



**QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL**  
**QUALITY OF LIFE OF PEOPLE WITH ARTERIAL HYPERTENSION**  
**LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

Victória dos Santos Laqui<sup>1</sup>, Fernanda Gatez Trevisan<sup>2</sup>, Rafaely de Cássia Nogueira Sanches<sup>3</sup>, Anderson da Silva Rêgo<sup>4</sup>, Marcelle Paiano<sup>5</sup>, Cremilde Aparecida Trindade Radovanovic<sup>6</sup>

**RESUMO**

**Objetivo:** avaliar a qualidade de vida de pessoas com hipertensão arterial e relacioná-la ao sexo e ao valor pressórico. **Método:** trata-se de estudo quantitativo, descritivo, transversal, com 191 pessoas em tratamento da hipertensão arterial acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família. Coletaram-se os dados com o MINICHAL - Brasil e o *Medical Outcomes Study 36 - Item Short - Form Health Survey* e se aplicou questionário para o conhecimento dos perfis sociodemográfico, econômico e estilo de vida. Realizou-se análise descritiva e inferencial para o tratamento das variáveis. Apresentaram-se os resultados em tabelas. **Resultados:** revela-se que a maioria dos entrevistados era idosa, com baixa escolaridade, casada e pertencia à classe econômica extrato AB. Apresentaram-se, quanto à avaliação da qualidade de vida, os entrevistados do sexo masculino melhor avaliação em todas as dimensões analisadas em comparação com a população feminina. Mostrou-se, pela maioria dos sujeitos com adequação no controle pressórico, boa qualidade de vida, sendo que o estado mental, as manifestações somáticas, o estado de saúde geral, a capacidade funcional e o desempenho físico tiveram diferenças significativas. **Conclusão:** observou-se que a maioria dos entrevistados apresentou boa qualidade de vida. **Descritores:** Hipertensão; Qualidade de Vida; Estratégia Saúde da Família; Saúde do Adulto; Enfermagem; Saúde Pública.

**ABSTRACT**

**Objective:** to evaluate the quality of life of people with hypertension and relate it to sex and the pressure value. **Method:** this is a quantitative, descriptive, cross-sectional study with 191 people under treatment of hypertension attended by the Family Health Strategy. The data were collected using the tool MINICHAL - Brazil and the *Medical Outcomes Study 36 - Item Short - Form Health Survey* and questionnaire was applied to the knowledge of demographic profiles, economic and life style. Descriptive analysis and inferential statistics for the treatment of variables. The results are presented in the form of tables. **Results:** reveals that the majority of the interviewees was elderly, with low schooling, married and belonged to economic class AB extract. Presented themselves, regarding the assessment of quality of life, the interviewees males better evaluation in all dimensions analyzed in comparison with the female population. It has been shown that, by the majority of subjects with adequacy in blood pressure control, good quality of life, and being that the mental state, the somatic manifestations, the general state of health, functional capacity and physical performance had significant differences. **Conclusion:** it was observed, with the use of the tools mentioned above, that the majority of the interviewees presented a good quality of life. **Descriptors:** Hypertension; Quality of Life; Family Health Strategy; Adult Health; Nursing; Public Health.

**RESUMEN**

**Objetivo:** evaluar la calidad de vida de personas con hipertensión y relacionarlo con el sexo y el grado de la presión. **Método:** se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal, con 191 personas bajo el tratamiento de la hipertensión arterial acompañadas en la Estrategia Salud de la Familia. Los datos fueron obtenidos mediante el instrumento MINICHAL - Brasil y el estudio de resultados médicos 36 - Ítem Short Form Health Survey y el cuestionario fue aplicado para el conocimiento de perfiles demográficos, económicos y de estilo de vida. Análisis descriptivo e inferencial estadística para el tratamiento de variables. Los resultados se presentaron en forma de tablas. **Resultados:** revela que la mayoría de los entrevistados era anciana, con baja escolaridad, casada y pertenecía a la clase económica AB extracto. Se presentaron, en cuanto a la evaluación de la calidad de vida, y los hombres entrevistados una mejor evaluación en todas las dimensiones analizadas, en comparación con la población femenina. Se ha demostrado que, en la mayoría de los sujetos con suficiencia en el control de la presión arterial, la buena calidad de vida, siendo que el estado mental, las manifestaciones somáticas, el estado general de salud, la capacidad funcional y el rendimiento físico había diferencias significativas. **Conclusión:** se observó, con el uso de las herramientas mencionadas anteriormente, que la mayoría de los entrevistados presentan una buena calidad de vida. **Descritores:** Hipertensión; Calidad de Vida; Estrategia de Salud Familiar; Salud del Adulto; Enfermería; Salud Pública.

