The 36-Item Short Form Health Survey*; EQ-5D: *European Quality of Life Scale*; SF-12: *12-Item Short-Form Health Survey*.

## DISCUSSÃO

A problemática da HA tem sido cada vez mais discutida no âmbito mundial, visando ao comprometimento dos diversos países na criação de políticas públicas e estratégias de enfrentamento que possuam como metas a redução dos fatores de risco, prevenção e controle deste agravo.<sup>2,4</sup> De forma geral, as linhas de cuidados específicas orientam serviços e ações que garantam a oferta de apoio emocional, informacional e instrumental aos seus portadores,<sup>9</sup> aliados ao manejo das mudanças de estilo de vida fundamentais no processo terapêutico e preventivo da doença.<sup>12-13</sup> Enfermeiros ocuparam papel de destaque nas investigações de forma individual ou atuando em conjunto com equipe multidisciplinar. O cuidado de enfermagem a pessoas com HA utiliza estratégias para prevenir, reconhecer e responder a problemas de adesão e, assim, maximizam a adesão a longo prazo e o controle da pressão arterial.<sup>31</sup> Tal atitude demonstra competências e saberes ímpares que o enfermeiro utiliza no manejo e prevenção de agravos entre as doenças crônicas.<sup>13</sup>

No presente estudo, as intervenções educativas repercutiram na melhora da QV das pessoas com HA. Entretanto, apesar da maioria das investigações terem bom nível de evidência, com ensaios clínicos quase experimentais e ensaios clínicos randomizados, o número amostral de participantes foi heterogêneo limitando a generalização dos resultados obtidos.

Observa-se que as intervenções educativas foram em sua maioria beneficiadas pela tecnologia grupal, sendo esta considerada uma ferramenta potencializadora da promoção da saúde. Inquéritos têm demonstrado que atividades em grupo parecem colaborar para melhor percepção do processo saúde e doença, pois auxilia os indivíduos a encontrarem novas estratégias de enfrentamento e a conviverem com suas limitações,<sup>9,12,31</sup> além de facilitar a construção coletiva de saberes, e propor a reflexão acerca da realidade vivenciada pelos membros do grupo.<sup>32</sup>

Na Atenção Primária em Saúde (APS) por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), as equipes multiprofissionais assumem papel estratégico nesse cenário, à medida que ofertam o cuidado biológico e psicossocial que as doenças crônicas tendem a necessitar, sendo que a tecnologia grupal integra a lista de reorientação das práticas assistenciais dos serviços proposta pelo Ministério da Saúde.<sup>33</sup> Com a identificação das necessidades do usuário e do vínculo com o profissional de saúde, as práticas grupais em programas de monitoramento fornecem subsídios à educação para o autocuidado empoderando os sujeitos diante dos seus papéis na manutenção da saúde.<sup>9,33</sup>

Existem variadas intervenções educativas disponíveis como o monitoramento telefônico, mensagens de texto, mapas de conversação, a consulta de enfermagem, dentre outras que podem ser empregadas a pessoas com HA. Comparações entre modalidades de intervenções com seguimentos semelhantes devem ser estimuladas para replicação em diversos perfis populacionais na busca de desfechos semelhantes.

As evidências sugerem que o efeito da intervenção educativa diminui com o tempo e é proporcional ao tempo de exposição, havendo a necessidade de reforços e o maior tempo de contato com o educador.<sup>32-34</sup> A continuidade é necessária, pois a mudança no estilo de vida ocorre a médio e longo prazos.<sup>33</sup> Porém, sabe-se que o sucesso destas intervenções depende da sensibilização da pessoa de assumir as mudanças no estilo de vida e de manter os cuidados recomendados.<sup>35</sup> Estratégias que estimulem a mudança de comportamento têm se demonstrado mais eficazes do que estratégias de orientação.<sup>36</sup>

As estratégias de ensino devem ter enfoque no gerenciamento de possíveis barreiras que venham afetar comportamentos de saúde ideais. Essas barreiras incluem a falta de consciência da condição de saúde (ter HA ou necessidade de prevenção secundária), a relutância em tomar medicamentos para condições assintomáticas ou que causam efeitos colaterais e as dificuldades em aderir a regimes de tratamento, especialmente se forem complexos.<sup>4,37</sup>

