



Artigo Original

Qualidade de vida em pacientes hipertensos em um município do interior do Nordeste brasileiro

Jessica Lays Ferreira Ribeiro¹, Beatriz Brito Ribeiro¹, Daniela Bassi-Dibai², Jussara Almeida de Oliveira Baggio¹

¹ Departamento de Medicina. Centro de Ciências Médicas e Enfermagem, Universidade Federal de Alagoas (UFAL), campus Arapiraca.

² Programa de Pós-Graduação em Gestão de Programas e Serviços de Saúde, Universidade CEUMA, São Luís, MA

<https://doi.org/10.28998/rpss.e02207008>

Recebido em: 17/03/2022

Aceito em: 17/03/2022

Disponível online: 29/04/2022

Autor Correspondente:

Jussara A. Oliveira Baggio

Email: jussara.baggio@arapiraca.ufal.br



RESUMO

A qualidade de vida e o nível de autocuidado de indivíduos hipertensos pode ser influenciada por diversos fatores. O conhecimento destes fatores no município de Arapiraca-AL pode auxiliar na implementação de políticas públicas direcionadas. Descrever a qualidade de vida e o nível de autocuidado dos pacientes com Hipertensão Arterial (HA) do município de Arapiraca, nos anos de 2019-2020. Estudo observacional transversal envolvendo 100 indivíduos com diagnóstico clínico de HA. A avaliação foi composta por uma ficha de avaliação de dados clínicos e pessoais e três questionários: Qualidade de vida em hipertensão arterial (MINICHAL-BRASIL), Perfil de autocuidado da hipertensão (PAC- HTN) e Questionário de percepção de hábitos saudáveis (QPHAS). A média de idade dos indivíduos avaliados foi de 64±11,52 anos, 74% do sexo feminino e 67% eram sedentários. A qualidade de vida dos entrevistados foi considerada satisfatória. A adesão ao tratamento não medicamentoso foi baixa, principalmente no que se refere a prática de atividade física, alimentação e monitorização da PA em casa. Os participantes apresentaram boa qualidade de vida, porém com baixa adesão à terapia não medicamentosa, interferindo no autocuidado desses pacientes.

Descritores: hipertensão arterial; autocuidado; qualidade de vida.

ABSTRACT

The quality of life and level of self-care of hypertensive individuals can be influenced by several factors. The knowledge of these factors in the city of Arapiraca-AL can help in the implementation of targeted public policies. To describe the quality of life and level of self-care of patients with Arterial Hypertension (AH) in the city of Arapiraca, from 2019 to 2020. Cross-sectional observational study involving 100 individuals with a clinical diagnosis of AH. The evaluation consisted of an evaluation form of clinical and personal data and three questionnaires: Quality of life in arterial hypertension (MINICHAL-BRASIL), Hypertension self-care profile (PAC-HTN) and Healthy Habits Perception Questionnaire (QPHAS). The mean age of the individuals evaluated was 64±11.52 years, 74% were female and 67% were sedentary. The interviewees' quality of life was considered satisfactory. Adherence to non-drug treatment was low, especially with regard to physical activity, food and BP monitoring at home. The participants had a good quality of life, but with low adherence to non-drug therapy, interfering with the self-care of these patients.

Descriptors: hypertension; self-care; quality of life.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) expressam um conjunto de enfermidades, de origem predominantemente não infecciosa, que apresentam um longo período de latência e curso clínico prolongado (1,2). Nesse grupo, estão as doenças cerebrovasculares, isquêmicas do coração e metabólicas. Anualmente, as DCNT são responsáveis pela morte de 41 milhões de pessoas, das quais 77% ocorrem em países de baixa e média renda (1). No Brasil, 54% dos óbitos ocorridos em 2019 foram causados por essas doenças (3).

