

A QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES HIPERTENSOS EM UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, ANANINDEUA - PARÁ

THE QUALITY OF LIFE OF HYPERTENSIVE PATIENTS AT PRIMARY CARE CENTER, ANANINDEUA - PARÁ

A CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS EN UNA ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILI, ANANINDEUA - PARÁ

Marília Cunha Botelho Alves¹
Felipe Nunes Brito²
Layna Monteiro de Lima³
Viviane Costa Matos⁴
Jessica Cordeiro dos Santos Sousa⁵
Djeane Kathe Mascote Leite⁶
Claudia Daniele Tavares Dutra⁷
Carla Andrea Avelar Pires⁸

RESUMO

Objetivo: avaliar o nível de qualidade de vida de pacientes hipertensos cadastrados em uma Estratégia Saúde da Família. **Método:** Estudo transversal analítico. A coleta de dados foi feita por meio de dois questionários, sendo um o Minichal-Brasil e o outro sobre o perfil clínico e os aspectos socioeconômicos do paciente. **Resultados:** A maioria dos pacientes era mulheres, na faixa etária maior de 40 anos, renda de até três salários mínimos e escolaridade nível fundamental e médio. Dos entrevistados, 62,50% estavam com pressão arterial normal e 83,00% relataram seguir corretamente o tratamento. Às comorbidades encontradas foram: dislipidemia (35,10%), sobrepeso (47,00%), obesidade (28,19%) e diabetes (22,52%), sendo que 74,34% referiram história familiar de doença cardiovascular. Observou-se que sexo, pressão arterial e tratamento apresentaram influência na qualidade de vida dos hipertensos ($p < 0,05$). Em contrapartida não foi observado associação com a qualidade de vida as variáveis: renda mensal ($p = 0,0377$), escolaridade ($p = 0,5011$), história familiar ($p = 0,6309$), tempo de diagnóstico ($p = 0,1317$) o fato de consumir ou não bebida alcoólica ou fumo ($p = 0,1508$), comorbidades ($p = 0,3460$), faixa etária ($p = 0,1253$) e IMC ($p = 0,5829$).

¹ Acadêmica de Medicina pela UFPA e estagiária voluntária do PET-Saúde UFPA/Ananindeua. Email: mariliabotelho83@yahoo.com.br

² Acadêmico de Medicina pela UFPA e bolsista do PET-Saúde UFPA/Ananindeua. Email: felipnunes@hotmail.com

³ Acadêmica de Nutrição pela UFPA e bolsista do PET-Saúde UFPA/Ananindeua. Email: layna_nut@yahoo.com.br

⁴ Acadêmica de Medicina pela UFPA e estagiária voluntária do PET-Saúde UFPA/Ananindeua. Email: vivianecmatos@hotmail.com

⁵ Acadêmica de Nutrição pela UFPA e estagiária voluntária do PET-Saúde UFPA/Ananindeua. Email: jessicasous@hotmail.com

⁶ Enfermeira da Estratégia Saúde da Família e Preceptora do PET-Saúde UFPA/Ananindeua. Email: dezinhamascote@hotmail.com

⁷ Doutora, Professora Adjunto I da Faculdade de Nutrição da UFPA e Tutora do PET-Saúde UFPA/Ananindeua. Email: cdani@ufpa.br

⁸ Mestre, Professora Assistente I da Faculdade de Medicina da UFPA e Tutora do PET-Saúde UFPA/Ananindeua. Email: carlaavelarpires@gmail.com

Conclusão: Observou-se que os pacientes que apresentaram, isoladamente, as variáveis: gênero feminino, níveis pressóricos não controlados e não adesão ao tratamento apresentou nível inferior de qualidade de vida.

