



ORIGINAL / ORIGINAL / ORIGINAL

Quality of life of people with arterial hypertension

Qualidade de vida de pessoas com hipertensão arterial*
Calidad de vida de las personas con hipertensión

Denize Evanne Lima Damascena¹, Laila Caroline Leme da Silva², Luisa Helena de Oliveira Lima³, Ana Larissa Gomes Machado⁴, Jaciane Santos Marques⁵, Ana Roberta Vilarouca da Silva⁶

ABSTRACT

Objective: To analyze the quality of life of patients with hypertension attended at a public health service. **Methodology:** The study was conducted in three basic health units in the city of Teresina-Piauí. The population consisted of all patients diagnosed with hypertension, in which a sample of 322 patients was obtained. The collection took place from April to June 2018, using three instruments, the Mini-Questionnaire on Quality of Life in Hypertension, the World Health Organization Quality of Life-Bref and a socioeconomic form. **Results:** The data showed that 62.4% were women, 48.1% aged 40 to 59 years, 53.7% with incomplete elementary school. It was observed that the cardiovascular risk factor diabetes mellitus prevailed in the sample with 39.4%. For Minichal, the mental state domain presented better average and for Whoqol-Bref the psychological domain obtained better average, indicating better quality of life for these domains. **Conclusion:** The findings of this study show that the sample studied showed high levels of quality of life for both instruments.

Keywords: Quality of life. Systemic arterial hypertension. Primary Health Care.

RESUMO

Objetivo: Analisar a qualidade de vida dos pacientes com hipertensão arterial atendidos em um serviço público de saúde. **Metodologia:** estudo transversal analítico realizado com três unidades básicas de saúde na cidade de Teresina-Piauí. A população foi constituída por todos os pacientes com diagnóstico de hipertensão arterial, na qual obteve-se uma amostra de 322 pacientes. A coleta ocorreu nos meses de abril a junho de 2018, com o uso de três instrumentos, o Mini-Questionário de Qualidade de Vida em Hipertensão Arterial (Minichal), o World Health Organization Quality of Life-Bref (Whoqol-Bref) e um formulário socioeconômico. **Resultados:** Os dados mostraram que 62,4% eram mulheres, 48,1% com idade entre 40 a 59 anos, 53,7% com ensino fundamental incompleto. Observa-se que o fator de risco cardiovascular diabetes mellitus prevaleceu na amostra com 39,4%. Para o Minichal, o domínio estado mental apresentou melhor média e para o *Whoqol-Bref* o domínio psicológico obteve melhor média, indicando melhor qualidade de vida para estes domínios. **Conclusão:** Os achados deste estudo mostram que a amostra estudada apresentou índices altos de qualidade de vida para os dois instrumentos.

Descritores: Qualidade de vida. Hipertensão Arterial Sistêmica. Atenção Primária à Saúde.

RESUMÉN

Objetivo: analizar la calidad de vida de pacientes con hipertensión atendidos en un servicio de salud pública. **Metodología:** El estudio se realizó en tres unidades básicas de salud en la ciudad de Teresina-Piauí. La población estaba compuesta por todos los pacientes diagnosticados con hipertensión, en los que se obtuvo una muestra de 322 pacientes. La colección se realizó de abril a junio de 2018, utilizando tres instrumentos, el Mini-Cuestionario sobre calidad de vida en hipertensión, la calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud y una forma socioeconómica. **Resultados:** Los datos mostraron que 62.4% eran mujeres, 48.1% de 40 a 59 años, 53.7% con escuela primaria incompleta. Se observó que el factor de riesgo cardiovascular diabetes mellitus prevaleció en la muestra con 39.4%. Para Minichal, el dominio del estado mental presentó mejor promedio y para Whoqol-Bref el dominio psicológico obtuvo un mejor promedio, lo que indica una mejor calidad de vida para estos dominios. **Conclusión:** Los resultados de este estudio muestran que la muestra estudiada mostró altos niveles de calidad de vida para ambos instrumentos.

Descritores: Calidad de vida. Hipertensión arterial sistémica. Atención primaria de salud.