Dentre as DCNT, a Hipertensão Arterial (HA) é a que possui maior relevância, devido a sua elevada prevalência na população e possíveis complicações decorrentes dela, como as cardiopatias e o acidente vascular cerebral (AVC) (4,5). Estima-se que cerca de 45% das mortes por cardiopatia e de 51% das mortes por AVC decorram da HA (4).

A HA é uma condição multifatorial, caracterizada por elevação persistente da pressão arterial (PA), ou seja, PA sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e/ou PA diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg (6,7). Valores de PA elevados têm sido associados à maior risco para cardiopatia isquêmica, acidente vascular encefálico (AVE) e mortalidade precoce (5-7).

O diagnóstico de HA ocasiona mudanças no cotidiano, impactando na qualidade de vida (6,8,9). Evidências demonstram que pacientes hipertensos possuem menor qualidade de vida em comparação à população normotensa (10,11). A importância de avaliá-la foi ressaltada a partir do aumento da sobrevida dos pacientes com DCNT, associado ao conceito de saúde, proposto pela Organização Mundial da Saúde, caracterizado pelo bem-estar físico, mental e social (6).

Nesse contexto, o paciente hipertenso precisa desenvolver consciência da importância do autocuidado para o controle da doença. Sabe-se que esse controle é dado pelo somatório de ações, como a terapia medicamentosa e não medicamentosa (12). No âmbito da saúde pública, é necessário que haja estudos que avaliem a qualidade de vida e autocuidado de pessoas hipertensas, além de compreender como o tratamento interfere nessas questões (8-10).

No município de Arapiraca, interior de Alagoas, não existe nenhum estudo que evidencie tais relações. Esse conhecimento local é fundamental para proporcionar aos gestores e aos profissionais de saúde um melhor conhecimento da região, facilitando o planejamento de estratégias de melhoria da qualidade de vida para os hipertensos do município. Dessa forma, este estudo objetivou descrever a qualidade de vida e o nível de autocuidado dos pacientes com HA do município de Arapiraca, Alagoas.

MÉTODOS

Desenho do estudo, população e período

Trata-se de um estudo observacional transversal, com abordagem quantitativa. Foram incluídos no estudo indivíduos cadastrados no programa HIPERDIA do município de Arapiraca-AL, e que realizavam acompanhamento em sete Unidades Básicas de Saúde (UBS), entre os meses de

outubro de 2019 a março de 2020.

Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão foram: maiores de 18 anos com diagnóstico de HA, de acordo com a Diretriz Brasileira de Hipertensão de 2020 (6). Os critérios de exclusão foram: pessoas que possuíam deficiência auditiva, cognitiva ou de comunicação que inviabilizavam a execução dos questionários. Todos os indivíduos que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Processo de recrutamento

A técnica de amostragem aleatória simples foi utilizada, sendo convidados a participar todos os que estivessem em acompanhamento em sete UBS do município de Arapiraca, Alagoas: Drº Daniel Houly, 3º Centro de Saúde, 4º Centro de Saúde, UBS do bairro Baixão, UBS do bairro Canafístula, UBS do bairro Zélia Barbosa Rocha e UBS do bairro Senador Arnon de Melo.

Variáveis de estudo

Foram analisadas as seguintes variáveis: idade, sexo, escolaridade, raça/cor, estado civil, prática de atividade física, tempo de diagnóstico da HA, peso e altura para o cálculo do índice de massa corpórea (IMC).

Em seguida, foram aplicados os seguintes questionários: 1) questionário de percepção de hábitos saudáveis (QPHAS), que tem por objetivo verificar a percepção dos pacientes em relação aos conceitos propostos na literatura no âmbito do controle de peso corporal, da alimentação saudável, e da prática de atividades físicas relacionadas à saúde (13). Possui 30 questões, com alternativas de resposta de 0 a 4 e pontuação máxima de 120 pontos. Quanto maior a pontuação maior a percepção de hábitos saudáveis (13). 2) Qualidade de vida em hipertensão arterial (MINICHAL-BRASIL). O MINICHAL-BRASIL está organizado em dois domínios: estado mental e manifestações somáticas, além de uma questão para verificar como o paciente avalia a forma que a hipertensão e seu tratamento têm influenciado em sua qualidade de vida (14,15).