Descritores: Estratégia Saúde da Família, Hipertensão Arterial Sistêmica, Qualidade de vida, Pressão Arterial.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the quality of life of hypertensive patients enrolled in a Family Health Strategy. **Method:** Analytical cross. Data collection was performed by using two questionnaires, one being the Minichal-Brazil, and the other on the clinical and socioeconomic aspects of the patient. **Results:** The majority of patients were women, aged over 40 years, earning up to three minimum wages and elementary and middle school level. Of the respondents, 62.50% had normal blood pressure and 83.00% correctly reported following treatment. At comorbidities were dyslipidemia (35.10%), overweight (47.00%), obesity (28.19%) and diabetes (22.52%), and 74.34% reported a family history of cardiovascular disease. It was observed that sex, blood pressure and correct treatment showed influences the quality of life of hypertensive patients ($p < 0.05$). In contrast we did not observe an association with quality of life variables: monthly income ($p = 0.0377$), education ($p = 0.5011$), family history ($p = 0.6309$), time since diagnosis ($p = 0.1317$) or the fact consume no alcohol or smoking ($p = 0.1508$), comorbidity ($p = 0.3460$), age ($p = 0.1253$) and BMI ($p = 0.5829$). **Conclusion:** We found that patients who presented alone variables: female gender, uncontrolled blood pressure and non-adherence to treatment showed lower level of quality of life.

Keywords: Primary Care Center, high blood pressure, quality of life and blood pressure.

RESUMÉN

Objetivo: Evaluar la calidad de vida de los pacientes hipertensos inscritos en la Estrategia Salud de la Familia. **Método:** Centro Analítico. La recolección de datos se realizó mediante el uso de dos cuestionarios, uno es el MINICHAL-Brasil, y el otro sobre los aspectos clínicos y socioeconómicos del paciente. **Resultados:** La mayoría de los pacientes eran mujeres, mayores de 40 años, que ganan hasta tres salarios mínimos y el nivel de la escuela primaria y secundaria. De los encuestados, el 62,50% tenía la presión arterial normal y 83,00% reportó correctamente después del tratamiento. En comorbilidades fueron la dislipemia (35,10%), sobrepeso (47,00%), obesidad (28,19%) y la diabetes (22,52%), y 74,34% informó de una historia familiar de enfermedad cardiovascular. Se observó que el sexo, la presión arterial y el tratamiento correcto mostraron influye en la calidad de

vida de los pacientes hipertensos ($p < 0,05$). Por el contrario, no se observó una asociación con variables de calidad de vida: el ingreso mensual ($p = 0,0377$), la educación ($p = 0,5011$), antecedentes familiares ($p = 0,6309$), el tiempo transcurrido desde el diagnóstico ($p = 0,1317$) o el hecho de consumir no alcohol o fumar ($p = 0,1508$), comorbilidad ($p = 0,3460$), edad ($p = 0,1253$) y el IMC ($p = 0,5829$). **Conclusión:** Se encontró que los pacientes que presentaban solo las variables: sexo femenino, hipertensión arterial no controlada y no-adherencia al tratamiento mostraron menor nivel de calidad de vida.

Descriptores: Estrategia de Salud Familiar, hipertensión, calidad de vida, la presión arterial.

INTRODUÇÃO

A maior longevidade da população associada às mudanças no estilo de vida tem contribuído para o aumento na ocorrência das doenças e agravos não transmissíveis¹. As informações de qualidade de vida passaram a ser incluídas como indicadores para avaliação da eficácia, eficiência e impacto de tratamentos para diversos grupos de agravos, bem como na comparação entre procedimentos para o controle do problema de saúde².