¹ Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: deniseevanne@hotmail.com

² Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: laila.carollyne@gmail.com

³ Enfermeira. Doutora pela Universidade Federal do Ceará. Docente da Universidade Federal do Piauí. Picos, Piauí, Brasil. E-mail: luisahelena_lima@yahoo.com.br

⁴ Enfermeira. Doutora pela Universidade Federal do Ceará. Docente da Universidade Federal do Piauí. Picos, Piauí, Brasil. E-mail: analarissa2001@yahoo.com.br

⁵ Enfermeira. Pós-graduanda no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade pela Universidade Estadual do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: jacianasantosmarques@hotmail.com

⁶ Enfermeira. Doutora pela Universidade Federal do Ceará. Docente da Universidade Federal do Piauí. Picos, Piauí, Brasil. E-mail: robertavilarouca@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O crescimento acelerado das doenças crônicas não transmissíveis em todos os continentes, constitui um grande desafio tanto para a humanidade, como para a saúde pública. Esse fenômeno exige mudanças nas práticas de saúde realizadas pelos profissionais, que vise uma nova abordagem e um acompanhamento diferenciado, de modo que ultrapasse o modelo biologicista, o qual não tem se mostrado suficiente para atender às demandas da população que são atingidas por essas doenças⁽¹⁾.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica não transmissível que incide predominantemente entre a população idosa, e constitui uma condição de curso assintomático que necessita de uma organização diferenciada frente a gerência do cuidado⁽²⁾.

A HAS é definida como a pressão arterial elevada e sustentada, com pressão arterial sistólica maior ou igual 140 mmHg e pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em pessoas que não estão fazendo uso de medicamentos da classe dos anti-hipertensivos. Encontra-se associada geralmente a alterações funcionais e estruturais de órgãos alvos e caracterizada por uma clínica multifatorial⁽³⁾.

Diante dos diversos fatores envolvidos no processo de adoecimento por HAS, faz-se necessário a educação em saúde para o autocuidado, de modo que proporcione à adesão de práticas e hábitos saudáveis que reduzam a ocorrência de complicações e assegurem uma melhor qualidade de vida e saúde das pessoas hipertensas⁽⁴⁾.

O conceito do termo qualidade de vida envolve diversos âmbitos para analisar os aspectos abrangentes tanto para o indivíduo como para a coletividade. Sua definição causa controvérsias entre diversos estudiosos devido ao conceito abrangente do termo⁽⁵⁾.

Diante disso, este estudo teve como objetivo analisar a qualidade de vida das pessoas com hipertensão arterial sistêmica atendidos em um serviço público de saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal analítico, realizado com pessoas hipertensas em três Unidades Básicas de Saúde na cidade de Teresina-PI.

Foram selecionadas de forma aleatória, através de sorteio manual as Unidades Básicas de Saúde por cada zona, sendo que na cidade do presente estudo as UBS's encontram-se distribuídas em três zonas (norte, sul e leste-sudeste) e, posteriormente, os pacientes foram selecionados por conveniência até que se completasse o tamanho exigido para a amostra de acordo com a estratificação para cada zona. Consideraram-se os seguintes critérios de inclusão: possuir o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, estar em acompanhamento nas Unidades Básicas de Saúde, maiores de 18 anos. Foram excluídos os pacientes impossibilitados de responderem ao questionário por condições clínicas

(físicas e psicológicas). Os dados foram coletados nos meses de abril a junho de 2018.

Com relação ao tamanho da amostra estudada, foram considerados os estudos publicados sobre a prevalência da hipertensão arterial, os quais apresentam prevalência em torno de 21,4%⁽⁶⁾.

Assim, tomando-se uma prevalência presumida de 21,4%, um erro tolerável de amostragem de 5%, um nível de confiança de 95%, uma população de 26.031 pacientes, supondo-se uma amostra probabilística estratificada. Esses parâmetros podem ser aplicados na fórmula a seguir para obtenção do número mínimo de unidades a serem amostradas.

$$n = \frac{N \cdot z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{(N - 1) \cdot e^2 + z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}$$

Onde:

n: é o tamanho da amostra

z: é o quantil da distribuição normal associado ao nível de confiança

p: é a prevalência presumida

e: é o erro máximo tolerável

N: é o tamanho da população

Assim,

$$n = \frac{26031 \cdot 1,96^2 \cdot 0,214 \cdot (1 - 0,214)}{(26031 - 1) \cdot 0,05^2 + 1,96^2 \cdot 0,214 \cdot (1 - 0,214)} = 257$$

Com ajuste de 20% para ocorrência de possíveis perdas e não aceitação em participar da pesquisa, o tamanho final da amostra foi de 322 pacientes.

