

QUALIDADE DE VIDA E ADESÃO AO TRATAMENTO DE PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL

Quality of life and adherence to the treatment of patients with arterial hypertension

Leticia Passos Pincelli¹, Bruno Martinelli¹, Camila Gimenes¹

¹Centro Universitário do Sagrado Coração - UNISAGRADO, Bauru, São Paulo, Brasil

Autor para correspondência:

Leticia Passos Pincelli

Endereço: Rua Dr. Salvador Mercadante, 1194

E-mail: leticiappincelli@hotmail.com

► RESUMO

Contextualização: A qualidade de vida de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um ponto importante, tendo em vista os riscos que a doença traz e para que isso de fato ocorra é preciso que o paciente faça adesão ao tratamento como um todo, inclusive o medicamentoso. Objetivo: Avaliar a qualidade de vida e adesão ao tratamento em pacientes com HAS. Métodos: Estudo transversal e observacional envolvendo indivíduos com diagnóstico de HAS, com 40 anos ou mais, de ambos os sexos, tempo de diagnóstico a mais de um ano. Os dados foram coletados por meio de questionários online (Google Forms) referentes a dados pessoais, sociodemográficos, antropométricos e clínicos. A qualidade de vida foi avaliada pelo questionário MINICHAL e a adesão medicamentosa pelo questionário MGB (Martín-Bayarre-Grau). Os resultados foram apresentados de forma descritiva em frequências absoluta (n) e relativa (%) para as variáveis qualitativas e, em média e desvio-padrão para as variáveis quantitativas. Resultados: Fizeram parte desse estudo 63 pacientes, idade $60,5 \pm 10$ anos, 37 (58,7%) mulheres. Quanto à qualidade de vida obtivemos resultados satisfatórios nos dois fatores do questionário MINICHAL, onde 82,5% dizem não ter dificuldade em se relacionar com outras pessoas e 77,8% não sentem dor no peito sem esforço físico. Quanto à adesão ao tratamento, 74,8% da amostra possui adesão parcial. Conclusão: Os indivíduos com hipertensão arterial apresentaram boa qualidade de vida referindo que a doença e o tratamento não os afetam e que eles possuem adesão parcial ao tratamento.

Palavras-chave: Câncer; Serviço hospitalar de Fisioterapia; Oncologia; Pesquisa sobre serviços de saúde.

► ABSTRACT

Contextualization: The quality of life of patients with Systemic Arterial Hypertension (SAH) is an important point, considering the risks that the disease brings and for that to happen it is necessary that the patient adhere to the treatment as a whole, including the medicated. Objective: To assess quality of life and adherence to treatment in patients with SAH. Methods: Cross-sectional and observational study involving individuals diagnosed with SAH, aged 40 or over, of both sexes, with a diagnosis time of more than one year. The data were collected through online questionnaires (Google Forms) referring to personal, sociodemographic, anthropometric and clinical data. Quality of life was assessed by the MINICHAL questionnaire and medication adherence by the MGB questionnaire (Martín-Bayarre-Grau). The results were presented descriptively in absolute (n) and relative (%) frequencies for qualitative variables and, in mean and standard deviation for quantitative variables. Results: This study included 63 patients, age 60.5 ± 10 years, 37 (58.7%) women. Regarding quality of life, we obtained satisfactory results in the two factors of the MINICHAL questionnaire, where 82.5% say they have no difficulty in relating to other people and 77.8% do not feel chest pain without physical effort. As for adherence to treatment, 74.8% of the sample has partial adherence. Conclusion: Individuals with arterial hypertension had a good quality of life, reporting that the disease and treatment do not affect them and that they have partial adherence to treatment.

Key-Words: Hypertension. Cardiovascular Diseases. Quality of Life.

► INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica, não transmissível, multifatorial caracterizada pela elevação de níveis pressóricos acima de 140 mmHg sistólica e 90 mmHg diastólica. Essa doença é considerada um problema grave de saúde pública devido às suas complicações e atinge principalmente a população idosa, sendo um fator de risco para doenças cardiovasculares, podendo acelerar o processo de aterosclerose, aumentando os riscos de insuficiência cardíaca (IC), acidente vascular cerebral (AVC) e doença renal terminal^{1,2,3}.

Mundialmente a HAS está associada a mais de 60% dos casos de pacientes no primeiro episódio de Infarto agudo do miocárdio (IAM), mais 70% de casos de AVC e IC e 60% com doença arterial obstrutiva periférica (DAOP). No Brasil, até 2017, a prevalência de HAS era de aproximadamente 24,3% em adultos, sendo 26,4% em mulheres e 21,7% em homens. Estudos mostram que o Sudeste é a região com maior índice de HAS autorreferida (23,3%)^{2,4}.

A HAS tem como fatores de risco: a idade, sendo mais comum em idosos acima de 60 anos; sexo, mais prevalente em mulheres (24,2%); etnia, mais comum em negros (24,2%); ingestão excessiva de álcool, que segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão, se mostra mais frequente em jovens, o que pode levar ao desenvolvimento precoce da doença; indivíduos sedentários; fatores socioeconômicos – a maior prevalência é percebida em adultos de menor nível de escolaridade com 31,1%; o índice em adultos com ensino fundamental completo é de 16,7% e com ensino superior completo de 18,2% - HAS autorreferida; ingestão excessiva de sal, que ultrapasse as 2g/dia recomendadas e excesso de peso e obesidade, que no período de 2006 a 2014 cresceu de 11,9% para 17,9% em indivíduos de 35 a 64 anos².

O diagnóstico da HAS é feito por uma avaliação geral do paciente, composta por uma anamnese detalhada, em que os antecedentes familiares já se tornam um alerta; também é feito um exame físico e analisados exames complementares que possam auxiliar na descoberta do grau de comprometimento de órgãos-alvo e possíveis fatores de risco decorrentes dos hábitos de vida⁵. Para o diagnóstico é realizada de uma a duas aferições da PA em um dia, e se os valores forem entre 140x90 e 150x99 mmHg é marcada uma nova consulta para esse paciente (em torno de 7 a 14 dias depois), onde serão feitas mais duas medidas, se os valores permanecerem nessa faixa o paciente é considerado hipertenso⁶.

A partir disso é traçado um tratamento para esse paciente, com objetivo de diminuir os fatores de risco das doenças que podem se associar a HAS. O tratamento não-medicamentoso tem como objetivo diminuir a morbidade e a mortalidade por meio de mudanças nos hábitos de vida que favoreçam a redução da pressão arterial e que até mesmo podem levar a diminuição da dosagem dos medicamentos⁷. O tratamento medicamentoso é o mais comum e seu efeito pode ser potencializado com a mudança dos hábitos de vida. Pacientes com alto risco cardiovascular e com HAS estágio 2 (PA \geq 160x100mmHg) são os maiores beneficiados do tratamento medicamentoso, a fim de controlar mais rapidamente os níveis pressóricos. O medicamento escolhido para o tratamento vai de acordo

com a necessidade do paciente, com a avaliação de possíveis comorbidades, lesão em órgãos alvo, histórico familiar e idade⁶.

A redução de 5 mmHg na medida diastólica ou de 10 mmHg na medida sistólica reduz aproximadamente 25% no risco de desenvolver cardiopatia isquêmica e 40% o risco de AVC⁶.

Para boa adesão ao tratamento, o paciente deve não somente tomar o medicamento prescrito pelo médico, mas também, seguir uma dieta e fazer mudanças no estilo de vida. Além disso, vale lembrar que fatores socioeconômicos e a boa relação do paciente com a equipe de saúde podem ajudar ou atrapalhar⁸.

