

Aplicação do Minichal em um grupo de idosos hipertensos vinculados ao setor de saúde suplementar

Application of Minichal in a group of elderly hypertensive attended at the supplemental health care

Henrique Souza Barros de Oliveira¹, Leticia Silva de Jesus¹, Diego Reses de Gino², Maria Elisa Gonzalez Manso¹

RESUMO

Objetivo: Aplicar o instrumento Minichal para mensurar o perfil de qualidade de vida de um grupo de idosos hipertensos assistidos pelo setor de saúde suplementar. **Métodos:** Foram investigados 47 idosos hipertensos vinculados a uma operadora de planos de saúde, no município de São Paulo (SP). Os dados sociodemográficos, clínicos, de utilização de serviços de saúde e de qualidade de vida relacionada à saúde foram obtidos por meio de instrumentos criados pelos próprios pesquisados e da aplicação da versão brasileira do Minichal. Após expressas as variáveis descritivas, o teste de *t* de Student e o teste de Mann-Whitney foram realizados para comparar a qualidade de vida relacionada à saúde às demais variáveis. **Resultados:** O Minichal indicou baixo comprometimento da qualidade de vida relacionada à saúde em todas as dimensões do instrumento utilizado, além da influência negativa entre a prática de atividade física e a dimensão manifestações somáticas ($p=0,017$). **Conclusão:** O Minichal mostrou-se eficaz na mensuração da qualidade de vida relacionada à saúde de idosos portadores de hipertensão arterial sistêmica vinculados ao setor de saúde suplementar.

Descritores: Idoso; Hipertensão arterial sistêmica; Qualidade de vida; Planos de pré-pagamento em saúde

ABSTRACT

Objective: To apply the Minichal instrument to measure the quality of life profile of a group of hypertensive elderly people assisted at the supplemental health care. **Methods:** We investigated 47 hypertensive elderly people linked to a health plan operator in the city of São Paulo (SP). Sociodemographic and clinical data, as well as those used by the health service, and of health-related quality of life were obtained through instruments created by the respondents themselves and the application of the Brazilian version of Minichal. After the descriptive variables were expressed, the Student *t* and Mann-Whitney tests were performed to compare health-related quality of life to the other variables. **Results:** Minichal indicated low health-related quality of life impairment in all dimensions of the instrument used and the negative influence between physical activity practice and the somatic manifestations dimension ($p=0.017$). **Conclusion:** Minichal was shown to be effective in the measurement of health-related quality of life of elderly people with hypertension linked to supplemental health care.

Key-words: Aged; Hypertension; Quality of life; Prepaid health plans

¹ Faculdade de Medicina, Centro Universitário São Camilo, São Paulo, SP, Brasil.

² Faculdade de Medicina, Universidade Nove de Julho, Guarulhos, SP, Brasil.

Data de submissão: 28/7/2019. Data de aceite: 19/8/2019.

Autor correspondente: Maria Elisa Gonzalez Manso. Rua Celso de Azevedo Marques, 740/1.001 – Parque da Mooca. CEP: 03122-010 – São Paulo, SP, Brasil – E-mail: mansomeg@hotmail.com.

Fonte de auxílio à pesquisa: nenhuma.

Conflitos de interesse: nenhum.

Contribuição dos autores:

Concepção e delineamento do projeto: HSBO, LSJ, DRG e MEGM.

Coleta, análise e interpretação de dados: HSBO, LSJ, DRG e MEGM.

Redação e revisão crítica do manuscrito: HSBO, LSJ, DRG e MEGM.

Aprovação da versão final do manuscrito a ser publicada: HSBO, LSJ, DRG e MEGM.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma enfermidade de manifestação silenciosa, multifatorial, com caráter crônico-degenerativo e de alta prevalência, principalmente entre os idosos.¹ Além disso, a HAS é um dos principais fatores de risco associado ao desenvolvimento de doenças cardiocirculatórias, como cardiomiopatia dilatada, cardiomiopatia isquêmica, acidente vascular encefálico e doença renal crônica.²

Estudos vêm mostrando o impacto direto da presença de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) sobre a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) por meio da utilização de instrumentos amplos de mensuração.³⁻⁶ No entanto, poucos utilizam instrumentos específicos em grupos geriátricos, sendo que entre 50% e 70% dos idosos são portadores de HAS.⁷ Essa escassez acentua-se para o contexto do setor suplementar de saúde, e os idosos correspondem à maior parcela de pessoas presentes nas carteiras de planos de saúde no Brasil.⁸

Investigar a QVRS em grupos de diferentes contextos possibilita futuras comparações e planejamento de estratégias de intervenção, tanto por órgãos governamentais quanto pelos próprios serviços de saúde e operadoras de convênios médicos.