Os dados foram coletados através do uso de três instrumentos: formulário para obtenção de dados sociodemográficos e clínicos dos pacientes, do Mini-Questionário de Qualidade de Vida em Hipertensão Arterial (Minichal-Brasil) e World Health Organization Quality of Life-Bref (Whoqol-bref). O formulário para obtenção de dados sociodemográficos e clínicos dos pacientes contendo as seguintes variáveis: idade, sexo, nível de escolaridade, renda mensal, cor da pele, profissão, situação conjugal, naturalidade, religião, tempo de diagnóstico, condições clínicas e medicamentos em uso.

O Minichal-Brasil composto por 17 questões, distribuídas em 2 domínios (Estado Mental e Manifestações Somáticas), o domínio Estado Mental corresponde às questões de 1 a 9 (pontuação máxima de 27 pontos) e o domínio Manifestações Somáticas às questões de 10 a 16 (pontuação máxima de 21 pontos), a resposta dos domínios é obtida através da escala de Likert com 4 opções de respostas (0 a 3), sendo este instrumento validado pelos autores Renata Berberi Schulz, Paula Rossignoli, Cassiano J. Correr; Fernando Fernández-Llimós; Plínio Marco de Toni.

Nessa escala, quanto mais próximo de zero estiver o resultado, considerando o conjunto de questões, melhor a qualidade de vida. No entanto, para a análise da qualidade de vida, levando em consideração os domínios do instrumento, os escores foram convertidos para uma escala de 0 a 100, visto que o instrumento World Health Organization Quality of Life-Bref é analisado desta forma, método recomendado pelos autores do instrumento.

Considerando as questões do domínio estado mental (1 a 9), com variação de 0 a 27 pontos, para

transformar os escores para a escala com variação de 0 a 100, foi multiplicado cada um deles por (100/27) no domínio estado mental. Para converter a escala do MINICHAL de forma que os valores mais altos representassem uma melhor qualidade de vida, foi subtraído de 100 cada novo escore formado (100 - novo escore). Foi usado o mesmo raciocínio para o cálculo dos escores referentes ao domínio manifestações somáticas, a única diferença é que o denominador foi 21 (100/21).

O World Health Organization Quality of Life-Bref é formado por 26 questões, com 24 facetas, distribuídas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, suas respostas são obtidas através do uso da escala de Likert (as respostas variam de 1 a 5, quanto maior a pontuação, melhor a qualidade de vida). Neste instrumento, o resultado é avaliado em uma escala de 0 a 100, onde o escore zero indica o pior nível e 100 o melhor nível de qualidade de vida.

Para a análise estatística foi realizado primeiro o teste de normalidade para verificar se os dados da amostra eram aproximadamente normais para se decidir pelo uso do teste paramétrico ou não paramétrico, onde foi feito o teste de Kolmogorov-Smirnov para uma amostra > 50. Para análise das variáveis qualitativas foram utilizadas medidas de frequências absolutas e percentuais e, para as variáveis quantitativas as medidas de tendência central (média e mediana) e dispersão (desvio padrão, mínima e máxima).

Para analisar a associação entre o perfil sociodemográfico e clínico com os instrumentos de Qualidade de vida foram utilizados os testes não paramétricos U de Mann Whitney e Kruskal wallis, onde foram considerados um intervalo de confiança de 95% e um nível de significância de 5% ($p < 0,005$).

A pesquisa realizada atendeu aos aspectos éticos preconizados pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi encaminhado tanto à Comissão de Ética da Fundação Municipal de Saúde de Teresina-PI, bem como ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, aprovado com o CAAE: 80768817600008057.

RESULTADOS

Dos participantes, 62,4% eram do sexo feminino. 48,1% se encontravam com a idade entre 40 a 59 anos, 53,7% afirmaram ter ensino fundamental incompleto. Os casados representaram 69,6%. 75,8% com renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos, 40,7% eram aposentados (Tabela 1).

Observa-se que 98,1% revelaram uso de medicamentos. Com relação ao tempo de diagnóstico da doença, 62% dos participantes relataram ter o diagnóstico entre 1 a 4 anos. 63,2% dos pacientes relataram não realizar atividades físicas (Tabela 2).