A característica amostral de prevalência de mulheres e idosos concorda com os resultados epidemiológicos mundiais.<sup>2,4</sup> Autores sugerem que as mulheres procuram mais os serviços de saúde, quando comparadas aos homens, isso porque elas comumente apresentam maior preocupação com

a manutenção da saúde.<sup>38</sup> De modo geral, na comparação dos resultados obtidos entre homens e mulheres, percebe-se que o sexo masculino apresenta melhor pontuação nos escores de QV por apresentar maior tolerância a doenças crônicas, não sendo emocionalmente tão afetados quanto as mulheres.<sup>38-39</sup>

Em relação à idade, idosos correspondem à maior parcela entre os hipertensos, embora haja uma tendência à modificação deste cenário no futuro.<sup>4</sup> O escore de QV tende a piorar conforme o avançar da idade, uma vez que no processo do envelhecimento, as alterações fisiológicas e funcionais tornam o indivíduo mais vulnerável a doenças crônicas levando ao comprometimento dos aspectos físicos.<sup>38-40</sup>

Os estudos não trouxeram dados relativos a condições socioeconômicas e sobre a escolaridade das populações estudadas, embora a interferência destes fatores na QV seja clara na literatura,<sup>38-41</sup> e a maioria das mortes por doença cardiovascular ocorrem justamente em países de baixa e média renda, que apresentam majoritariamente pessoas com índices mais baixos nestes fatores.<sup>2</sup>

Não apenas a HA é prevalente nos países de baixa e média renda,<sup>41</sup> como há a exposição acentuada a fatores de risco comportamentais, como dieta não saudável, uso prejudicial e abusivo de álcool, falta de atividade física, excesso de peso e exposição ao estresse persistente. Além disso, devido a sistemas de saúde ineficientes, o número de pessoas com HA que não são diagnosticadas, não tratadas e com descontrole no acompanhamento também é maior quando comparado aos países de alta renda.<sup>2,4,41</sup>

A baixa escolaridade pode refletir negativamente na QV das pessoas, tendo em conta que compromete o processo de educação em saúde, estratégia que possibilita a adoção de comportamentos saudáveis e a mobilização social para a melhoria das condições de vida, em virtude da falta de compreensão das orientações e da pouca relevância dada à participação em programas educativos.<sup>7,9,37</sup> Ainda, quanto menor a escolaridade, menor o controle pressórico e menor a adesão ao tratamento.<sup>38-39</sup>

Outro fator a se destacar é a utilização de distintas escalas para avaliação da QV. Por ser uma característica que sofre interferência de múltiplos parâmetros, há vários questionários sobre QV, com modelos e situações de aplicação igualmente diferenciadas.<sup>42</sup>

De forma geral, tais questionários apresentavam questões físicas (independência, capacidade de realizar tarefas do cotidiano, dor, vitalidade, bem-estar), psicológicas (aspectos emocionais, saúde mental, ansiedade/depressão), sociais (meio ambiente, aspectos sociais) e espirituais (religiosidade). A utilização de instrumentos de avaliação da QV proporciona a avaliação fidedigna e concreta do impacto global que as doenças possuem na vida do indivíduo e tem como principal vantagem incluir aspectos subjetivos.<sup>43</sup> Todas as escalas utilizadas possuíam confiabilidade e propriedades psicométricas validadas, dando credibilidade aos seus desfechos. Entretanto, tais questionários podem não ser sensíveis aos sintomas específicos da doença.<sup>44</sup>

Apenas uma intervenção educativa não mensurou a QV por meio de instrumento genérico.<sup>20</sup> O MINICHAL<sup>45</sup> é uma escala desenvolvida especialmente para avaliar a QV de hipertensos e possui dois domínios: estado mental e manifestações somáticas. No Brasil, esta escala já foi traduzida e validada, podendo ser amplamente utilizada tanto em estudos de base populacional como em ensaios clínicos.<sup>46</sup>

Quase a totalidade dos estudos evidenciaram melhora da QV dos hipertensos no escore global ou em dimensões específicas, resultantes da participação em atividades educativas, comprovando que a QV engloba diversas experiências humanas e não se resume à situação de ter ou não ter saúde.<sup>7,9,38,47-48</sup> Indivíduos com doenças crônicas podem apresentar insatisfação com a saúde, porém isso não representa necessariamente insatisfação com a QV, levando a manifestação de percepções positivas sobre o estado de saúde.<sup>7,12,39,47</sup>

O estudo<sup>21</sup> que apresentou dados negativos quanto à influência das intervenções educativas na QV apresenta pequeno tamanho amostral e baixo tempo de seguimento. Tais fatores podem ter interferido na análise dos dados que não transferiram sensibilidade às mudanças ocorridas durante as intervenções.