Este estudo teve como objetivo aplicar o instrumento *Mini-Cuestionario de Calidad de Vida en la Hipertensión Arterial* (Minichal) para mensurar o perfil de qualidade de vida de um grupo de idosos hipertensos assistidos pelo setor de saúde suplementar.

MÉTODOS

Delineamento da pesquisa

Estudo descritivo, de corte transversal, analítico, realizado com um grupo de idosos portadores de HAS, todos participantes de um Programa de Gerenciamento de Doenças Crônico-Degenerativas oferecido por uma operadora de planos de saúde, na modalidade medicina de grupo, localizada na cidade de São Paulo (SP).

Sujeitos da pesquisa e critérios de exclusão

Neste estudo, foram incluídos 47 idosos, independentemente do sexo, bastando que tivessem idade igual ou superior a 60 anos completos e diagnóstico médico prévio de HAS. Em razão das particularidades dos questionários autopreenchíveis utilizados neste estudo, foram excluídos idosos com déficit cognitivo, inconscientes, institucionalizados e sem condições clínicas para responder por si próprios aos questionários.

Processo de amostragem

A amostragem foi realizada de forma aleatória simples dentro do total de 54 idosos hipertensos partici-

pantes do programa de gerenciamento, com grau de confiança de 95% para o cálculo amostral.

Instrumentos

Para esta pesquisa, foram utilizados os instrumentos questionário estruturado para coleta de variáveis sociodemográfica e do estado de saúde e a versão brasileira do instrumento Minichal para avaliar a QVRS dos idosos portadores de HAS.⁹

A fim de caracterizar o perfil sociodemográfico, clínico e de utilização dos serviços de saúde, os pesquisadores elaboraram um questionário estruturado com intuito de coletar informações referentes a sexo, idade, condição civil e ocupacional, se morava sozinho ou não, se possuía cuidador, presença de morbidades crônicas e fatores de risco em tratamento até o momento da entrevista, se possuía médico específico de referência, o período da última consulta médica, presença de internações hospitalares prévias, o hábito de fumar, sedentarismo, o consumo de álcool pelo Teste de Identificação de Distúrbio de Uso do Álcool (AUDIT)¹⁰ e o índice de massa corporal (IMC), de acordo com padrões de corte preconizados para a idade.¹¹

Para avaliação da QVRS foi utilizado o Minichal na versão traduzida e validada no Brasil, por ser questionário específico para avaliação da qualidade de vida de indivíduos hipertensos e de fácil e rápida aplicação.⁹ Trata-se de um instrumento autoadministrado, composto de 17 questões divididas nas dimensões estado mental (um a nove; pontuação máxima de 27 pontos), manifestações somáticas (dez a 16; pontuação máxima de 21 pontos) e uma questão geral de qualidade de vida que não se inclui em nenhuma das dimensões anteriores.⁹

Cabe salientar que, para cômputo dos escores, foi utilizado o preconizado pela versão brasileira do Minichal, na qual a questão dez é somada à dimensão manifestações somáticas, diferentemente da versão original do instrumento. A questão sobre a percepção geral de saúde não foi considerada no cômputo do escore total, a exemplo do estudo de validação.^{9,12}

Os itens foram respondidos em referência aos últimos 7 dias antecedentes à aplicação do instrumento. A escala de pontuação é do tipo Likert, com quatro possíveis respostas: zero para não, absolutamente; um para sim, um pouco; dois para sim, bastante; três para sim, muito. Os pontos variam de zero (melhor nível de saúde) a 27 (pior nível de saúde) para as dimensões de estado mental. Já para a dimensão manifestações somáticas, variam de zero (melhor nível de saúde) a 21 (pior nível de saúde). Ao final, cada dimensão do instrumento foi representada em escores percentuais de zero a cem.⁹