Hipertensos do sexo masculino apresentaram médias de qualidade de vida maiores para o domínio estado mental ($9,9 \pm 13,8$). Os hipertensos que afirmaram não ser alfabetizados apresentaram médias maiores ($14,5$; $DP=17,4$). Hipertensos na condição de viúvos apresentaram maiores médias

($12,7$; $DP=11,5$), quando comparados às demais situações conjugais. No tocante à idade, a faixa etária com maior média foi os hipertensos com idade de 80 a mais ($21,9$; $DP=13,9$) (Tabela 3).

Em relação ao domínio 2 (Manifestações somáticas), os resultados mostraram que hipertensos do sexo masculino apresentaram maiores médias para o domínio manifestações somáticas ($9,7$; $DP=11,2$) quando comparados aos do sexo feminino. Os hipertensos não alfabetizados apresentaram maior média ($14,1 \pm 11,8$) quando comparados aos demais grupos.

Na situação conjugal, os solteiros apresentaram maior média ($13,4$; $DP=17,4$) quando comparados aos demais grupos. Os hipertensos com faixa etária maior de 79 anos obtiveram a maior média (Tabela 3).

A associação entre as variáveis sociodemográficas e os domínios do WHOQOL-BREF mostrou-se estatisticamente significativa entre as variáveis escolaridade e todos os domínios do instrumento, sendo que para todos os domínios encontrou-se um valor de ($p=0,001$). A situação conjugal mostrou-se estatisticamente significativa para os domínios: físico ($p=0,001$), psicológico ($p=0,001$) e relações sociais ($p=0,001$). Renda familiar mostrou-se estatisticamente significativa para os domínios: psicológico ($p=0,001$) e meio ambiente ($p=0,001$). Hipertensos com ensino superior completo obtiveram maiores médias em todos os domínios.

No MINICHAL, o domínio com melhor pontuação foi o domínio estado mental $92,0$ ($DP=13,6$). Para WHOQOL-BREF, o domínio que apresentou maior escore foi no domínio "Psicológico" $75,5$ ($DP=15,1$), indicando assim melhor qualidade de vida para este domínio (Tabela 4).

DISCUSSÃO

Este estudo evidenciou a influência dos fatores sociodemográficos e clínicos na qualidade de vida das pessoas hipertensas, sendo a hipertensão prevalente entre as mulheres, com baixo nível de escolaridade e com sobreposição de outras doenças crônicas.

A predominância de mulheres com hipertensão é corroborada em estudo realizado em Curitiba, Paraná; onde 76,2% das pessoas atendidas no programa de hipertensão de 18 Unidades Básicas de saúde eram mulheres. Isso pode ser explicado talvez pelo fato das mulheres serem mais cuidadosas e atenciosas com relação aos assuntos ligados à saúde e portanto, buscarem o serviço de saúde com mais frequência que os homens⁽⁷⁾.

A predominância da faixa etária entre 40 a 59 anos também foi observada em estudo com hipertensos a respeito da versão brasileira do MINICHAL, obtendo-se média de idade de 57 anos ($11,3$ anos) dos participantes do estudo⁽⁸⁾.

O tempo de diagnóstico da doença entre os hipertensos foi de 1 a 4 anos. De modo semelhante, um estudo que buscou avaliar a qualidade de vida de idosas hipertensas na estratégia saúde da família em Recife, obteve resultados compatíveis com este estudo, com prevalência de (25,0%) da amostra com diagnóstico entre 1 a 5 anos⁽⁹⁾.

Tabela 1 - Distribuição de pacientes conforme o perfil sociodemográfico (n=322)

Variáveis	n (%)
Sexo	
Masculino	121(37,6)
Feminino	201(62,4)
Idade	
20 a 39	2 (0,6)
40 a 59	155(48,1)
60 a 79	152 (47,2)
80 a mais	13(4,0)
Escolaridade	
Não alfabetizado	42 (13)
Ensino fundamental incompleto	173 (53,7)
Ensino fundamental completo	62(19,3)
Ensino médio incompleto	18(5,6)
Ensino médio completo	19(5,9)
Ensino superior completo	8 (2,5)
Situação conjugal	
Solteiro	11 (3,5)
Casado	220(69,6)
Separado	26 (8,2)
Viúvo	36 (11,4)
União estável	23 (7,3)

Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados da pesquisa.