As questões nele contidas se referem aos últimos sete dias. A escala de pontuação é do tipo likert com quatro possíveis respostas (0=não, absolutamente; 1=sim, um pouco; 2=sim, médio; 3=sim, muito). Os pontos variam de 0 (melhor nível de saúde) a 30 (pior nível de saúde) para a dimensão "estado mental", e para a dimensão "manifestações somáticas" variam de 0 (melhor nível de saúde) a 18 (pior nível de saúde) (14,15). 3) Perfil de autocuidado da hipertensão (PAC-HTN). Esse questionário está em processo de validação no Brasil e tem por objetivo a avaliação da percepção do paciente sobre as recomendações dadas aos hipertensos, divididas em três âmbitos: a frequência da prática, a importância de determinada recomendação, e a segurança dessa ação. O PAC-HTN contém 20 itens com cada questão apresentando 4 opções de resposta: nem um pouco = 1, às vezes = 2, frequentemente = 3 e sempre = 4. A pontuação total pode

variar de 20 a 80, onde a pontuação mais alta indica melhor prática de autocuidado (16).

Análise estatística

O processamento estatístico foi efetuado por meio do software SPSS versão 22.0. Para todas as análises, o nível de significância estipulado foi de 5% bicaudal. Foi realizada a análise descritiva dos dados, as variáveis quantitativas foram inferidas por meio de medidas de mediana e intervalo interquartil (IQR) e as variáveis categóricas foram analisadas por meio de frequências. A distribuição gaussiana foi avaliada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Uma vez não atendida, foi utilizado o teste não-paramétricos de Mann-Whitney para a comparação das escalas PAC-HTN, PQHAS e MINICHAL-BRASIL, entre os sexos e entre os grupos de pacientes sedentários e ativos fisicamente.

Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com parecer nº 96301118.0.0000.5084 e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Participaram do estudo 100 indivíduos, todos residentes do município de Arapiraca - AL, com mediana de idade de 64 anos (IQR 50-71 anos) sem diferença entre os sexos ($p=0,341$). Os participantes possuem mediana de 7,50 (IQR 3,7-7,5) ano anos de diagnóstico de HA.

Dos indivíduos estudados, observou-se predomínio do sexo feminino (74%), baixa escolaridade (74% possuíam até o ensino fundamental), raça parda (63%) e a maioria eram casados (67%). Somente um terço da amostra praticava algum tipo de atividade física (33%). A prevalência de obesidade foi de 34%, sendo a amostra como um todo classificada com sobrepeso (Mediana do IMC 28,5, IQR 25,3-31,1; sem diferença entre os sexos; $p=0,085$) (Tabela 1).

A média do QPHAS foi de $84,97 \pm 2,82$ pontos, sem diferenças entre os sexos. No MINICHAL - BRASIL, no domínio de estado mental, os entrevistados tiveram uma pontuação média de $6,43 \pm 4,81$ pontos, também se diferença entre os sexos ($p=0,052$). Já no domínio manifestações somáticas, média de $4,68 \pm 3,46$ pontos, sendo maior da população feminina ($p=0,037$).

O PAC-HTN, avalia questões específicas sobre a adesão ao tratamento medicamentoso. Quanto a frequência que esquecem de tomar a medicação para a HA: 53% referiram esquecer raramente ou nunca, 34% às vezes, 6% frequentemente e 7% sempre. Já no que concerne a importância em tomar a medicação para HA, 53% referiram ser importante, 42% muito importante e 5% um pouco importante.

Tabela 1 - Caracterização das variáveis sociodemográficas dos hipertensos incluídos no estudo. Arapiraca, Alagoas, Brasil. (n=100).