A qualidade de vida desse paciente é um ponto importante, tendo em vista os riscos que a doença traz, sendo esta influenciada por sintomas ou sequelas da doença e pelos efeitos adversos do fármaco utilizados no tratamento⁹. Qualidade de vida não é conceito que abrange somente a saúde física, mas também o estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças e o ambiente em que o paciente vive. Hoje, sabe-se que a ausência de tabagismo, baixo consumo de álcool e práticas de exercício físico são associados a uma melhor qualidade de vida¹⁰.

Diante disso percebemos que a qualidade de vida se encontra prejudicada no paciente hipertenso e vários fatores influenciam na adesão ao tratamento. O papel desse estudo é conhecer essas dificuldades e intervir, fazendo a promoção da saúde desses pacientes.

Considerando que a HAS é uma patologia de grande incidência na população mundial e nacional, principalmente nos idosos, e que é um fator de risco para doenças cardiovasculares, torna-se importante conhecer a adesão ao tratamento e a qualidade de vida desses pacientes, a fim de conhecer as principais dúvidas que esses pacientes apresentam, podendo assim ajudar da melhor forma para o esclarecimento de tais dúvidas e para melhorar a eficácia do tratamento. Portanto, o objetivo do estudo é descrever a qualidade de vida e adesão ao tratamento da doença em pacientes com hipertensão arterial.

► MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal e observacional por meio de questionários a serem aplicados de forma online para os participantes. A coleta foi feita no mês de setembro de 2020.

Foram incluídos indivíduos com 40 anos ou mais, de ambos os sexos, com diagnóstico de HAS há pelo menos um ano e excluídos indivíduos com doenças neurológicas associadas.

A pesquisa foi divulgada nas redes sociais com o intuito de recrutar participantes.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNISAGRADO pelo parecer nº 4.270.511 e todos os participantes receberam via on-line um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O termo foi digitado na plataforma *Google Forms*, onde os participantes responderam se estavam de acordo com a realização da pesquisa. Os que concordaram, clicaram no ícone SIM e puderam seguir para a sessão dos questionários.

Foram respondidas algumas informações como dados pessoais e sociodemográficos: nome, idade, sexo, escolaridade, situação conjugal. Foram avaliados hábitos de vida referidos: tabagismo (atual/ex), etilismo, atividade física (intensidade, duração, tempo e tipo). Também foram questionados sobre massa corporal (Kg) e estatura (m) e posteriormente calculamos o índice de massa corpórea (IMC) pela equação $IMC = \text{massa corporal} / \text{altura}^2$ e classificado segundo a Diretriz Brasileira de Obesidade (2010)¹¹.

Foi aplicado o questionário Mini questionário de qualidade de vida em hipertensão arterial (MINICHAL) para avaliar a qualidade de vida dos pacientes. O questionário é composto por 17 questões de múltipla escolha, sendo que o paciente teve de escolher entre as opções que tem suas respectivas pontuações: não (0); sim, um pouco (1); sim, bastante (2); sim, muito (3)¹².

O MINICHAL é dividido em dois fatores: Estado Mental (10 questões), Manifestações Somáticas (6 questões), e uma questão para verificar como o paciente avalia que a hipertensão e seu tratamento têm influenciado na sua qualidade de vida. O paciente deve responder às questões fazendo referência aos últimos sete dias. A pontuação máxima para o Estado Mental é de 30 pontos e para Manifestações Somáticas é de 18 pontos. A questão 17, que avalia a percepção de saúde, é pontuada da mesma forma, mas não se inclui nos demais domínios. A pontuação mais próxima de zero corresponde a melhor qualidade de vida.

Para avaliar a adesão medicamentosa foi aplicado o questionário Martín-Bayarre-Grau (MGB), traduzido e validado para nosso idioma^{13,14}. O questionário possui itens de A até L para serem respondidos com: nunca; quase nunca; as vezes; quase sempre e sempre. Para calcular a pontuação designa-se valores para cada resposta, sendo: nunca (0), quase nunca (1), as vezes (2), quase sempre (3) e sempre (4). As perguntas são separadas por categorias, sendo: Comprimento do tratamento: A, B, C, D; Implicação pessoal: E, F, H, I, J; Relação paciente x médico: G, K e L. A pontuação é feita considerando uma Adesão total (pacientes que marcam de 38 a 48 pontos); Adesão Parcial (de 18 a 37 pontos); Não adesão (de 0 a 17 pontos).