Tabela 2 - Distribuição de pacientes conforme o perfil clínico (n=322)

Variáveis	n(%)
Medicamentos em uso	
Não	6 (1,9)
Sim	315 (98,1)
Tempo de diagnóstico da doença (anos)	
1 a 4	189 (62,0)
5 a 8	107 (35,1)
9 a 12	8 (2,6)
> 12	1 (0,3)
Realiza alguma atividade física	
Não	203 (63,2)
Sim	118 (36,8)

Houve influência dos fatores sociodemográficos na qualidade de vida dos hipertensos para os dois domínios do MINICHAL. As variáveis sexo, escolaridade, situação conjugal e idade afetaram significativamente a qualidade de vida dos hipertensos.

Os participantes do sexo masculino possuíram maiores médias para o domínio estado mental e manifestações somáticas, indicando assim uma melhor avaliação da qualidade de vida para o sexo masculino. Um estudo que analisou os fatores relacionados a qualidade de vida de hipertensos por meio do MINICHAL identificou que as mulheres apresentaram uma menor qualidade de vida quando comparadas aos homens⁽¹⁰⁾.

Pessoas não alfabetizadas apresentaram maiores médias para os dois domínios do MINICHAL, demonstrando assim impacto negativo para a qualidade de vida, uma vez que o nível de instrução e a incorporação do ensino interfere nas percepções e práticas de autocuidado. Ademais de acordo com

outro estudo, este resultado sugere uma possível falha do serviço de saúde no ensino do autocuidado, indispensável para a ampliação do conhecimento sobre o processo saúde-doença, melhoria da autopercepção e das mudanças de hábitos⁽¹¹⁾.

Hipertensos na condição de viúvos apresentaram maiores médias com relação ao domínio estado mental. Estudo realizado em Montes Claros, Minas Gerais, com hipertensos atendidos na estratégia saúde da família, apontou que os hipertensos solteiros e divorciados apresentaram médias menores de qualidade de vida para o domínio I do MINICHAL Mini-Cuestionario de Calidad Vida em Hipertensión Arterial⁽¹²⁾.

As faixas etárias de idade maior de 80 anos obtiveram maior média tanto para o domínio I quanto para o domínio II. Em contrapartida, um estudo observou que indivíduos com mais de 80 anos de idade possuíam menores médias para o domínio I e II do Minichal, indicando assim uma QV insatisfatória. Esses resultados demonstram que com o aumento da

idade ocorreu uma piora da QV na população estudada⁽¹²⁾.

Tabela 3 - Diferenças de médias entre os fatores sociodemográficos e os escores de qualidade de vida, por domínios do Minichal para a amostra em estudo. Teresina-PI, 2018 (n=322).

Variáveis	Estado mental		Manifestações somáticas	
	Média± DP	p-valor	Média± DP	p-valor
Sexo				
Masculino	9,9±13,8	0,004*	9,7±11,2	0,027*
Feminino	6,8±13,4		7,4±10,3	
Escolaridade				
Não alfabetizado	14,5±17,4	<0,001	14,1±11,8	<0,001
Ensino fundamental incompleto	8,3±14,3		8,7±11,6	
Ensino fundamental completo	4,8±10,9		5,6±7,2	
Ensino médio incompleto	4,9±5,1		5,8±7,2	
Ensino médio completo	5,7±7,4		5,3±6,9	
Ensino superior completo	3,2±7,8		3±8,4	
Situação conjugal				
Solteiro	11,8±17,6	0,003	13,4±17,4	0,026
Casado	8,1±14,8		7,9±11,1	
Separado	4,1±6,6		7,2±8,2	
Viúvo	12,7±11,5		11,2±8,3	
união estável	2,6±3		5,2±7,2	
Idade				
20 a 39	3,7±5,2	<0,001	4,8±6,7	<0,001
40 a 59	5,9±12,7		6,1±10,1	
60 a 79	8,9±13,9		9,4±10,2	
80 a mais	21,9±13,9		21,2±12,8	

*Teste U de Mann Whitney Teste Kruskal Wallis

Tabela 4 - Medidas de tendência central e dispersão dos domínios do Minichal-Brasil e Whoqol-bref para a amostra em estudo (n=322)

Domínios	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Minichal				
Estado mental	92,0	13,6	4	100
Manifestações somáticas	91,7	10,7	33	100
Whoqol-bref				
Físico	72,7	18,3	7	100
Psicológico	75,7	15,1	8	100
Relações sociais	70,0	18,4	0	100
Meio ambiente	55,9	13,5	5	96,9

É possível verificar que hipertensos com tempo de diagnóstico na faixa de 9-12 anos obtiveram maiores médias tanto para o domínio I como para o domínio II. Resultados esses inversos aos achados em outra pesquisa, na qual não foram encontradas associações significativas entre os domínios do Mini-Questionário de Qualidade de Vida em Hipertensão Arterial e as variáveis clínicas analisadas no estudo⁽¹³⁾.