A qualidade de vida tem sido avaliada por diversos instrumentos dentre eles destacam-se dois grupos: genéricos e específicos. Os genéricos são utilizados para a população em geral, com aplicação de questionários de base populacional sem especificar enfermidades, apropriado para estudos epidemiológicos, planejamento e avaliação do sistema de saúde³. Os específicos são utilizados para avaliar de forma individual e específica, determinados aspectos da qualidade de vida. Sua principal característica é a sensibilidade de avaliar as alterações, em decorrência da história natural ou após determinada intervenção³. Dentre esses instrumentos, o questionário MINICHAL – Brasil permite uma medida comum de investigação de pacientes hipertensos em diferentes contextos, o que possibilita comparações, com menor gasto de tempo e recursos financeiros⁴.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS), por não apresentar cura, exige tratamento adequado e contínuo para a vida inteira, evitando a redução na incidência ou retardo na ocorrência de complicações cardiovasculares e a melhoria da qualidade de vida do paciente⁵. Apesar da grande variedade e disponibilidade dos agentes anti-hipertensivos disponíveis para o tratamento da HAS, menos de 1/3 dos pacientes hipertensos adultos tem a sua pressão adequadamente controlada⁶. A não aderência ao tratamento constitui um sério problema e deve ser entendida como um dos

principais obstáculos para o sucesso do tratamento da HAS⁶, além de interferir na qualidade de vida desses pacientes⁷.

O presente estudo tem como objetivo avaliar em hipertensos aspectos da qualidade de vida, pela aplicação do questionário MINICHAL – Brasil, por meio de suas questões com enfoque no estado mental, manifestações somáticas e na percepção do paciente sobre como a hipertensão e o tratamento têm influenciado na sua qualidade de vida.

MÉTODOS

A presente pesquisa fez parte das ações do grupo de um Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde da Universidade Federal do Pará/Ananindeua (PET-Saúde UFPA/Ananindeua). Estudo de natureza descritivo, transversal e analítico que foi realizado na Estratégia Saúde da Família (ESF) Seringal, Ananindeua, Estado do Pará. Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: ser cadastrado na ESF Seringal, ser portador de hipertensão arterial sistêmica; fazer uso de medicamento anti-hipertensivo; aceitar participar da pesquisa como regulamenta a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Os critérios de exclusão adotados foram mulheres portadoras de doença hipertensiva específica de gestação; pacientes diagnosticados com doença de caráter mental, acamados e cadeirantes.

Dessa forma, os pacientes incluídos na pesquisa participaram de uma entrevista estruturada realizada por alunos do curso de Medicina e Nutrição da Universidade Federal do Pará, todos estagiários do grupo PET-Saúde UFPA/Ananindeua, no período de novembro e dezembro de 2011 e janeiro de 2012. Os questionários foram aplicados durante visitas domiciliares juntos aos agentes comunitários de saúde. Os pacientes que aceitaram participar da pesquisa realizaram a leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

A entrevista foi dividida em duas etapas. Em uma delas, foi aplicado um questionário socioeconômico, com informações como idade, estado civil, escolaridade, tempo de diagnóstico de HAS e hábitos de vida, além de questões relacionadas ao perfil clínico do paciente como Índice de Massa Corporal (IMC), presença de comorbidades, níveis pressóricos e fatores de risco cardiovascular. Para o cálculo do IMC foi considerado peso dividido pela altura ao quadrado⁸.

A aferição da pressão foi realizada conforme as recomendações da V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. As medidas de pressão arterial foram obtidas em ambos os membros superiores e, em caso de diferença, o braço com o maior valor de pressão foi utilizado nas aferições

para o estudo. Foram realizadas pelo menos três medidas, com intervalo de um minuto entre elas, sendo a média das duas últimas considerada a pressão arterial do indivíduo⁹.

Para correlacionar o controle pressórico e o nível de qualidade de vida, o controle do nível pressórico foi classificado de acordo com a V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Foram considerados hipertensos controlados os pacientes que apresentaram valores inferiores a 140 mmHg para a Pressão Arterial Sistólica (PAS) e 90 mmHg para a Pressão Arterial Diastólica (PAD); e hipertensos não controlados aqueles com valores superiores a 140 mmHg para a PAS e 90 mmHg para a PAD⁹.

O segundo questionário aplicado consistia no questionário de qualidade de vida em hipertensão arterial MINICHAL-BRASIL. O MINICHAL contém 16 questões de múltipla escolha organizadas em: estado mental (10 questões), manifestações somáticas (6 questões), e uma questão para verificar como o paciente avalia que a hipertensão e o tratamento influenciam na sua qualidade de vida. O paciente deveria responder às questões tendo como referência os últimos sete dias⁴.