No texto introdutório ao questionário, foi apresentado um breve texto com os significados dos termos técnicos e detalhando as questões que foram respondidas, a fim de sanar as prováveis dúvidas.

Os resultados foram apresentados de forma descritiva em frequências absoluta (n) e relativa (%) para as variáveis qualitativas e, em média e desvio-padrão para as variáveis quantitativas.

► RESULTADOS

Participaram desse estudo 63 pacientes, sendo 37 mulheres (58,7%) e 26 homens (41,3%), idade $60,5 \pm 10$ anos, peso $82,1 \pm 134$ kg. Os dados sociodemográficos, antropométricos e hábitos de vida encontram-se na tabela 1.

Tabela 1. Dados sociodemográficos, antropométricos e hábitos de vida.

Variável	n	%
RAÇA		
Branca	49	77,8
Preta	2	3,2
Parda	12	19
SITUAÇÃO CONJUGAL		
Solteiro	3	4,8
Casado	46	73
Viúvo	8	12,7
Divorciado	5	7,9
Vive só	1	1,6
IMC		
Eutrófico	6	9,52
Pré obeso	27	42,85
Obeso I	23	36,51
Obeso II	6	9,52
Obeso III	1	1,6
TABAGISMO		
Sim	3	4,8
Não	47	74,6
Ex tabagista	13	20,6
ETILISMO		
Sim	26	41,3
Não	37	58,7
ATIVIDADE FISICA		
Sim	29	46
Não	34	54
CONTROLE ALIMENTAR		
Sim	17	27
Não	46	73

Dados apresentados em frequências absoluta (n) e relativa (%).

Fonte: elaborado pela autora.

Dos pacientes que responderam que praticam atividade física, cinco (16,7%) praticam uma vez por semana, oito (26,7%) duas vezes por semana, 10 (33,3%) três vezes por semana, três (10%) quatro vezes por semana, três (10%) cinco vezes por semana e um (3,3%) sete vezes por semana.

Quanto aos medicamentos, a maioria fazia uso de mais de um medicamento, por apresentarem diagnóstico de mais de uma patologia. Os medicamentos anti-hipertensivos mais citados foram da classe dos antagonistas dos receptores de angiotensina (63,5%), diuréticos (9,5%) e betabloqueadores (14,3%).

O tempo de diagnóstico da hipertensão arterial variou de um a 43 anos. Quando questionados sobre outras doenças, metade da amostra apresenta comorbidades e a mais citada foi a diabetes mellitus tipo 2 (22,6%).

Com relação à QV, referente ao fator de Estado Mental, a maioria dos pacientes referiu não ter dificuldade em manter suas relações sociais habituais por conta da doença, não possuir dificuldade em relacionar-se com outras pessoas, sentem que exercem um papel útil na sociedade mesmo tendo HA e conseguem iniciar coisas novas ou tomar decisões em sua vida (Tabela 2). A média da pontuação para esse fator foi de 5,7 pontos, tendo como pontuação mínima 0 e máxima de 19.

Tabela 2. Dados referentes ao Estado Mental.