<sup>1</sup>Enfermeira, Universitária da Universidade Estadual de Maringá/UEM. Maringá (PR), Brasil. E-mail: [vitorialaqui@hotmail.com](mailto:vitorialaqui@hotmail.com) ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-7805-512X>; <sup>2</sup>Mestranda, Universidade Estadual de Maringá/UEM. Maringá (PR), Brasil. E-mail: [fer.gatez@gmail.com](mailto:fer.gatez@gmail.com) ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-7082-6949>; <sup>3,4,5,6</sup>Doutorandos, Universidade Estadual de Maringá/UEM. Maringá (PR), Brasil. E-mail: [rafaely.uem@gmail.com](mailto:rafaely.uem@gmail.com) ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-1686-7595>; E-mail: [anderson.dsre@hotmail.com](mailto:anderson.dsre@hotmail.com) ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-0988-5728>; E-mail: [mpaiano@uem.br](mailto:mpaiano@uem.br) ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-7597-784X>; E-mail: [kikanovic2010@hotmail.com](mailto:kikanovic2010@hotmail.com) ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-9825-3062>

## INTRODUÇÃO

Sabe-se que a hipertensão arterial (HA) é uma doença crônica caracterizada por ser uma condição multifatorial que apresenta níveis elevados da pressão na parede dos vasos sanguíneos. Contribui-se, por alguns fatores, como o sobrepeso, a obesidade, o sedentarismo, o envelhecimento, a alimentação inadequada, o uso abusivo de bebidas alcoólicas, o estresse e fatores genéticos, para o desencadeamento de tal morbidade.<sup>1-2</sup> Considera-se a alta incidência de complicações e mortalidade causada pela doença como um problema de saúde pública mundial<sup>1-3</sup> e, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de um bilhão de pessoas no mundo possui HA, sendo mais acometida a população de países de baixa e média renda.<sup>3</sup>

Informa-se que, no continente americano, cerca de 250 milhões de pessoas sofrem com a pressão arterial elevada e, a cada ano, cerca de 1,6 milhões de mortes são causadas por doenças cardiovasculares, das quais meio milhão ocorre em pessoas com menos de 70 anos de idade.<sup>4</sup> Tem-se, no Brasil, a incidência da HA em aproximadamente 60% da população idosa, representando mais de 50% das causas de mortes entre as doenças cardiovasculares.<sup>5</sup> Observa-se, nesse cenário, a necessidade das ações de educação em saúde para promover a prevenção de hábitos de riscos, tratamento e valor pressórico dessa morbidade.<sup>1</sup>

Possui-se, para tanto, o profissional de saúde da equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) papel importante, uma vez que, por meio do estabelecimento da relação de vínculo com o usuário, é possível construir projetos intervencionistas mais próximos às necessidades dos indivíduos, permitindo uma melhor adesão terapêutica e, conseqüentemente, obtendo resultados mais significativos frente ao tratamento desta doença agravante.<sup>6</sup>

Conduz-se, portanto, pelas mudanças produzidas após o seu diagnóstico, a uma qualidade de vida que, muitas vezes, pode não ser satisfatória para a pessoa com HA, havendo prejuízos psicossociais, financeiros e até mesmo espirituais.<sup>7</sup> Define-se a qualidade de vida (QV), pela OMS,<sup>8</sup> como o indivíduo percebe sua participação nos contextos da cultura e sistemas de valores sociais em relação ao que ele possui como expectativa, padrões e preocupações.