O MINICHAL tem sua versão original em espanhol e português apresentando aspectos de confiabilidade e validade adequada para sua utilização como instrumento de medida da qualidade de vida em pacientes adultos com hipertensão. Esse instrumento pode ser utilizado tanto em estudos de base populacional como em ensaios clínicos, a fim de avaliar a qualidade de vida dos pacientes hipertensos⁴.

As respostas dos domínios estavam distribuídas em uma escala de frequência do tipo Likert com quatro opções de respostas de 0 (Não, absolutamente) a 3 (Sim, muito). A pontuação máxima para o estado mental era de 30 pontos, e para as manifestações somáticas de 18 pontos. Nessa escala, quanto mais próximo de 0 estava o resultado, considerando o conjunto das questões, melhor a qualidade de vida. A questão 17, que avaliava a percepção geral de saúde do paciente, foi pontuada na mesma escala Likert, porém não se incluiu em nenhum dos dois domínios⁴.

Todas as análises estatísticas foram realizadas utilizando-se o pacote estatístico BioEstat 3.5.1. Foi realizado o teste ANOVA para inferir se o nível de qualidade de vida apresentava diferenças nas diferentes categorias de controle pressórico. Para testar se havia associação entre o IMC e o nível de qualidade de vida dos pacientes foi realizado a Correlação de Pearson. Da mesma forma, foi avaliada se existia associação entre: o tempo de tratamento anti-hipertensivo, nível de escolaridade, renda familiar, diferentes tipos de hábitos de vida, comportamento frente à farmacoterapia, diferentes perfis clínicos e o nível de qualidade de vida dos pacientes. A existência de diferença no nível de qualidade de vida entre os gêneros foi analisada por meio do Coeficiente de Spearman. O nível de significância foi considerado $p \leq 0,05$.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, sob nº parecer 179/11 CEP-ICS/UFPA.

RESULTADOS

Foram entrevistados 152 pacientes, sendo 64,47% mulheres e 35,53% homens. A maioria da amostra pertenceu aos grupos de faixa etária 40-59 anos (38,41%) e de 60-79 anos (49,01%), com renda de até três salários mínimos (77,63%), e formação escolar de nível fundamental (46,00%) e médio (42,67%). A Tabela 1 demonstra o perfil detalhado dos pacientes entrevistados. Do total de entrevistados, 74,34% apresentou história familiar de doença cardiovascular (Tabela 2). A presença de história familiar não teve influencia no nível de qualidade de vida dos pacientes hipertensos ($p=0,6309$).

Tabela 1. Dados gerais da amostra

	Pacientes (N=152)	Frequência relativa (%)	
Faixa etária (anos)	20-39	4	2,65
	40-59	58	38,41
	60-79	74	49,01
	Mais de 80	15	9,93
Gênero	Masculino	54	35,53
	Feminino	98	64,47
Renda	Sem renda	22	14,47
	Até 1 salário	70	46,05
	Até 3 salários	48	31,58
	Até 4 salários	5	3,29
	> 4 salários	7	4,61
Escolaridade	Analfabeto	5	3,33
	Nível Fundamental	69	46,00
	Nível Médio	64	42,67
	Nível Superior	12	8,00

Os pacientes relataram apresentar diferentes comorbidades, das quais, as mais comuns foram dislipidemia (35,10%), obesidade (28,19%) e diabetes (22,52%). A Tabela 2 mostra a ocorrência detalhada das comorbidades relatadas pelos pacientes.

Tabela 2. Qualidade de vida e perfil clínico do paciente.