Pergunta	Resposta	n	%
Tem dormido mal?	Não, absolutamente	27	42,9
	Sim, um pouco	26	41,3
	Sim, bastante	8	12,7
	Sim, muito	2	3,1
Tem tido dificuldade em manter suas relações sociais habituais?	Não, absolutamente	47	74,6
	Sim, um pouco	11	17,5
	Sim, bastante	4	6,3
	Sim, muito	1	1,6

Tem tido dificuldade em relacionar-se com as pessoas?	Não, absolutamente	52	82,5
	Sim, um pouco	10	15,9
	Sim, bastante	1	1,6
	Sim, muito	0	0
Sente que não está exercendo um papel útil na sociedade?	Não, absolutamente	43	68,2
	Sim, um pouco	19	30,2
	Sim, bastante	0	0
	Sim, muito	1	1,6
Sente-se incapaz de tomar decisões e iniciar coisas novas?	Não, absolutamente	43	68,2
	Sim, um pouco	16	25,4
	Sim, bastante	2	3,2
	Sim, muito	2	3,2
Tem se sentido constantemente agoniado e tenso?	Não, absolutamente	26	41,3
	Sim, um pouco	25	39,7
	Sim, bastante	7	11,1
	Sim, muito	5	7,9
Tem a sensação de que a vida é uma luta contínua?	Não, absolutamente	15	23,8
	Sim, um pouco	27	42,9
	Sim, bastante	19	30,2
	Sim, muito	2	3,1
Sente-se incapaz de desfrutar suas atividades habituais de cada dia?	Não, absolutamente	31	49,2
	Sim, um pouco	23	36,5
	Sim, bastante	6	9,5
	Sim, muito	3	4,8
Tem se sentido esgotado e sem forças?	Não, absolutamente	21	33,3
	Sim, um pouco	28	44,5
	Sim, bastante	7	11,1
	Sim, muito	7	11,1

Dados apresentados em frequências absoluta (n) e relativa (%).

Fonte: elaborado pela autora.

A tabela 3 mostra os dados das Manifestações Somáticas do questionário de QV e pode-se observar que a maioria dos pacientes referiu não apresentar dificuldade em respirar, não referem sentir falta de ar, boca seca e dor no peito sem realizar esforço físico). A média da pontuação para esse fator foi de 4,38 pontos, tendo pontuação mínima de 0 e máxima de 16.

Tabela 3. Dados referentes às Manifestações Somáticas

Pergunta	Resposta	n	%
Teve a sensação de que estava doente?	Não, absolutamente	30	47,6
	Sim, um pouco	24	38,1
	Sim, bastante	8	12,7
	Sim, muito	1	1,6
Tem notado dificuldade em respirar ou sensação de falta de ar sem causa aparente?	Não, absolutamente	42	66,7
	Sim, um pouco	16	25,4
	Sim, bastante	5	7,9
	Sim, muito	0	0
Teve inchaço nos tornozelos?	Não, absolutamente	35	55,6
	Sim, um pouco	21	33,3
	Sim, bastante	7	11,1
	Sim, muito	0	0
Percebeu que tem urinado com mais frequência?	Não, absolutamente	31	49,3
	Sim, um pouco	20	31,7
	Sim, bastante	7	11,1
	Sim, muito	5	7,9
Tem sentido a boca seca?	Não, absolutamente	39	61,9
	Sim, um pouco	13	20,6
	Sim, bastante	5	7,9
	Sim, muito	6	9,6

Tem sentido dor no peito sem fazer esforço físico?	Não, absolutamente	49	77,8
	Sim, um pouco	10	15,8
	Sim, bastante	2	3,2
	Sim, muito	2	3,2
Tem notado adormecimento ou formigamento em alguma parte do corpo?	Não, absolutamente	25	39,7
	Sim, um pouco	33	52,4
	Sim, bastante	4	6,3
	Sim, muito	1	1,6

Dados apresentados em frequências absoluta (n) e relativa (%).

Fonte: elaborado pela autora.

Quanto à pergunta se a HAS e o tratamento afetam a QV, pode-se notar que um número expressivo de pacientes (79,4%) considera que não afetam, 17,5% que afetam um pouco e 3,1% afetam bastante. Tendo como base a interpretação do questionário, considera-se quanto mais próximo de zero for a pontuação final, melhor é a qualidade de vida do paciente.

A tabela 4 mostra os dados coletados referentes à categoria comprimento do tratamento. Pode-se observar que a maioria dos pacientes faz o uso dos medicamentos no horário estabelecido, tomam todas as doses indicadas pelo médico e vão a todas as consultas marcadas.