Variáveis demográficas	(n) %
Sexo	
Feminino	74 (74%)
Masculino	26 (26%)
Escolaridade	
Nível superior	14 (14%)
Ensino médio completo	11 (11%)
Ensino médio incompleto	1 (1%)
Ensino fundamental completo	12 (12%)
Ensino fundamental incompleto	37 (37%)
Analfabetos	25 (25%)
Raça	
Pardos	63 (63%)
Branco	30 (30%)
Negros	6 (6%)
Amarelo	1 (1%)
Estado Civil	
Solteiros	10 (10%)
Casados	67 (67%)
Divorciados	8 (8%)
Viúvos	15 (15%)
Prática de Exercício Físico	
Sim	33 (33%)
Não	67 (67%)
IMC	
Adequado (>18,5 até 24,9kg/m (2))	22 (22%)
Sobrepeso (≥ 25 até 29,9kg/m (2))	44 (44%)
Obesidade (I, II e III) (>30,0kg/m (2))	34 (34%)

IMC = índice de massa corpórea

A tabela 2 descreve as principais recomendações não seguidas pelos avaliados de acordo com o PAC-HTN, assim como, o quanto eles acham que as recomendações são importantes e o quanto se sentem seguros para seguirem.

Tabela 2 - Percentual de frequência de recomendações menos seguidas de acordo com PAC-HTN dos hipertensos incluídos no estudo. Arapiraca, Alagoas, Brasil. (n=100).

Questões	Raramente/nunca realizam	Acham muito importante ou importante	Sentem muito seguro ou seguro para realizar
Práticas de atividades físicas	63 (63%)	90 (90%)	60 (60%)
Ler informações nutricionais de teor de sódio nos alimentos	73 (73%)	59 (59%)	45 (45%)
Ler informações nutricionais da quantidade de gordura saturada e trans	76 (76%)	52 (52%)	39 (39%)
Verificar a pressão arterial em casa	51 (51%)	84 (84%)	70 (70%)

PAC-HTN= Perfil de autocuidado da hipertensão

A tabela 3 descreve os resultados das escalas entre os pacientes sedentários ou ativos fisicamente. Os valores dos domínios 1 e 3 do PAC HTN, bem como o PAC HTN Total foram maiores no grupo de indivíduos ativos. Por outro lado, os valores do MINICHAL-BRASIL foram maiores nos indivíduos sedentários.

Tabela 3 – Comparação das escalas entre o grupo ativo fisicamente e sedentário dos hipertensos incluídos no estudo. Arapiraca, Alagoas, Brasil. (n=100).

	Ativo (n=33) fisicamente	Sedentário (n = 67)	Valor de p
PAC HTN- Bloco 1	57,94 ±1,37	51,3±0,82	<0,001*
PAC HTN – Bloco 2	65,7±0,85	63,54±0,60	0,056
PAC HTN – Bloco 3	64,21±1,02	60,7±0,55	0,005*
PAC HTN - Total	187,85±2,48	175,54±1,38	<0,001*
QPHAS	87,24±1,65	83,85±1,31	0,130
MINICHAL- BRASIL	10,88±1,57	12,84±0,85	0,040*

PAC HTN = Perfil de autocuidado da hipertensão; QPHAS = Questionário de percepção de hábitos saudáveis; MINICHAL-BRASIL= Qualidade de vida em hipertensão arterial. *Teste de Mann-whitney, p<0,05

DISCUSSÃO

Este é o primeiro estudo que avalia a qualidade de vida e o nível de autocuidado em pacientes hipertensos no município de Arapiraca, Alagoas. Observa-se que os indivíduos avaliados apresentam uma boa qualidade de vida; entretanto, a maioria possui dificuldades em autocuidado, pois não seguem adequadamente o tratamento indicado, principalmente o não medicamentoso.