		Frequência absoluta (N)	Frequência relativa (%)	Média do Score MINICHAL	Desvio Padrão
Nível pressórico	Ótima	7	4,61	4,00	2,77
	Normal	55	36,18	6,94	5,80
	Limítrofe	33	21,71	5,54	4,67
	Hipertensão Estágio 1	21	13,82	13,90	8,54
	Hipertensão Estágio 2	9	5,92	10,56	9,71
	Hipertensão Estágio 3	8	5,26	10,25	4,30
	Hipertensão Sistólica Isolada	19	12,50	11,21	8,30
Presença de histórico familiar de doença cardiovascular	Sim	113	74,34	8,57	7,90
	Não	39	25,66	7,92	6,78
Tempo de diagnóstico da hipertensão	Menos de 5 ano	52	35,62	7,9	7,56
	6 a 10	36	24,66	8,25	5,27
	11 a 20	37	25,34	6,32	3,26
	21 a 30	13	8,90	12	2,64
	mais de 30	8	5,48	12,5	3,07
Adesão ao tratamento	Segue o tratamento	126	82,89	7,67	6,28
	Não segue o tratamento	26	17,11	11,96	9,35
Estado nutricional segundo o IMC	Normopeso	36	24,16	9,17	8,38
	Sobrepeso	71	47,65	8,25	6,82
	Obesidade	36	24,16	7,61	6,65
	Obesidade Mórbida	6	4,03	10,17	5,27
Diabetes	Sim	34	22,52	8,09	6,20
	Não	117	77,48	8,45	7,32
Problema renal	Sim	7	4,67	6,57	5,00
	Não	143	95,33	8,50	7,17
Acidente vascular cerebral	Sim	15	10,00	6,14	4,32
	Não	135	90,00	8,62	7,30
Arritmia	Sim	24	15,89	8,58	6,49
	Não	127	84,11	8,33	7,20
Dislipidemia	Sim	53	35,10	8,24	7,60
	Não	98	64,90	8,54	6,80
Retinopatia	Sim	11	7,33	7,00	4,24
	Não	139	92,67	8,50	7,27
Depressão	Sim	14	9,27	10,71	5,34
	Não	137	90,73	8,13	7,19
Infarto	Sim	8	5,30	8,87	8,22

	Não	143	94,70	8,35	7,03
Insuficiência cardíaca congestiva	Sim	8	5,30	6,50	5,40
	Não	143	94,70	8,47	7,15
Obesidade	Sim	42	28,19	8,71	6,48
	Não	107	71,81	8,89	7,36

O teste ANOVA demonstrou que as comorbidades mencionadas nas entrevistas não tiveram influência sobre a qualidade de vida dos hipertensos (Tabela 3).

Tabela 3. Valor de *P* das Análises de Variância dos Scores MINICHAL relativos à presença ou ausência de comorbidades (n=151).

Comorbidades	P valor
Diabetes	0,7882
Problema renal	0,5087
AVC	0,1953
Arritmia	0,8675
Dislipidemia	0,8676
Retinopatia	0,5094
Depressão	0,1907
Infarto	0,8310
Insuficiência cardíaca Congestiva	0,5501

Foi verificado que, aproximadamente 83% dos pacientes seguiam corretamente o tratamento segundo a prescrição médica (Tabela 2). O fato de o paciente seguir ou não corretamente o tratamento teve influencia significativamente na qualidade de vida dos pacientes ($p < 0.01$), sendo que os pacientes que não seguiam o tratamento apresentavam, em geral, nível de qualidade de vida inferior.

Em relação aos níveis pressóricos, apenas 62,50% (n=95) estavam com a pressão arterial controlada de acordo com a classificação da Sociedade Brasileira de Hipertensão (Tabela 2). O nível pressórico apresentou influência significativa sobre a qualidade de vida ($p = 0,0001$),

apresentando pior nível de qualidade de vida (maiores valores do Score MINICHAL) os pacientes que estavam com níveis pressóricos acima do normal (Figura 1).