Profissionais de saúde devem adotar a avaliação da QV de forma contínua nos serviços de saúde, atentar-se às dimensões que são mais afetadas nos pacientes com HA e intervir de forma precoce, uma vez que este aspecto pode exercer influência negativa na adesão e no tratamento.

O instrumento específico para avaliação de QV em hipertensos foi utilizado em apenas um estudo, ressaltando a necessidade de mais investigações que avaliem o impacto de sintomas específicos da doença. A variedade das amostras e das escalas utilizadas nas investigações, impossibilita a generalização dos resultados e a identificação da intervenção educativa que melhor interfere positivamente na QV de hipertensos, evidenciando uma lacuna para estudos futuros.

## CONCLUSÃO

Intervenções educativas foram efetivas na melhora da QV de hipertensos, demonstrada em nove dos dez estudos analisados. Pelos achados desta revisão é possível inferir que estudos com amostras maiores, seguimento de tempo mais longo e com colaboração multiprofissional poderiam gerar achados clínicos mais relevantes. A intervenção mais frequente foi a tecnologia grupal, demonstrando-se como um valioso recurso educativo.

Comparações entre gênero, nível educacional e de renda também são necessárias, uma vez que tais variáveis parecem influenciar na QV e podem ser úteis na elaboração de melhores estratégias para diferentes contextos e populações. A heterogeneidade observada nesses estudos, apesar da semelhança metodológica, pode influenciar a efetividade na intervenção necessitando de novos estudos e esclarecimentos.

## REFERENCES

1. Malta DC, Gonçalves RPF, Machado IE, Freitas MIF, Azeredo C, Szwarcwald CL. Prevalência da hipertensão arterial segundo diferentes critérios diagnósticos, Pesquisa Nacional de Saúde. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2018 [acesso 2019 Abr 24]; 21(Suppl 1):e180021. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1980-549720180021.supl.1>
2. Stevens B, Pezzullo L, Verdian L, Tomlinson J, George A, Bacal F. The Economic Burden of Heart Conditions in Brazil. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2018 [acesso 2019 Abr 24]; 111(1):29-36. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20180104>
3. Malta DC, Stopa SR, Iser BPM, Bernal RTI, Claro RM, Nardi ACF et al. Risk and protective factors for chronic diseases by telephone survey in capitals of Brazil, Vigitel 2014. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2015 Dez [acesso 2018 Jan 12]; 18(Suppl 2):238-55. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500060021>
4. Olsen MH, Angell SY, Asma S, Boutouyrie P, Burger D, Chirinos JA, et al. A call to action and a lifecourse strategy to address the global burden of raised blood pressure on current and future generations: the Lancet Commission on hypertension. *Lancet* [Internet]. 2016 [acesso 2017 Set 18]; 388(10060):2665-712. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31134-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31134-5)
5. Hanus JS, Simões PW, Amboni G, Ceretta LB, Tuon LGB. Associação entre a qualidade de vida e adesão à medicação de indivíduos hipertensos. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2015 [acesso 2017 Set 18]; 28(4):381-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500064>
6. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHO-QOL): Development and general psychometric qualities. *Soc Sci Med* [Internet]. 1998 [acesso 2017 Set 18]; 46(12):1569-85. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00009-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00009-4)
7. Trevisol DJ, Moreira LB, Kerkhoff A, Fuchs SC, Fuchs FD. Health-related quality of life and hypertension: a systematic review and meta-analysis of observational studies [Internet]. *J Hypertens* [Internet]. 2011 Fev [acesso 2017 Set 18]; 29(2):179-88. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/hjh.0b013e328340d76f>