A média da pressão arterial dos entrevistados foi considerada dentro dos parâmetros aceitáveis para hipertenso (6). Todavia, 37% deles não possuíam uma pressão controlada durante a aferição na entrevista. Já o IMC, evidenciou que a maioria dos entrevistados apresentava excesso de peso e a maioria era sedentário.

Dentre os entrevistados, houve predominância do sexo feminino. Isso ocorreu não por maior incidência de HA no sexo feminino, mas sim, pela maior aderência da população feminina aos cuidados de saúde – há mais mulheres cadastradas no Programa Hiperdia em Alagoas, aproximadamente 70% (17). Esse padrão se mantém em outras regiões brasileiras, como relatado em outros estudos (18,19), o que demonstra, que as mulheres possuem maior tendência em buscar assistência à saúde quando comparado aos homens (19).

O questionário MINICHAL - BRASIL demonstrou que a população estudada possui uma boa qualidade de vida. Estudos realizados com o mesmo questionário em outros municípios brasileiros, apontam melhores resultados no domínio estado mental em Jequiá/Bahia (15) e piores em Curitiba/Paraná (20). No domínio manifestação somática, os resultados foram melhores em Arapiraca/Alagoas em

comparação com essas duas outras cidades. Em um estudo realizado na Espanha, na primeira avaliação, os participantes obtiveram média de 6,8±5,1 no domínio estado mental e 2,7±2,6 no domínio manifestações somáticas, entretanto após o início do tratamento ou mudança na medicação houve melhora significativa da qualidade de vida nos domínios estado mental (4,0±3,9) e manifestações somáticas (1,5±2,2) (21).

Os resultados sobre a qualidade de vida variam de acordo com a população estudada, e podem ser influenciados por diversos fatores. Fatores como macroalbuminúria, presença de comorbidades, uso de cigarros, história de depressão já foram descritos como preditores da qualidade de vida a longo prazo (22). Além disso, a participação em programas de controle de doenças crônicas também é um fator independente para a melhora da qualidade de vida (23). Na população estudada, dois fatores chamam a atenção e podem justificar os resultados relacionados com a qualidade de vida, todos eram cadastrados no programa HIPERDIA e possuíam alta adesão ao tratamento medicamentoso.

O programa HIPERDIA consiste em um sistema que permite o cadastro e acompanhamento dos hipertensos e diabéticos, fornecendo dados que viabilizam a atenção continuada, contribuindo para o entendimento do paciente sobre a sua doença, o incentivo às práticas de hábitos mais saudáveis, além de sugerir que a equipe da saúde da família realize o atendimento de forma interdisciplinar, atraindo cada vez mais o usuário para uma melhor adesão ao tratamento (22). Em Arapiraca, os participantes do programa têm acesso a consultas periódicas, bem como entrega de medicamentos e participação em palestras acerca do tema, favorecendo uma melhor adesão dessa população (24).

Associado a isso, um fator importante é o percentual de cobertura pela Estratégia de Saúde da Família do município, que atinge 100% da população, maior que a capital do estado, que possui cobertura de 28,25% da população, e estando acima da média estadual que é de 76,17%. Todos esses fatores contribuem para uma melhor qualidade de vida dos pacientes hipertensos (25).

A adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso é essencial para o controle adequado da PA. Apesar da maior parte referir esquecer raramente o uso da medicação, a baixa adesão ao tratamento não medicamentoso se destaca, principalmente quanto à alimentação, prática de atividade física e monitorização da PA em casa.

As recomendações acerca da leitura de rótulos de alimentos com relação ao sódio e gordura trans/saturada ficaram com os maiores percentuais de não adesão, com 73% e 76%, respectivamente. Esse aspecto pode estar associado com o nível de escolaridade, visto que, o número de analfabetos ou que possuem ensino fundamental incompleto chegou a 62%. Outro fator que atrapalha a leitura de rótulos de alimentos é a forma como a informação está disposta neles, dificultando o entendimento para toda população. Atualmente, existe no Brasil, o projeto de Lei nº 2313/2019, que acrescenta ao Artigo 11 do decreto de Lei 986/1969, que versa sobre as normas básicas sobre alimentos, para que o rótulo dos alimentos contenha um alerta indicativo para teores elevados de sódio, açúcar e

gorduras, através de mensagens de advertência, de forma clara, destacada, legível e de fácil compreensão, na parte frontal da embalagem (26).