Os hipertensos que não realizavam atividade física apresentaram médias maiores para o domínio I e domínio II; demonstrando melhores valores de qualidade de vida para os dois domínios do MINICHAL.

Para os domínios do WHOQOL-BREF, também houve a influência dos fatores sociodemográficos (situação conjugal e idade) e clínicos (tempo de diagnóstico e prática de atividade física) na qualidade de vida dos hipertensos.

Os hipertensos com tempo de diagnóstico entre 1 a 4 anos apresentaram maiores médias para todos os domínios do instrumento. Um estudo realizado com hipertensos em uma unidade básica de saúde encontrou resultados divergentes com a presente pesquisa, obtendo-se assim a ausência de associação entre a variável tempo de diagnóstico e os domínios do instrumento utilizado⁽¹⁴⁾.

Através da comparação entre os domínios dos dois instrumentos utilizados, pode-se perceber que para o MINICHAL o domínio com melhor média foi o domínio estado mental, sendo assim questões que envolvem assuntos como: sono, relações sociais, sentimentos sobre a vida, dentre outras foram as que obtiveram melhores resultados. Resultado esse divergente a outro estudo, o qual utilizou o MINICHAL como instrumento de avaliação de QV, sendo encontrado a

melhor média para o domínio manifestações somáticas (4,35=3,79)⁽¹⁴⁾.

Com relação ao WHOQOL-BREF, o domínio psicológico, o qual retrata questões sobre sentimentos negativos, mau humor, desespero, dentre outras, foi o que apresentou maior média, indicando melhor qualidade de vida, divergindo assim com os achados de um estudo transversal, em que o domínio com melhor média foi o das relações sociais (75,0)⁽¹⁵⁾.

Os instrumentos utilizados nesse estudo estão inter-relacionados e são complementares, visto que o MINICHAL aborda poucos aspectos relacionados a qualidade de vida, tendo estrutura mais resumida, entretanto o WHOQOL-BREF.

CONCLUSÃO

Foi possível perceber que os hipertensos apresentaram um melhor índice de qualidade de vida para o domínio estado mental do instrumento MINICHAL, o qual aborda assuntos como: sono, relações sociais, tomada de decisões, pensamentos sobre a vida, dentre outras.

Para o instrumento WHOQOL-BREF, o domínio com melhor auto percepção de qualidade de vida foi o psicológico, domínio o qual aborda assuntos relacionados a concentração, percepções sobre a vida, sentindo a vida, dentre outras. Destaca-se que os domínios físico e das relações sociais também obtiveram valores de médias altas.

Sendo que o domínio mais afetado, com qualidade de vida insatisfatória foi o meio ambiente, o qual retrata questões que levam em consideração se o ambiente físico é saudável, bem como sobre a questão financeira.

Portanto, a qualidade de vida das pessoas com hipertensão deve ser considerada dentro do tratamento e acompanhamento dos casos pelos profissionais responsáveis pelo atendimento dessas pessoas, os quais devem buscar estratégias que visem à melhoria do atendimento e assistência às pessoas com hipertensão arterial sistêmica.

REFERÊNCIAS

1. Berrardinelli LMM, Guedes NAC, Clos AC, Ramos JP, Chaves ACDS, Vieira C. Production of Nursing Knowledge about empowerment in chronic health situations. *Rev Enferm. UFRJ* [internet]. 2015; 23(3): 413-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.16799>
2. Marin NS, Santos MFD, Moro AS. Perception of hypertensive patients about their non-adherence to the use of medication. *Rev Esc Enferm USP* [internet]. 2016; 50(n.esp):061-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000300009>
3. Weber MA, Schiffrin EL, White WB, Mann S, Lindholm LH, Kenerson JG, et al. Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community: a statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. *J Hypertens* [internet]. 2014; 32(1):3-15. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jch.12237>