Tabela 4. Dados da categoria comprimento do tratamento.

Pergunta	Resposta	n	%
Toma as medicações no horário estabelecido?	Nunca	2	3,2
	Quase nunca	0	0
	As vezes	4	6,3
	Quase sempre	13	20,6
	Sempre	44	69,9

Toma todas as doses indicadas?	Nunca	1	1,6
	Quase nunca	0	0
	As vezes	2	3,2
	Quase sempre	3	4,8
	Sempre	57	90,4
Segue as regras da dieta?	Nunca	14	22,2
	Quase nunca	6	9,5
	As vezes	11	17,5
	Quase sempre	14	22,2
	Sempre	18	28,6
Vai a consultas marcadas?	Nunca	2	3,2
	Quase nunca	2	3,2
	As vezes	2	3,2
	Quase sempre	4	6,3
	Sempre	53	84,1

Dados apresentados em frequências absoluta (n) e relativa (%).

Fonte: elaborado pela autora.

A tabela 5 traz dados referentes à categoria implicação pessoal. A maioria dos pacientes relata que conseguem encaixar o remédio nas atividades do dia a dia, levam o tratamento sem grandes esforços e não fazer uso de lembretes para o uso do medicamento. Pode-se observar que 23,8% dos pacientes nunca realiza os exercícios físicos indicados e 23,8% quase nunca realizam os exercícios indicados, somados esses valores representam 47,6% de pacientes que não realizam exercícios, sendo que estes são de suma importância para a redução na pressão arterial e também auxiliam no controle da diabetes.

Tabela 5. Dados da categoria implicação pessoal.

Pergunta	Resposta	N	%
Realiza os exercícios físicos indicados?	Nunca	15	23,8
	Quase nunca	15	23,8
	As vezes	12	19,1
	Quase sempre	7	11,1
	Sempre	14	22,2
Encaixa os horários do remédio nas atividades do seu dia a dia?	Nunca	3	4,8
	Quase nunca	0	0
	As vezes	5	7,9
	Quase sempre	7	11,1
	Sempre	48	76,2
Cumpre o tratamento sem supervisão de sua família ou amigos?	Nunca	6	9,5
	Quase nunca	1	1,6
	As vezes	3	4,8
	Quase sempre	6	9,5
	Sempre	47	74,6
Leva o tratamento sem grandes esforços?	Nunca	4	6,3
	Quase nunca	1	1,6
	As vezes	2	3,2
	Quase sempre	3	4,8
	Sempre	53	84,1
Faz o uso de lembretes para realização do tratamento?	Nunca	48	76,2
	Quase nunca	2	3,2
	As vezes	2	3,2
	Quase sempre	2	3,2
	Sempre	9	14,2

Dados apresentados em frequências absoluta (n) e relativa (%).

Fonte: elaborado pela autora.

Quanto à categoria que avalia a relação do paciente com o médico, a maioria dos pacientes relatou que decide junto com o médico o tratamento a ser seguido e que tem a possibilidade de dar sua opinião no tratamento.

Conforme a classificação geral para adesão ao tratamento, observa-se que a maioria, 74,8% apresentou adesão parcial ao tratamento, 23,8% apresentou adesão total e apenas um paciente apresentou não adesão ao tratamento.

► DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou a qualidade de vida e adesão ao tratamento da doença em pacientes com HAS e foi possível observar na amostra resultados satisfatórios quanto aos dois aspectos, mostrando que a maioria tem boa qualidade de vida e adesão parcial ao tratamento.

O perfil da população estudada mostrou a presença de diversos fatores de risco associados à HAS como obesidade, sedentarismo, tabagismo, falta de controle alimentar e presença de comorbidades associadas como a diabetes mellitus. Isso nos permitiria pensar que a qualidade de vida desses pacientes estaria afetada, entretanto não foi esse o resultado e acreditamos que isso possa ter relação com a adesão ao tratamento ter sido referida como boa. Todavia não é possível afirmar visto que não realizamos testes estatísticos para isso.