No Chile, desde 2016, foi instaurado a política de exibir alertas na frente de embalagem sinalizando quantidades excessivas de nutrientes prejudiciais para saúde, como sódio, açúcar e gordura. Com essas mudanças, estudos realizados no Chile e nos EUA apontaram resultados positivos com uma mudança dos hábitos alimentares da população levando a uma diminuição expressiva na compra desses alimentos, essencial para controle e prevenção de DCNT (27).

Outra recomendação pouco seguida pelos entrevistados é a prática de atividade física, apesar de 90% dos entrevistados acharem muito importante ou importante, 60% deles não se sentem seguros em praticá-la. Em 2020, a OMS, publicou o guideline sobre atividade física e comportamento sedentário, mostrando que a redução do comportamento sedentário em pessoas com hipertensão reduz de forma significativa a mortalidade, a progressão da doença, a função física e a qualidade de vida (28). No Brasil, desde 1986, existem programas de incentivo à prática da atividade física, como o Programa Nacional de Educação e Saúde através do Exercício Físico e do Esporte, criado pelos Ministérios da Saúde e da Educação (29).

Em 2006, foi criado a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que fortaleceu ainda mais o investimento na criação de projetos e programas que promovam a prática de atividade física no SUS. E em 2008, houve a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), possibilitando a ampliação da oferta através de equipes multiprofissionais, inclusive profissionais de Educação Física, na atenção básica, o que favoreceu a oferta de cuidado (30). Em Arapiraca existe o programa Academia da Saúde implantado em 2015, que atua em dois polos na cidade, entretanto esse programa se mostra insuficiente para toda a população (31).

É preciso fazer com que esses programas de estímulo à atividade física sejam acessíveis à necessidade da população. No Reino Unido, por exemplo, foi identificado uma melhoria na qualidade de vida em função da atividade física efetiva, por meio da implementação de programas no qual a intensidade do exercício é modificada pela experiência de exercício e capacidade física do indivíduo (32).

A influência da prática de atividades físicas ficou mais clara quando dividimos os participantes em dois grupos, ativos fisicamente e sedentários. Encontramos que os indivíduos que não praticavam exercícios físicos apresentavam menor qualidade de vida, realizavam com menor frequência as recomendações para pessoas hipertensas e se sentiam menos seguras em seguir as recomendações. Isso se deve pela atividade física regular proporcionar a melhoria das funções físicas e mentais, e reverter alguns efeitos das doenças crônicas. Esse fato ocorre pelas adaptações dos sistemas fisiológicos (33).

Em relação à aferição de PA em casa, 51% dos participantes relataram que raramente ou nunca realizam. Apesar da maioria se sentir seguro e achar que é importante. Diante disso, podemos levantar a possibilidade da falta do

equipamento para a aferição, ou até mesmo a dificuldade de manuseá-lo. Nesse sentido, os profissionais das Unidades Básicas de Saúde possuem papel fundamental na prevenção (34), pois realizam o acompanhamento dessa população.

Outra ação é o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus - este tem como objetivo realização de reuniões mensais de caráter educativo com estímulo à realização de atividades físicas, adesão a consultas médicas e a entrega de medicamentos. Com isso cada município tem sua programação local para usuários cadastrados (35).