Coleta de dados

A coleta dos dados ocorreu por meio de visitas domiciliares, agendadas previamente por telefone. Durante o agendamento, todos os idosos receberam explicações completas a respeito da pesquisa e ficaram cientes da participação voluntária, que sua não aceitação não interferiria na atenção prestada pelo plano de saúde ou desligamento do programa, e que seus nomes e dados seriam preservados em sigilo. No momento da entrevista, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado.

Os dados coletados foram, inicialmente, armazenados em um banco de dados próprio da pesquisa e submetidos à revisão e à codificação. Em casos de inconsistência, procedia-se à correção das informações colhidas por meio da consulta à entrevista original.

As respostas obtidas do instrumento autoadministrado Minichal foram consolidadas em banco com suas respectivas sintaxes, já descrita previamente.

Análise dos dados

Todos os dados coletados foram transferidos para o *software Excel for Windows 2003* e transportados para o *software Statistical Package for Social Sciences for Windows* (SPSS, Chicago, Estados Unidos) para análise descritiva e analítica.

Para análise estatística, os dados contínuos foram expressos na forma de medidas de tendência central e de dispersão, enquanto os dados categóricos foram expressos por distribuição de frequência absoluta e relativa. Para análise comparativa de associação, utilizaram-se o teste *t* de *Student* para análise bivariada e o teste não paramétrico de Mann-Whitney para verificar associação em grupos que tinham poucos participantes (<10 idosos). Considerou-se o nível de significância estatística entre os grupos quando valor de *p* foi menor do que 0,05 (valor de *p* <0,05) para todos os testes realizados.

Questões éticas

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), sob parecer 2.284.626, atendendo às normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos (resolução 466/2012).

RESULTADOS

Características sociodemográficas

Participaram deste estudo 47 idosos hipertensos, residentes na cidade de São Paulo e vinculados a um programa de gerenciamento de doenças crônicas oferecido

por uma operadora de planos de saúde. A amostra, em sua maioria, foi constituída por idosos do sexo feminino (46,9%; *n*=22), cuja média de idade foi igual a 72 (desvio-padrão – DP de 6) anos. Quanto à distribuição por estado civil e situação ocupacional, 72,3% eram casados ou viviam em situação de união estável, e 79,5% referiram ser aposentados.

Ressalta-se que 18,2% dos idosos deste grupo moravam sozinhos e apenas um único idoso possuía cuidador.

Características clínicas e potenciais fatores de risco

Inqueridos sobre as principais comorbidades crônicas e fatores de risco associados à HAS, a presença de *diabetes mellitus* foi a mais prevalente (31,9%; *n*=15), seguida de dislipidemia (53,2%; *n*=25), tireoidopatia (23,4%; *n*=11), sobrepeso (36,2%; *n*=17) e obesidade (34%; *n*=16). Encontrou-se ainda que 59,6% do grupo estudado possuía mais de três morbidades associadas atualmente em tratamento.

Quanto ao hábito de fumar, 95,7% dos idosos desse grupo não eram tabagistas, porém 57,4% relataram ser sedentários. Quanto à realização do AUDIT, 23,4% apresentaram provável risco para dependência.

Utilização dos serviços de saúde

Neste grupo, todos os idosos faziam acompanhamento médico para tratar suas morbidades, sendo que, nos últimos 6 meses, 48,9% realizaram até uma consulta médica, e 51,1% realizaram consulta há, no máximo, 1 ano. Quanto a internações hospitalares prévias, 57,4% afirmaram já terem sido internados em algum momento, sendo que 19,1% foram internados uma vez no último ano por causas diversas, não relacionadas à HAS.