8. Venkatachalam J, Abrahm SB, Singh Z, Stalin P, Sathya GR. Determinants of patient's adherence to hypertension medications in a rural population of Kancheepuram District in Tamil Nadu, South India. *Indian J Community Med* [Internet]. 2015 [acesso 2017 Set 18]; 40(1):33-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4103/0970-0218.149267>
9. Santos LF, Silva RC, Santos NSS, Mutti CF, Oliveira LMAC. Participation in a group and quality of life in hypertensive perspectives. *J Nurs UFPE On Line* [Internet]. 2016 [acesso 2017 Set 18]; 10(8):2886-94. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5205/1981-8963-v10i8a11357p2886-2894-2016>
10. Machado JC, Cotta RMM, Moreira TR, Silva LS. Adherence to non-pharmacological treatment: Analysis of the impact of three health educational and nutritional strategies in hypertensive patients. *Rev Nutr* [Internet]. 2016 [acesso 2017 Set 27]; 29(1):11-22. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1678-98652016000100002>
11. Ribeiro CD, Resqueti VR, Lima I, Dias FAL, Glynn L, Fregonezi GAF. Educational interventions for improving control of blood pressure in patients with hypertension: a systematic review protocol. *BMJ Open* [Internet]. 2015 [acesso 2017 Set 18]; 5(3):e006583. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006583>
12. Souza ACC, Borges JWP, Moreira TMM. Quality of life and treatment adherence in hypertensive patients: Systematic review with meta-analysis. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2016 [acesso 2017 Dez 27]; 50:1-14. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006415>
13. Cestari VRF, Florêncio RS, Moreira TMM, Pessoa VLM de P, Barbosa IV, Lima FET, et al. Competências do enfermeiro na promoção da saúde de indivíduos com cardiopatias crônicas [Internet]. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 Dez [acesso 2017 Set 18]; 69(6):1195-203. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0312>
14. Barros ALBL, Cavalcante AMRZ. Nursing in cardiology: state of the art and frontiers of knowledge. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017 Jun [acesso 2017 Set 18]; 70(3):451-2. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2017700301>
15. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche P, Ioannidis JPA, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *PLoS Med* [Internet]. 2009 Jul [acesso 2018 Oct 27]; 6(7):e1000100. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000100>
16. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs* [Internet]. 2005 [acesso 2017 Set 18]; 52(5):546-53. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
17. Schardt C, Adams MB, Owens T, Keitz S, Fontelo P. BMC Medical informatics and decision making utilization of the PICO framework to improve searching PubMed for clinical questions. *BMC Med Inform Decis Mak* [Internet]. 2007 [acesso 2018 Out 27]; 7(16). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1472-6947-7-16>
18. Ursi ES, Gavão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2006 [acesso 2017 Out 09]; 14(1):124-31. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000100017>
19. CEBM - Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. OCEBM Levels of Evidence Working Group. The Oxford Levels of Evidence 2. 2011. Disponível em: <https://www.cebm.net/index.aspx?o=5653>
20. Souza ACC, Moreira TMM, Oliveira ES, Menezes AVB, Loureiro AMO, De Araújo Silva CB, et al. Effectiveness of educational technology in promoting quality of life and treatment adherence in hypertensive people. *PLoS One* [Internet]. 2016 Nov [acesso 2017 Set 18]; 11(11):e0165311. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0165311>
21. Lai LL. Community pharmacy-based hypertension disease management program in a Latino/Hispanic-American population. *Consult Pharm* [Internet]. 2007 Mai [acesso 2017 Set 18]; 22(5):411-6. Disponível em: <https://doi.org/10.4140/TCP.n.2007.411>