4. Fontes FLL, Santana RS. Dificuldades de autocuidado em pacientes hipertensos de uma Estratégia de Saúde da Família. *Rev. Enferm. UFPI* [internet]. 2018; 7(2): 90-4. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/6834>
5. Hipólito MCV, Masson VA, Monteiro MI, Gutierrez GL. Qualidade de vida no trabalho: avaliação de estudos de intervenção. *Rev Bras Enferm.* [internet]. 2017; 70(1):189-97. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0069>
6. Andrade SSA, Stopa SR, Brito AS, Chueri PS, Szwarcwald CL, Malta DC. Prevalência de hipertensão autorreferida na população brasileira: análise da pesquisa nacional de saúde, 2013. *Rev Epidemiol Serv Saúde* [internet]. 2015; 24(2):297-304. Disponível em: <http://10.5123/S1679-49742015000200012>
7. Mantovani MF, Arthur JP, Mattei AT, Major CB, Ulbrich EM, Kalinke LP. Depression and quality of life in adults with hypertension. *Cogitare Enferm.* [internet]. 2017; 22(3):432-40. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i3.51630>
8. Soutello ALS, Rodrigues RCM, Jannuzzi FF, São-João TM, Martini GG, Junior WN, Gallani MCBJ. Quality of Life on Arterial Hypertension: Validity of Known Groups of MINICHAL. *Rev Arq Bras Cardiol* [Internet.]. 2015 [Cited jan 10. 2019]; 104(4): 299-307. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2015000400006
9. Vitorino GFA, Oliveira MI, Araújo HVS, Belo RMO, Figueirêdo TR, Bezerra SMMS. Health profile and quality of life of elderly with hypertension. *Rev Rene* [internet]. 2015; 16(6):900-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2015000600017>
10. Silva PCS, Fava SMCL, Machado JP, Bezerra SMM, Gonçalves MPT, Veiga EV. Factors associated with the health-related quality of life of people with systemic arterial hypertension. *Rev Enferm UFPE online* [internet]. 2015; 9(5):7924-35. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermage/article/view/10543>
11. Lopes MCL, Carreira I, Marcon SS, Souza AC, Waidmam MAP. O autocuidado em indivíduos com hipertensão arterial: um estudo bibliográfico. *Rev. Eletrônica de Enfermagem* [Internet]. 2008; 10 (1): 198-211. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/pdf/v10n1a18.pdf>
12. Andrade JMO, Rios LR, Teixeira LS, Vieira FS, Mendes DC, Vieira MA, Silveira MF. Influence of socioeconomic factors on the quality of life of hypertensive elderly people. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2014; 19(8):3497-504. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014198.19952013>
13. Cortês DCS, Arantes AA, Mendonça APP, Silva JS. Quality of life and hypertension. *Inter. J Cardiovasc.* 2016; 29(6):512-6. Disponível em: http://www.onlineijcs.org/sumario/29/pdf/en_v29n6a12.pdf
14. Nobre ALCSD, Caldeira AP, Junior HM, Costa SM. Qualidade de vida de hipertensos. *Rev Uni Vale Rio*

Verde [Internet]. 2017; 15(2):78-89. Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.5892/ruvrd.v15i2.3300>

15. Júnior EMM, Oliveira LMVD. Prevalência de hipertensão arterial e qualidade de vida de idosos. Rev Estud [Internet]. 2014 [Citado 2018 set. 23]; 41:255-273. Disponível em:
<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:yx5anPJQqrMJ:seer.pucgoias.edu.br/index.php/estudos/article/download/3821/2185+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>

16. Paiva MM, Dias FA, Molina NPFM, Tavares DMS. Impacto da Hipertensão Arterial na Qualidade de Vida de Idosos Residentes na zona Rural. Rev Enferm Atenç Saúde [Internet]. 2016 [citado 2019 jan. 3];5(1):12-22. Disponível em:
<http://seer.ufm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/viewFile/1397/pdf>.

Como citar este artigo:

Damacena DEL, Silva LCL, Lima LHO, Machado ALG, Marques JS, Silva ARV. Qualidade de vida de pessoas com hipertensão arterial. Rev. Enferm. UFPI [Internet]. 2020 [acesso em: dia mês abreviado ano];9:e9674. doi: <https://doi.org/10.26694/reufpi.v9i0.9674>



Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2019/11/06

Accepted: 2020/04/14

Publishing: 2020/07/16

Corresponding Address

Ana Roberta Vilarouca da Silva
Endereço: Rua Cícero Eduardo, 905. Junco.
CEP:64600-000
Telefone: (89)9972-8446
E-mail: robertavilarouca@yahoo.com.br
Universidade Federal do Piauí (UFPI)