Qualidade de vida e associações comparativas

A média da QVRS mensurada pelo escore total do Minichal, numa escala de zero a cem, foi de 40,1 (DP de 18,2). As médias por dimensões foram bastante próximas, sendo na dimensão estado mental de 40,3 (DP de 18,6) e na dimensão manifestações somáticas de 39,8 (DP de 18,6). Quanto à última questão do instrumento, que avaliava o impacto da HAS e seu tratamento sobre a QVRS, 86,6% (*n*=39) dos idosos consideraram que a hipertensão afetava de maneira significativa sua QVRS.

Em relação às análises comparativas entre as dimensões do Minichal e as características sociodemográficas, clínicas, fatores de risco e utilização dos serviços de saúde, não foram encontradas associações significativas (*p*>0,05) entre os idosos estudados, exceto a associação de realização de atividade física com menores escores na dimensão manifestações somáticas (*p*=0,017).

DISCUSSÃO

Os dados sociodemográficos de idosos vinculados ao setor de saúde suplementar não divergem dos encontrados neste estudo, cuja predominância foi de mulheres idosas, com idade igual ou superior a 70 anos, casadas, aposentadas e que residiam nos principais municípios da Região Sudeste.¹³⁻¹⁷

Em virtude do processo fisiológico de envelhecimento, os idosos possuem maior predisposição ao aumento de doenças cardiovasculares e de suas complicações. As principais modificações que corroboram esse fato são aterosclerose; aumento do acúmulo de gordura; diminuição da secreção de hormônios contrarreguladores; enrijecimento e envelhecimento dos vasos sanguíneos; hipertrofia dos miócitos e da massa ventricular; progressivo aumento da resistência vascular periférica e redução das respostas reflexas, dentre outras.^{11,18}

Essas modificações, quando associadas a fatores de risco, como os relacionados a idade, sexo, hábitos alimentares e sedentarismo, fazem com que ocorra um incremento não só da prevalência, mas da mortalidade relacionada às doenças cardiovasculares em idosos.¹⁷ Além da HAS, esse grupo de idosos pesquisado apresenta frequência de dislipidemia, *diabetes mellitus* e sedentarismo superior a outros estudos conduzidos com grupos populacionais semelhantes,^{13,14,17} o que torna o grupo altamente vulnerável a eventos cardiovasculares potencialmente fatais.

A avaliação da QVRS por meio do instrumento Minichal é de extrema relevância para pesquisadores, profissionais clínicos e gestores, pois se trata de um instrumento que possibilita mensurar o impacto psicossocial que a HAS e seu tratamento podem acarretar, tanto positiva quanto negativamente, em grupos de distintos contextos, inclusive, indicando fatores que podem influenciar a sensação de bem-estar do indivíduo. Neste grupo, observou-se que as médias do escore total das dimensões estado mental e manifestações somáticas foram semelhantes a de outros estudos conduzidos com pacientes adultos e idosos hipertensos.^{1,2,9,12,19-21} Os resultados mensurados pelo Minichal indicam comprometimento da QVRS em todas as dimensões do instrumento, mostrando que a HAS e seu tratamento geram impacto significativo na qualidade de vida desse grupo.

Estudos mostram que indivíduos hipertensos possuem uma diminuição significativa da QVRS quando comparados com normotensos, e a principal explicação é a de que a presença de condições crônicas atua de maneira considerável nos aspectos psicossociais, limitando sua interação com o meio ambiente e a sociedade.²

O aumento da idade atua como fator relevante para a redução dos escores da qualidade de vida, devido às modificações que se acentuam com o processo do envelhecimento.^{5,22} Deve-se considerar ainda que o grupo investigado, além da elevada média de idade, possui comorbidades em tratamento simultâneo, o que pode afetar negativamente a avaliação de sua qualidade de vida.

Como evidenciado nos resultados, o número elevado de idosos portadores de comorbidades crônicas utilizando os serviços de saúde repetidas vezes pode revelar, dentre outros fatores, o inadequado seguimento da terapia farmacológica, importante fator de influência sobre a QVRS.²³ Estudos apontam que três quartos dos indivíduos com HAS não atingem um controle da sua pressão arterial utilizando tratamento anti-hipertensivo.²⁴ Nos idosos, a polifarmácia, a interação medicamentosa e os efeitos adversos do tratamento podem estar associados à menor aderência e ao abandono do tratamento medicamentoso, além de corroborar o aumento da procura dos serviços de saúde, a descompensação das doenças de base, as internações hospitalares recorrentes, o aumento de sua permanência e a ocorrência de eventos iatrogênicos, inferindo de maneira significativa em suas QVRS.²³

Além de medidas farmacológicas para o manejo do idoso hipertenso, devem ser instituídas também medidas não farmacológicas, que incluem a prática de atividade física, a suspensão do tabagismo e etilismo, a manutenção de dieta hipossódica e o controle do peso.¹ No grupo pesquisado, observa-se número significativo de idosos que se apresenta com IMC acima do recomendado além de sedentários.