22. Côté I, Moisan J, Chabot I, Grégoire J. Health-related quality of life in hypertension: impact of a pharmacy intervention programme. *J Clin Pharm Ther* [Internet]. 2005 Ago [acesso 2017 Set 18]; 30(4):355-62. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2710.2005.00663.x>
23. Arévalo MTV, Arrivillaga MQ, Cáceres DER, Correa SD, Holguín LEP. Efectos benéficos de la modificación del estilo de vida em la presión arterial y la calidad de vida en pacientes con hipertensión. *Act Colom. Psicol* [Internet]. 2005 Nov [acesso 2017 Set 18]; 8(2):69-85. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79880206>
24. Erci B, Sayan A, Tortumluoğlu G, Kiliç D, Şahin O, Güngörmüş Z. The effectiveness of Watson's Caring Model on the quality of life and blood pressure of patients with hypertension. *J Adv Nurs* [Internet]. 2003 [acesso 2017 Set 18]; 41(2):130-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02515.x>
25. Park YH, Song M, Cho B long, Lim J young, Song W, Kim S ho. The effects of an integrated health education and exercise program in community-dwelling older adults with hypertension: A randomized controlled trial. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2011 [acesso 2017 Set 18]; 82(1):133-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2010.04.002>
26. Shen C, Pang SMC, Kwong EWY, Cheng Z. The effect of Chinese food therapy on community dwelling Chinese hypertensive patients with Yin-deficiency. *J Clin Nurs* [Internet]. 2010 Abr [acesso 2017 Set 18]; 19(7-8):1008-20. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02937.x>
27. Mohammadi E, Abedi HA, Jalali F, Gofranipour F, Kazemnejad A. Evaluation of "partnership care model" in the control of hypertension. *Int J Nurs Pract* [Internet]. 2006 [acesso 2017 Set 18]; 12(3):153-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-172X.2006.00563.x>
28. Barrón-Rivera AJ, Torreblanca FL, Sánchez-Casanova LI, Beltrán MM. Efecto de una intervención educativa en la calidad de vida del paciente hipertenso. *Salud Pública Méx* [Internet]. 1998 [acesso 2017 Set 18]; 40(6):503-9. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10640607>
29. Saleem F, Hassali MA, Shafie AA, Haq MU, Farooqui M, Aljadhay H, Ahmad FUD. Pharmacist intervention in improving hypertension related knowledge, treatment medication adherence and health-related quality of life: a non-clinical randomized controlled trial. *Health Expect* [Internet]. 2015 Out [acesso 2017 Set 18]; 18(5):1270-81. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/hex.12101>
30. Radovanovic CAT, Bevilaqua CA, Molena-Fernandes CA, Marcon SS. Multi-professional intervention in adults with arterial hypertension: a randomized clinical trial. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2016 [acesso 2017 Set 18]; 69(6):1005-11. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0320>
31. Himmelfarb CRD, Commodore-Mensah Y, Hill MN. Expanding the Role of Nurses to Improve Hypertension Care and Control Globally. *Ann Glob Heal* [Internet]. 2016 Mar-Abr [acesso 2017 Set 18]; 82(2):243-53. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aogh.2016.02.003>
32. Nogueira ALG, Munari DB, Fortuna CM, Santos LF. Leads for potentializing groups in Primary Health Care. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2016 [acesso 2017 Set 18]; 69(5):964-71. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0102>
33. Nunes BP, Thumé E, Facchini LA. Multimorbidity in older adults: magnitude and challenges for the Brazilian health system. *BMC Public Health* [Internet]. 2015 Nov [acesso 2019 Abr 24]; 15:1172. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-015-2505-8>
34. Machado JC, Cotta RMM, Moreira TR, Silva LS. Adherence to non-pharmacological treatment: Analysis of the impact of three health educational and nutritional strategies in hypertensive patients. *Rev. Nutr.* [Internet]. 2016 Fev [acesso 2017 Set 18]; 29(1):11-22. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1678-98652016000100002>
35. Grillo MFF, Neumann CR, Scaina SF, Rozenoc RF, Leitão CB. Effect of different types of self-management education in patients with diabetes. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2013 Ago [acesso 2017 Set 18]; 59(4):400-5. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ramb.2013.02.006>