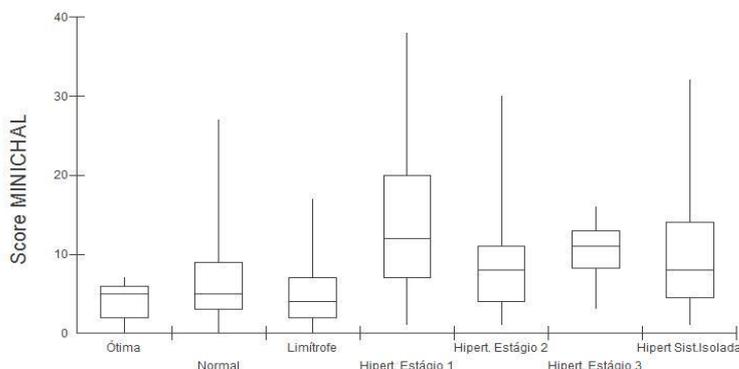


Figura 1. Box Plot do Score MINICHAL segundo o nível pressórico (n=152).

Do total dos pacientes entrevistados, 24,16% estavam com peso adequado de acordo com o seu IMC, quase metade dos pacientes apresentaram sobrepeso (47%), sendo o restante classificados como obesos (24% de obesos e 4,03% de obesos mórbidos) (Tabela 2). O teste de correlação de Pearson demonstrou que não houve uma correlação significativa entre o IMC e o nível de qualidade de vida ($p=0,5829$, r Pearson= $-0,0455$).

Verificou-se que 60,28% dos pacientes possuíam até 10 anos de tempo de diagnóstico, (Tabela 2). O Score MINICHAL apresentou uma tendência a aumentar com o tempo de diagnóstico (Tabela 1), o que pode ser comprovado pelo teste de correlação de Pearson, que, embora, não tenha demonstrado uma correlação significativa entre o tempo de diagnóstico e o nível de qualidade de vida ($p=0,1317$, r Pearson= $0,1317$) evidenciou uma correlação positiva fraca entre essas variáveis, isto é, quando maior o tempo de diagnóstico pior a qualidade de vida do paciente (Figura 2).

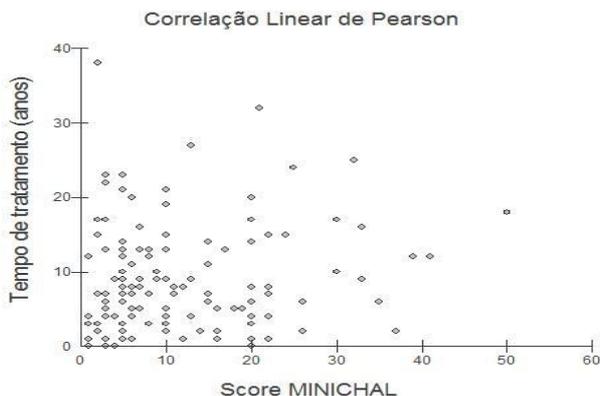


Figura 2. Correlação linear de Pearson entre o tempo de diagnóstico e o Score MINICHAL (n=146).

O sexo foi um fator que demonstrou influencia no nível de qualidade de vida dos pacientes ($p < 0,01$). As mulheres, em geral, apresentaram maiores valores de Score MINICHAL e, portanto, pior nível de qualidade de vida.

Algumas das variáveis que não influenciaram na qualidade de vida dos pacientes foram: a renda mensal ($p = 0,0377$), a escolaridade ($p = 0,5011$), o fato de consumir ou não bebida alcoólica ou fumo ($p = 0,1508$), o número de comorbidades presentes ($p = 0,3460$) e a faixa etária ($p = 0,1253$).

Dos pacientes entrevistados, 26 deles não apresentaram adesão correta ao tratamento, em 50% dos casos, alegaram ser o esquecimento o principal fator, seguido por não conseguirem inserir a medicação a sua rotina. Outros motivos de maior importância foram a interrupção do tratamento para o consumo de bebida alcoólica e o fato de o paciente só usar a medicação quando a pressão arterial estava elevada.