Analisando-se apenas o IMC, de acordo com os padrões de corte para idade, notou-se que uma minoria dos idosos estava com o peso dentro dos padrões normais (29,8%). Esse dado é relevante, pois o aumento expressivo na prevalência da HAS ocorre em conjunto com o aumento do sobrepeso e da obesidade, sendo que aproximadamente 75% dos casos de hipertensão em homens e 65% em mulheres são atribuídos à obesidade.²⁴ Além disso, o excesso de peso eleva a incidência de morbidades, como *diabetes mellitus* tipo 2, dislipidemia, aumento de marcadores inflamatórios, tromboembolismo e apneia do sono, implicando em maior incidência de doença cardíaca isquêmica (DCI), arterial coronariana (DAC), acidente vascular cerebral (AVC), risco de morte súbita e da mortalidade cardiovascular e total.²⁵ Ainda, a população geriátrica deve receber atenção redobrada, em virtude do aumento gradual de tecido adiposo visceral que ocorre com a perda de parênquima em diversos órgãos, decorrente do processo normal do envelhecer.¹¹ Novamente, ressaltam-se a presença e a interligação de fatores de risco, que tornam esse grupo pesquisado propenso a apresentar eventos cardiovasculares graves.

Evidências científicas apontam que a QVRS de idosos hipertensos está associada a fatores socioeconômicos e demográficos, como idade, sexo, estado conjugal, nível de educacional, renda familiar, emprego e religião.^{7,26,27} A compreensão entre esses fatores é útil para subsidiar programas e medidas de ações em saúde que minimizem o impacto da HAS e seu tratamento na vida de idosos. No entanto, em divergência com a literatura, o grupo estudado não apresentou associações estatisticamente significativas em nenhuma das variáveis sociodemográficas aqui citadas. Contudo, o sedentarismo mostrou-se como única variável a influenciar negativamente a QVRS dessas pessoas idosas.

Sabe-se que a realização de atividade física regular promove a diminuição dos níveis pressóricos de maneira progressiva, devido à redução da atividade simpática periférica e do tônus simpático cardíaco, que, por conseguinte, leva à diminuição da frequência cardíaca e à queda do débito cardíaco. A prática de exercícios físicos deve sempre ser indicada como medida de prevenção, retardo de perdas funcionais, melhora de fatores de risco cardiovasculares e possíveis desfechos negativos e indesejados. Esses benefícios independem de fatores sociodemográficos, porém dependem da intensidade, da duração e do tipo de atividade empregada.^{19,28}

Limitações

Algumas limitações desta pesquisa merecem ser assinaladas. Os resultados apresentados demandam interpretações cautelosas, impossibilitando sua generalização e comparação com outros grupos, devido às particularidades do grupo e ao tamanho da amostra estudada. Outra limitação se refere às próprias características do instrumento Minichal, pois se trata de um instrumento de autorrelato e, portanto, sujeito a viés de resposta.

CONCLUSÃO

O instrumento Minichal mostrou-se eficaz na mensuração da qualidade de vida relacionada à saúde desse grupo de idosos hipertensos e indicou que, para os participantes deste estudo, a hipertensão arterial sistêmica e seu tratamento geram impacto significativo na qualidade de vida.

Trata-se de um grupo caracterizado pela predominância do sexo feminino, idade elevada, presença de múltiplas comorbidades e de outros fatores de risco, como sedentarismo, excesso de peso e obesidade, associados à hipertensão arterial sistêmica, o que leva a pensar que se trata de um grupo com alto risco para eventos cardiovasculares graves. Das variáveis que influenciam sua qualidade de vida relacionada à saúde, apenas o se-

dentarismo se mostrou importante e que interfere negativamente.