36. Girão ALA, Oliveira GYM, Gomes EB, Arruda LP, Freitas CHA. The interaction in clinical nursing education: reflections on care of the person with hypertension. *Rev. salud pública* [Internet]. 2015 Jan [acesso 2017 Set 18]; 17(1):47-60. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v17n1.47789>
37. Schwalm JD, McKee M, Huffman MD, Yusuf S. Resource Effective Strategies to Prevent and Treat Cardiovascular Disease. *Circulation* [Internet]. 2016 Fev [acesso 2017 Set 18]; 133(8):742-55. Disponível em: <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.115.008721>
38. Katsi V, Kallistratos MS, Kontoangelos K, Sakkas P, Souliotis K, Tsioufis C, et al. Arterial Hypertension and Health-Related Quality of Life. *Front Psychiatry* [Internet]. 2017 Dez [acesso 2017 Set 18]; 4(8):270. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2017.00270>
39. Hajian-Tilaki K, Heidari B, Hajian-Tilaki A. Are Gender Differences in Health-related Quality of Life Attributable to Sociodemographic Characteristics and Chronic Disease Conditions in Elderly People? *Int J Prev Med* [Internet]. 2017 [acesso 2017 Set 18]; 95(8). Disponível em: [https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM\\_197\\_16](https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_197_16)
40. Zhang Y, Zhou Z, Gao J, Wang D, Zhang Q, Zhou Z, et al. Health-related quality of life and its influencing factors for patients with hypertension: Evidence from the urban and rural areas of Shaanxi Province, China. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2016 Jul [acesso 2017 Set 18]; 16(1):277. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1536-x>
41. NCD Risk Factor Collaboration. Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19·1 million participants. *Lancet* [Internet]. 2017 Jan [acesso 2017 Set 18]; 389(10064):37–55. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31919-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31919-5)
42. Borges JWP, Moreira TMM, Schmitt J, Andrade DF, Barbeta PA, Souza ACC, et al. Measuring the quality of life in hypertension according to Item Response Theory. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2017 Mai [acesso 2017 Set 18]; 51:45. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006845>
43. Gusmai LF, Novato TS, Nogueira LS. The influence of quality of life in treatment adherence of diabetic patients: a systematic review. *Rev. Esc. Enferm. USP* [Internet]. 2015 [acesso 2017 Dez 27]; 49(5):839-46. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000500019>
44. Zhi L, Qiaojun L, Yanbo Z. Development and validation of patient-reported outcomes scale for hypertension. *Int J Qual Heal Care* [Internet]. 2015 [acesso 2017 Dec 27]; 27(5):369–76. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzv060>
45. Badia X, Roca-Cusachs A, Dalfo A, Gascon G, Abellan J, Lahoz R, et. al. Validation of the short form of the Spanish hypertension Quality of Life Questionnaire (MINICHAL). *Clin Ther* [Internet]. 2002 [acesso 2017 Dez 27]; 24(12):2137-54. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0149-2918\(02\)80103-5](https://doi.org/10.1016/S0149-2918(02)80103-5)
46. Schulz RB, Rossignoli P, Correr CJ, Fernández-Llimós F, De Toni M. Validation of the Short Form of the Spanish Hypertension Quality of Life Questionnaire (MINICHAL) for Portuguese (Brazil). *Arq. Bras. Cardiol.* [Internet]. 2008 Fev [acesso 2018 Jun 19]; 90(2):127–31. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2008000200010>
47. Lima DBS, Moreira TMM, Borges JWP, Rodrigues MTP. Association between treatment compliance and different types of cardiovascular complications in arterial hypertension patients. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2016 [acesso 2018 Out 22]; 25(3):e0560015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016000560015>
48. Silva SS, Assis MMA, Santos AM. The nurse as the protagonist of care management in the estratégia saúde da família: different analysis perspectives. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2017 [acesso 2018 Out 26]; 26(3):e1090016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001090016>

## **NOTAS**

### **CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA**

Concepção do estudo: Silva RC, Cavalcante AMRZ.

Coleta de dados: Silva RC, Cavalcante AMRZ.

Análise e interpretação dos dados: Silva RC, Cavalcante AMRZ.

Discussão dos resultados: da Silva RC, Cavalcante AMRZ.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Silva RC, Vieira F, Suzuki K, Cavalcante AMRZ.

Revisão e aprovação final da versão final: Silva RC, Vieira F, Suzuki K, Cavalcante AMRZ.

### **CONFLITO DE INTERESSES**

Não há conflito de interesses.

### **HISTÓRICO**

Recebido: 05 de novembro de 2018.

Aprovado: 10 de julho de 2019.

### **AUTOR CORRESPONDENTE**

Ricardo Costa da Silva

c.ricardocs@gmail.com