A população desse estudo mostrou uma prevalência da HAS em mulheres e em indivíduos de raça branca, o que concorda com o estudo de Carvalho *et al.* (2013)¹⁵ e Cavalcante *et al.* (2007)¹⁶. Sugere-se que esse fato ocorra porque as mulheres procuram cuidar mais de sua saúde e buscam por tratamento com maior frequência do que homens.

Quanto à QV, a maioria dos pacientes diz não considerar que a HAS e seu tratamento a afete; diferente do estudo de Ribeiro *et al.* (2015)¹⁷, com 125 participantes, utilizando também o MINICHAL que mostrou que 67,2% dos participantes indicaram que a HAS e o tratamento afetam muito ou bastante a sua QV. Bündchen *et al.* (2010)¹⁸, em seu estudo com

87 participantes divididos em dois grupos, grupo ativo (n=40) e grupo sedentário (n=47) aplicou o questionário MINICHAL e encontraram que a QV estava mais prejudicada no grupo ativo, por ser composto de pacientes mais idosos e com maior histórico de eventos cardiovasculares e doenças cardiovasculares instaladas.

Carvalho *et al.* (2013)¹⁵ em seu estudo com 333 participantes que foram divididos em dois grupos: grupo de estudo - pacientes diagnosticados com HAS (n=246) e grupo controle - pacientes normotensos (n=87). Aplicou o questionário SF-36 categorizado em componente físico e estado geral de saúde. Como resultado observaram que os normotensos obtiveram médias mais altas em todos os domínios do questionário quando comparados aos hipertensos.

Em relação à adesão ao tratamento nesse estudo pudemos observar que a maioria dos pacientes apresentou adesão parcial ao tratamento. Gewher *et al.* (2018)¹⁹ estudaram 145 hipertensos separados em dois grupos (PA normal e PA não controlada) e aplicaram o Brief Medication Questionnaire que classifica os participantes como: aderente, provável aderente, provável baixa adesão e baixa adesão. No grupo de PA normal, metade dos participantes apresentou aderência ao tratamento medicamentoso, enquanto no grupo de PA não controlada 57,4% baixa adesão.

Souza, Andrade e Sobrinho (2015)²⁰ aplicaram o TMG (teste de Morisky-Green) em 348 participantes que avalia as atitudes do indivíduo em relação ao tratamento medicamentoso por meio de quatro perguntas com respostas sim ou não. Os resultados mostraram 77,1% dos participantes não aderentes ao tratamento medicamentoso, o que diverge dos dados encontrados no presente estudo, que teve a maioria de seus participantes classificados como aderentes parciais.

Mesmo os resultados do presente estudo terem sido satisfatórios é importante pensar em como melhorar a adesão ao tratamento de pacientes hipertensos por meio da educação em saúde, que pode ser feita com cartilhas de conhecimento sobre a doença, orientando sobre fatores de risco, estilo de vida saudável, importância do tratamento medicamentoso, visando melhorar a QV.

Como limitação do estudo podemos citar a dificuldade da coleta realizada de forma online, pois dessa forma não conseguimos ter contato direto com o paciente, podendo com esse contato sanar possíveis dúvidas; não sabemos ao certo se isso pode ter afetado na coleta de dados, pois a percepção do paciente é subjetiva e pode não ser totalmente sincera. Além disso apenas pacientes com acesso à internet poderiam responder a pesquisa, o que também nos traz uma dificuldade em realizar uma limitação geográfica desses participantes, tendo em vista que a cidade onde residiam não foi questionada.

► CONCLUSÃO

Pode-se concluir que os indivíduos com HAS estudados apresentaram boa qualidade de vida referindo que a doença e o tratamento não os afetam e mostraram uma adesão parcial ao tratamento.