DISCUSSÃO

De acordo com nosso estudo, 64,47% dos hipertensos eram mulheres e estas apresentaram pior nível de qualidade de vida. Este dado está em convergência com a VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão¹⁰, que indica as mulheres como as mais prevalentes para hipertensão arterial. Baseado nisso, Hartmann et al¹¹ traçaram um perfil das mulheres hipertensas e mostraram que fatores como: idade, escolaridade, obesidade, diabetes e tabagismo são fatores relevantes e que podem prejudicar o bem-estar do sexo feminino.

Considerando as características avaliadas do ponto de vista nutricional, observou-se que a maior parte dos entrevistados apresentou estar acima do peso recomendado, 47,65% dos pacientes estavam com sobrepeso e 28,03% com obesidade. Para Molina et al¹², a hipertensão é comprovadamente agravada pelos quadros de sobrepeso e obesidade, que são condições que causam estresse, e funcionam como fatores concomitantes ao desenvolvimento de outras comorbidades como a dislipidemia, a aterosclerose e a diabetes. Ressalta-se a relevância do acompanhamento dietoterápico entre esses pacientes a fim de orientá-los quanto à reeducação dos hábitos alimentares e a promoção da alimentação saudável.

Segundo Miranzi et al¹³, os fatores psicológicos, físicos, sociais e ambientais representaram uma percepção positiva para a qualidade de vida dos pacientes hipertensos.

Em relação à história familiar de doenças cardiovascular, 74,34% dos entrevistados afirmaram ter esse antecedente. Da forma semelhante, Rocha et al¹⁴, demonstrou que 69,20% dos

seus pacientes hipertensos possuíam antecedentes familiares para HAS, a qual determina fortemente as demais doenças cardiovasculares de maior impacto na saúde, como a insuficiência cardíaca, o acidente vascular cerebral e as hemorragias intraparenquimatosas¹⁵. Barreto-Filho e Krieger¹⁶ discutiram diversas evidências do papel da herança genética na gênese da hipertensão arterial, na gênese das lesões de órgãos e na variabilidade da resposta terapêutica.

Observou-se que 62,5% dos pacientes apresentaram-se pressão arterial controlada por seguirem corretamente o tratamento (82,89%), o que está relacionado a uma melhor qualidade de vida. Segundo a VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial¹⁰, a adesão ao tratamento não é tarefa fácil por motivos diversos, entre os quais: baixo nível sócio econômico, relacionamento afastado com a equipe de saúde, custo elevado dos medicamentos e efeitos colaterais indesejáveis, prejudicam a qualidade de vida do paciente. Vale ressaltar que a política do Ministério da Saúde em ofertar remédios gratuitos com receita médica para hipertensão, a partir de 14 de fevereiro de 2011, vem contribuindo positivamente para o tratamento desta patologia.

A influência das comorbidades sobre o nível de qualidade de vida não apresentou relação neste estudo, devido, possivelmente, a maioria dos entrevistados ser hipertensa há pelo menos 10 anos e seguir o tratamento corretamente. Segundo a VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial¹⁰, problemas renais, diabetes e retinopatia hipertensiva podem ser complicações secundárias à HAS, que evoluem após mais de 10 anos de doença sem diagnóstico. Tal afirmação está em concordância com os dados encontrados neste estudo.

O maior motivo de não adesão ao tratamento foi o esquecimento (51,52%). Para algumas pessoas é difícil habituar-se aos remédios no dia a dia, principalmente para os homens, que muitas das vezes são lembrados de tomar o remédio pela esposa ou parentes próximos. Este resultado diverge dos encontrados por Jesus et al¹⁷, já que estes entrevistaram 511 pacientes e destes, em uma escala variando em: nunca, raramente e sempre; 63,20% relataram nunca se esquecerem de tomar os remédios.

Vale ressaltar que o acompanhamento dos pacientes hipertensos por uma equipe multidisciplinar e a conscientização dos mesmos por uma mudança de estilo de vida é fundamental. Tais ações contribuem para uma melhor qualidade de vida, na busca da promoção da saúde e minimização/monitoramento da evolução do quadro clínico da doença.