Em um estudo com pacientes do Centro HIPERDIA, no norte de Minas Gerais foi evidenciado que para haver uma melhora na qualidade de vida, é importante ofertar uma atenção com abordagem integral, tanto quantitativa como qualitativa, não bastando apenas ofertar mais profissionais e serviços especializados, mas também o necessário para fortalecer a relação profissional-usuário, para que assim a otimização à adesão ao tratamento e o controle da pressão arterial seja mais efetivo (34).

O presente estudo possui limitações, dentre as quais se destaca a reduzida população incluída no estudo. Desse modo, os resultados não podem ser ampliados para toda a população hipertensa do município de Arapiraca.

CONCLUSÃO

A qualidade de vida dos entrevistados foi considerada satisfatória. Em relação ao nível de autocuidado, parte dos entrevistados tem o entendimento da sua importância, no entanto, os cuidados não são seguidos por importante parcela deles. No estudo, foi constatado uma boa adesão à terapia medicamentosa, que refletiu em uma melhor qualidade de vida nos pacientes desse grupo. Em relação à terapia não medicamentosa, foi observado uma baixa adesão, principalmente no que se refere a prática de atividade física, alimentação e monitorização da PA em casa.

REFERÊNCIAS

1. GBD 2015 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*, 2016; 388(10053):1659-1724;
2. WHO. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva: World Health Organization, 2014;
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021;
4. WHO. Causes of Death 2008. Geneva: World Health Organization; 2011;
5. Lee DE, Cooper RS. Recommendations for global hypertension monitoring and prevention. *Curr Hypertens Rep*; 2009; 11(6): 444-9;
6. Barroso et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. *Arq Bras Cardiol*. 2021; 116(3):516-658;
7. Fuchs FD, Whelton PK. High Blood Pressure and Cardiovascular Disease. *Hypertension* 2020 Feb;75(2):285-92;
8. Potthoff SA, Vonend O. Multidisciplinary Approach in the Treatment

of Resistant Hypertension. *Curr Hypertens Rep.* 2017; 19(1): 9;

9. Córtes, DCS et al. Quality of Life and Hypertension. *International Journal Of Cardiovascular Sciences*, 2016; 29(6): 512-516;

10. Souza, ACC; Borges, JWP; Moreira, TMM. Quality of life and treatment adherence in hypertensive patients: systematic review with meta-analysis. *Rev. Saúde Pública*, 2016; 22(50);

11. Ye, R; Liu, K; Zhang, Z; Gong, S; Chen, X. Health-related quality of life of hypertension in China. *Journal Of Cardiovascular Medicine*. 2018; 8(19): 430-438. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health).

12. Gárzon, NE; Heredia, LPD. Validity and Reliability of the Treatment Adherence Questionnaire for Patients with Hypertension. *Investigación y Educación en Enfermería*, 2019; 37(3);

13. Guedes, DP; Grondin, LMV. Percepção de hábitos saudáveis por adolescentes: Associação com indicadores alimentares, prática de atividade física e controle de peso corporal. *Revista Brasileira Ciências Esporte, Campinas*. 2002; 24(1): 23-45;

14. Shulz, RB et al. Validação do mini-questionário de qualidade de vida em hipertensão arterial (MINICHAL) para o português (Brasil). *Arquivo Brasileiros de Cardiologia, São Paulo*. 2008; 90(2);

15. Melchior, AC et al. Qualidade de vida em pacientes hipertensos e validade concorrente Minichal - Brasil. *Arquivo Brasileiro Cardiologia. Curitiba*. 2010; 94(3): 357-364;

16. Han, Hae-Ra et al. Development and validation of the Hypertension Self-care Profile: a practical tool to measure hypertension self-care. *J Cardiovasc Nurs*, 2014; 3(29): 11-20;

17. Ministério da Saúde. Sistema de informação sobre epidemiologia. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?hiperdia/cnv/hdAL.def>>. Acesso em: 16 abril 2020.