Apesar das particularidades do grupo estudado, notou-se que o nível de qualidade de vida relacionada à saúde dos idosos hipertensos estudados, vinculados ao setor suplementar de saúde, aparentemente não difere de grupos etários idosos pertencentes ao sistema público.

REFERÊNCIAS

1. Maciel AP, Pimenta AB, Caldeira AP. Qualidade de vida e adesão medicamentosa para pessoas hipertensas. *Act Paul Enferm.* 2016;29(5):542-8. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600075>
2. Carvalho MA, Silva IB, Ramos SB, Coelho LF, Gonçalves ID, Figueiredo Neto JA, et al. Qualidade de vida de pacientes hipertensos e comparação entre dois instrumentos de medida de QVRS. *Arq Bras Cardiol.* 2012;98(5):442-51. doi: <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2012005000032>
3. Pilger C, Santos RO, Lentsck MH, Marques S, Kusumota L. Bem estar espiritual e qualidade de vida de idosos em tratamento hemodialítico. *Rev Bras Enferm.* 2017; 70(4):721-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0006>
4. Pereira RM, Batista MA, Meira AS, Oliveira MP, Kusumota L. Qualidade de vida de idosos com doença renal crônica em tratamento conservador. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(4):887-95. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0103>
5. Amaral TL, Amaral CA, Lima NS, Herculano PV, Prado PR, Monteiro GT. Multimorbidade, depressão e qualidade de vida em idosos atendidos pela estratégia de saúde da família em Senador Guiomard, Acre, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiv.* 2018;23(9):3077-84. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018239.22532016>
6. Lima LR, Funghetto SS, Valpe CR, Santos WS, Funez MI, Stival MM. Qualidade de vida e o tempo do diagnóstico do diabetes mellitus em idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2018;21(2):180-90. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562018021.170187>
7. Andrade JM, Rios LR, Teixeira LS, Vieira FS, Mendes DC, Vieira MA, et al. Influência de fatores socioeconômicos na qualidade de vida de idosos hipertensos. *Ciênc Saúde Coletiv.* 2014;19(8):3497-504. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.19952013>
8. Manso ME, Maresti LT, Osti AV. Program for prevention of falls among elders: experiences in a Brazilian health plan. *MOJ Gerontol Ger.* 2018;3(2):217-8. doi: <https://doi.org/10.15406/mojg.2018.03.00114>
9. Schulz RB, Rossignoli P, Correr CJ, Fernández-Limós F, Toni PM. Validação do mini-questionário de Qualidade de vida em hipertensão arterial (MINICHAL) para o português (Brasil). *Arq Bras Cardiol.* 2010;90(2):127-31. doi: <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2008000200010>
10. Portugal. Serviço Nacional de Saúde. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD). Instrumento de Rastreio e Intervenção da Rede. Lisboa: Serviço Nacional de Saúde; 2015. [Acesso em 30 dez 2018]. Disponível em: <http://www.sicad.pt/PT/Intervencao/RedeReferenciacao/SitePages/Instrumentos.aspx>
11. Pascali C, Peliello LC. Avaliação nutricional. In: Manso ME (org.). *Geriatria. Manual da Liga de Estudos do Processo de Envelhecimento.* São Paulo: Martinari; 2015. p. 91-104.
12. Badia X, Roca-Cusachs A, Dalfó A, Gascón G, Abellán J, Lahoz R, et al.; MINICHAL Group. Validation of the short form of the Spanish Hypertension Quality of Life Questionnaire (MINICHAL). *Clin Ther.* 2002;24(12):2137-54. doi: [https://doi.org/10.1016/s0149-2918\(02\)80103-5](https://doi.org/10.1016/s0149-2918(02)80103-5)