CONCLUSÃO

As comorbidades mais frequentes entre os pacientes hipertensos estudados foram dislipidemia, excesso de peso e diabetes. Foi observada associação significativa entre a qualidade de vida e as

variáveis: sexo, pressão arterial e tratamento correto. Por outro lado, as variáveis: renda mensal, escolaridade, história familiar, tempo de diagnóstico, tabagismo, etilismo, comorbidades, faixa etária e IMC não apresentaram relação significativa com a qualidade de vida. Observou-se que os pacientes que apresentaram, isoladamente, as variáveis: gênero feminino, níveis pressóricos não controlados e não adesão ao tratamento apresentaram nível inferior de qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Minayo MCS, Hartz, ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva* 2000; 5(1): 7-18.
2. Morris J, Perez D, Mcnoc B. The use of quality of life data in clinical practice. *Qual Life Res* 1998; 7: 85-91.
3. Campos MO, Neto JFR. Qualidade de vida: Um instrumento para promoção de saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública* 2008; 32(2): 232-240.
4. Schulz RB, Rossignoli P, Correr CJ, Fernández-Llimós F, De Toni PM. Validação do Mini-Questionário de Qualidade de Vida em Hipertensão Arterial (MINICHAL) para o Português (Brasil). *Arq Bras Cardiol* 2008; 90(2):139-144.
5. Pires CJS, Mussi FC. Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial. *Ciência & Saúde Coletiva* 2008; 13(2):2257-2267.
6. Andrade JP, Vilas-Boas F, Chagas H, Andrade M. Aspectos Epidemiológicos da Aderência ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica. *Arq Bras Cardiol* 2002; 79(4):375- 379.
7. Cavalcante MA, Bombig MTN, Luna Filho B, Carvalho ACC, De Paola AAV, Póvoa R. Qualidade de Vida de Pacientes Hipertensos em Tratamento Ambulatorial. *Arq Bras Cardiol* 2007; 89(4):245-250.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica. Prevenção Clínica de Doença Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal Crônica. Brasília: MS, 2006. p. 16-18.
9. Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol* 2007; 89(3): 24-79.
10. Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol*. 2010; 95(1): 1-51.
11. Hartmann M, Dias-da-Costa JS, Olinto MTA, Pattussi MP, Tramontini A. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados: um estudo de base populacional em mulheres no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2007; 23(8):1857-1866.

12. Molina MCB, Cunha RDeS, Herkenhoff LF, Mill JG. Hipertensão arterial e o consumo de sal em população urbana. Revista de Saúde Pública, 2003. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/v37n6/18017.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2011.
13. Miranzi SSC, Ferreira FS, Iwamoto HH, Pereira GA, Miranzi MAS. Qualidade de vida de indivíduos com *diabetes mellitus* e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 672-679.
14. Rocha R, Porto M, Morelli MYG, Maestá N, Waib PH, Burini RC. Efeito de estresse ambiental sobre a pressão arterial de trabalhadores. Rev. Saúde Pública 2002 Oct; 36 (5):568-575.
15. Gus I, Zielinsky P. As Cardiopatias no Brasil. In: Ferreira C; Póvoa R. Cardiologia para o Clínico Geral. Rio de Janeiro: Atheneu, 1999: 31-43.
16. Barreto-Filho JAS, Krieger JE. Genética e hipertensão arterial: conhecimento aplicado à prática clínica? Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo 2003; 13(1):46-55.
17. Jesus ES, Augusto MAO, Gusmão J, Júnior DM, Ortega K, Pierin AMG Perfil de um grupo de hipertensos: aspectos biossociais, conhecimentos e adesão ao tratamento. Acta Paul Enferm 2008;21(1):59-65.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2012-10-30

Last received: 2012-12-31

Accepted: 2013-01-24

Publishing: 2013-01-31

Corresponding Address

Claudia Daniele Tavares Dutra

cdani@ufpa.br