18. Silva, SSBE et al. O controle da hipertensão arterial em mulheres e homens: uma análise comparativa. *Rev Esc Enferm Usp*, 2016; 1(50): 50-58;

19. Levorato, CD et al. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014; 19(4): 1263-1274;

20. Ribeiro, IJS et al. Qualidade de Vida de hipertensos atendidos na Atenção Primária à Saúde. *Saúde Debate, Rio de Janeiro*. 2015; 39(105): 432-440;

21. Roca-cusachs, A et al. Relación entre variables clínicas y terapéuticas y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con hipertensión arterial. *Estudio MINICHAL. Medicina Clínica*. 2003; 121(1): 12-17;

22. Maatouk, I et al. Longitudinal predictors of health-related quality of life in middle-aged and older adults with hypertension. *Journal Of Hypertension*. 2012; 30(7): 1364-1372. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health);

23. Yao, Q et al. Health-Related Quality of Life of People with Self-Reported Hypertension: a national cross-sectional survey in china. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*. 2019;16(10): 1721;

24. Feitosa, IO; Pimentel, A. HIPERDIA: práticas de cuidado em uma unidade de saúde de Belém, Pará. *Rev. Nufen, Belém*, 2016; 8(1);

25. ARAPIRACA-AL. Atenção básica: Arapiraca tem cobertura de 100% do NASF, 2015. Disponível em: <https://web.arapiraca.al.gov.br/2015/08/atencao-basica-arapiraca-tem-cobertura-de-100-do-nasf>. Acesso em: 23 jan. 2021.

26. Brasil, Ministério da Saúde. E-Gestor: Informação e Gestão da Atenção Básica. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em 23 de Jan. 2021.

27. Brasil. Projeto de Lei nº 2313, de 12 de junho de 2019. Altera o Decreto-Lei nº 986, de 21 de outubro de 1969. Brasília,DF, 2019. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/136350>

28. Correa, T et al. "Responses to the Chilean law of food labeling and advertising: exploring knowledge, perceptions and behaviors of mothers of young children. *International Journal Of Behavioral Nutrition And Physical Activity*. Springer Science and Business Media LLC. 2019; 16(1);

29. Organização Mundial de Saúde. Diretrizes sobre atividade física e comportamento sedentário. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/26-11-2020-oms-lanca-novas-diretrizes-sobre-atividade-fisica-e-comportamento-sedentario>. Acesso em: 23 jan. 2020.

30. Ferreira, MS; Najjar, AL. Programas e campanhas de promoção

da atividade física. *Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*. 2005; 10: 207-219;

31. Brasil. PORTARIA GM Nº 154, DE 24 DE JANEIRO DE 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Disponível em : http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf. Acesso em 03 fev. 2021;

32. MCP ARAPIRACA-AL. Ana Maria Cavalcante. Secretaria Municipal de Saúde. MUNICÍPIO AMPLIA SERVIÇOS DAS ACADEMIAS DA SAÚDE E REALIZA CERCA DE 2 MIL ATENDIMENTOS MENSIS. 2018. Disponível em: <http://web.arapiraca.al.gov.br/2018/05/municipio-amplia-servicos-das-academias-da-saude-e-realiza-cerca-de-2-mil-atendimentos-mensais/>. Acesso em: 30 abr. 2020;

33. Hee, JS et al. Physical activity in older age: perspectives for healthy ageing and frailty. *Biogerontology*. 2016; 17;

34. Nobre, ALCSO et al. Hipertensos assistidos em serviço de atenção secundária: risco cardiovascular e determinantes sociais de saúde. *Cadernos Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*. 2020;28(3): 334-344;

35. Silva, JVM et al. Avaliação do Programa de Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus na visão dos usuários. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2015; 68(4): 626-632;

COMO CITAR

Silva JLFR, Ribeiro BB, Dibai DB, Baggio JAO. Qualidade de vida em pacientes hipertensos em um município do interior do nordeste brasileiro. *Revista Portal: Saúde e Sociedade*, 7 (único):e02207008. DOI:10.28998/rpss.e02207008.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.