13. Manso ME, Sousa JR, Oliveira HS. Análise do perfil neurogeriátrico de um grupo de idosos pertencentes a um plano de saúde do município de São Paulo, Brasil. *Rev Kairós: Gerontol.* 2018;21(2):215-26. doi: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2018v21i2p215-226>
14. Manso ME, Osti AV, Borrozino NF, Maresti LT. Avaliação multidimensional do idoso: resultados em um grupo de indivíduos vinculados a uma operadora de planos de saúde. *Rev Kairós.* 2018;21(1):191-211. doi: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2018v21i1p191-211>
15. Oliveira HS, Sousa JR, Donis AC, Manso ME. Utilização dos critérios de Beers para avaliação das prescrições em idosos portadores de doenças crônicas vinculadas a um plano de saúde. *RBCEH.* 2017;14(3):242-51. doi: <https://doi.org/10.5335/rbceh.v14i3.7376>
16. Manso ME, Câmara R, Souza AS, Maciel TD, Farina DB. Programa de gerenciamento de doenças crônicas em um plano de saúde, São Paulo, Brasil. *Cienc Cuid Saude.* 2016;15(2):321-7.
17. Manso ME, Osti AV, Maresti LT, Borrozino NF. Análise do gerenciamento de doenças crônicas em uma operadora de planos de saúde na cidade de São Paulo. *Rev SODEBRAS.* 2018;13(151):77-82.
18. Lisboa IA, Perossi JT. O processo normal do envelhecer. In: Manso ME (org). *Geriatria. Manual da Liga de Estudos do Processo de Envelhecimento.* São Paulo: Martinari; 2015. p. 19-27.
19. Gomes DB, Bezerra EM, Silva JC, Costa TP, Ribeiro MD, Campelo GO. Avaliação da qualidade de vida em idosos hipertensos atendidos em clínica de fisioterapia. *SANARE.* 2015 [citado 2022 Jul 6];14(01):33-7. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/605>
20. Soutello AL, Rodrigues RC, Jannuzzi FF, São-João TM, Martinix GG, Nadruz Júnior W, et al. Qualidade de vida na hipertensão arterial: validade de grupos conhecidos do MINICHAL. *Arq Bras Cardiol.* 2015;104(4):299-307. doi: <https://doi.org/10.5935/abc.20150009>
21. Côrtes DC, Arantes AA, Mendonça AP, Silva JS. Qualidade de vida e hipertensão arterial. *Int J Cardiovasc Sci.* 2016;29(6):512-6.
22. Maciel NM, Conti MH, Simeão SF, Corente JE, Ruiz T, Vitta A. Morbidades referidas e qualidade de vida: estudo de base populacional. *Fisioter Pesqui.* 2016;23(1):91-7. doi: <https://doi.org/10.1590/1809-2950/14817923012016>
23. Vera EC. *Terapia medicamentosa do idoso: fatores de influência [dissertação].* São Paulo: Pontifícia Universidade Católica; 2017 [citado 2022 Jul 6]. Disponível em: <https://sapientia.pucsp.br/bitstream/handle/19829/2/Elaine%20Cristina%20Biffi%20Alonso%20Vera.pdf>
24. Melchioris AC, Correr CJ, Pontarolo R, Santos FO, Souza RA. Qualidade de vida em pacientes hipertensos e validade concorrente do Minichal-Brasil. *Arq Bras Cardiol.* 2010;94(3):357-64. doi: <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2010000300013>
25. Dippe Júnior T, Cunha CL, Cerci RJ, Stier Júnior AL, Vítola JV. Estudo de perfusão miocárdica em obesos sem doença cardíaca isquêmica conhecida. *Arq Bras Cardiol.* 2019;112(2):121-8. doi: <https://doi.org/10.5935/abc.20180250>
26. Almeida-Brasil CC, Silveira MR, Silva KR, Lima MG, Faria CD, Cardoso CL, et al. Qualidade de vida e características associadas: aplicação do WHOQOL-BREF no contexto da atenção primária à saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2017;22(5):1705-16. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.20362015>
27. Miranda LC, Soares SM, Silva PA. Qualidade de vida e fatores associados em idosos de um centro de referência à pessoa idosa. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2016;21(11):3533-44. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.21352015>
28. Ribeiro CG, Ferretti F, Sá CA. Qualidade de vida em função do nível de atividade física em idosos urbanos e rurais. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2017;20(3):330-9. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.160110>