► REFERÊNCIAS

- 1 Santimaria MR, Borim FSA, Leme DEC, Neri AL, Fattori A. Falha no diagnóstico e no tratamento medicamentoso da hipertensão arterial em idosos brasileiros – Estudo FIBRA. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2019; 24(10): 3733-3742.
- 2 Sociedade Brasileira de Hipertensão. *7º Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial*. *Revista Hipertensão*, 2016; 9(4): 1-82.
- 3 Sanjuliani AF. Fisiopatologia da Hipertensão Arterial: conceitos teóricos úteis para a prática clínica. *Rev SOCERJ*, 2002; 15(4): 210-218.
- 4 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre*

frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018

5 Mion JD, Pierin AMG, Krasilcic S, Matavelli LC, Santello JL. Diagnóstico da hipertensão arterial. Medicina (Ribeirão Preto) [Internet]. 1996; 29(2/3):193-8.

6 Brasil. Ministério da Saúde (MS). Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: MS; 2013.

7 OLIVEIRA, A. Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. Revista Bioquímica da Hipertensão. São Paulo – SP, 2011.

8 Figueiredo NN, Asakura L. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. Acta paul. enferm. [Internet]. 2010; 23(6): 782-787.

9 De Souza CDC, Arantes AA, Mendonça APP, Silva JS. Qualidade de Vida e Hipertensão Arterial. International Journal of Cardiovascular Sciences, 2016; 29(6); 512-516.

10 Ferreira LK, Meireles JFF, Ferreira MEC. Evaluation of lifestyle and quality of life in the elderly: a literature review. Rev. bras. geriatr. gerontol. [Internet]. 2018; 21(5): 616-627.

11 Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010 / ABESO - 3.ed. - Itapevi, SP: AC Farmacêutica, 2009.

12 Schulz RB, Rossignoli P, Correr CJ, Fernández-Llimós F, Toni PM. Validação do mini-questionário de qualidade de vida em hipertensão arterial (MINICHAL) para o português (Brasil). Arq. Bras. Cardiol. [Internet]. 2008; 90(2): 139-144.

- 13 Martín AL, Bayarre VHD, Grau ÁJA. Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2008; 34(1).
- 14 Matta SR, Luiza VL, Azeredo TB. Adaptacao brasileira de questionario para avaliar adesao terapeutica em hipertensao arterial. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2013; 47(2): 292-300.
- 15 Carvalho MV, Siqueira LB, Sousa ALL, Jardim Paulo César Brandão Veiga. A influência da hipertensão arterial na qualidade de vida. Arq. Bras. Cardiol. [Internet]. 2013; 100(2): 164-174.
- 16 Cavalcante MA, Bombig MTN, Luna FB, Carvalho ACC, Paola AAV, Póvoa R. Qualidade de vida de pacientes hipertensos em tratamento ambulatorial. Arq. Bras. Cardiol. [Internet]. 2007; 89(4): 245-250.
- 17 Ribeiro ÍJS, Boery RNO, Casotti CA, Freire IV, Boery EN. Qualidade de Vida de hipertensos atendidos na Atenção Primária à Saúde. Saúde debat [Internet]. 2015; 39(105): 432-440.
- 18 Bündchen DC, Schenkel IC, Santos RZ, Carvalho T. Exercício físico controla pressão arterial e melhora qualidade de vida. Rev Bras Med Esporte [Internet]. 2013; 19(2): 91-95.
- 19 Gewehr DM, Bandeira VAC, Gelatti GT, Colet CF, Oliveira KR. Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. Saúde debate [Internet]. 2018; 42(116): 179-190.
- 20 Souza FFR, Andrade KVF, Sobrinho CLN. Adesão ao tratamento e controle de níveis pressóricos de hipertensos na Estratégia de Saúde da Família. Rev. Bras Hipertens. Feira de Santana. 2015; 22(4): 133-138.
- 20 OLIVEIRA, A. Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. Revista Bioquímica da Hipertensão. São Paulo – SP, 2011.