Compreende-se, nesse aspecto, coadunado as mudanças estressoras pelas quais as pessoas com HA são acometidas, como a dificuldade de adaptação e mecanismos para

conviver com a doença, dificuldades em seguir o tratamento de forma adequada, mudança no estilo de vida e alimentar, que a QV tende a ser afetada. Permite-se, dessa forma, ao avaliar o impacto da doença e sua evolução a partir do diagnóstico, conhecer melhor o indivíduo e suas ações para adaptar-se à doença, tendo em vista os fatores socioeconômicos, clínicos e psicossociais que são potencialmente modificáveis, e, ainda, proporciona-se a identificação de novos indicadores sociais e de saúde, favorecendo uma assistência humanizada e reconhecendo a importância da satisfação e do bem-estar próprio destas pessoas.<sup>9</sup>

Proporciona-se, dessa maneira, pela avaliação da QV em pessoas com HA, a compreensão de determinantes importantes na promoção de um tratamento mais adequado, conseqüentemente, a adesão ao mesmo, podendo ser indicador para subsidiar os julgamentos clínicos de doenças específicas e avaliar o impacto físico e psicossocial que geram nas pessoas que adoecem, permitindo um melhor conhecimento acerca da sua condição de saúde.<sup>7</sup>

## OBJETIVO

- Avaliar a qualidade de vida de pessoas com hipertensão arterial e relacioná-la ao sexo e ao valor pressórico.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, transversal, realizado com 191 pessoas em tratamento da HA, acompanhadas pela ESF do município de Maringá, localizado no noroeste do Estado do Paraná, Brasil. Sabe-se que o município possui 35 Unidades Básicas de Saúde (UBS) em funcionamento e 75 equipes da ESF, perfazendo cobertura populacional de 68,01%, e estão cadastradas, até o ano de 2016, cerca de 29.035 pessoas com a morbidade no programa HIPERDIA.<sup>10</sup>

Explica-se que o programa HIPERDIA é um sistema de cadastro e acompanhamento de pessoas com HA e Diabetes Mellitus (DM) cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Possibilita-se, por esse programa, o conhecimento do perfil epidemiológico dos pacientes cadastrados, gerando informações para os gestores locais e secretarias de saúde municipal e estadual, como, também, para o Ministério da Saúde.<sup>11</sup>

Delimitaram-se, como critérios de inclusão do estudo, adultos maiores de 18 anos, residentes na área urbana do município, cadastrados no HIPERDIA e que, no momento da coleta de dados, tivessem recebido

atendimento por profissional de saúde das UBS nos últimos seis meses anteriores à coleta dos dados. Excluíram-se gestantes durante o período da coleta de dados.

Estratificou-se a amostra por unidade, sendo selecionadas cinco UBS de acordo com a liberação da secretaria municipal de saúde. Levantou-se uma amostra aleatória e, para o cálculo amostral, foi utilizada, como base, a população total de 6.519 usuários com HA, que se deu com base na soma dos indivíduos das cinco unidades selecionadas e partir dessa lista. Evidenciou-se uma amostra representativa, calculada por meio de um processo de amostragem estratificada simples, com erro de estimativa de 5% e 95% de intervalo de confiança.

Constituiu-se a amostra por 172 pessoas, acrescida de mais 10% para possíveis perdas, totalizando uma amostra final de 191 pessoas. Realizou-se, após o cálculo amostral, a amostra estratificada dos usuários com HA cadastrados em cada UBS incluída na

pesquisa, a partir da lista disponibilizada pela secretaria de saúde municipal, com nome e código do cadastro no sistema interno da rede de atenção à saúde, e o sorteio conforme o número de pessoas atendidas em cada unidade. Convidou-se, quando os indivíduos selecionados não atendiam aos critérios de inclusão ou se recusavam a participar do estudo, automaticamente, o próximo da lista para participar do estudo.

Apresenta-se, na tabela 1, o número total de pessoas com HA cadastradas nas cinco UBS sorteadas.

Tabela 1. Amostragem estratificada dos indivíduos com hipertensão arterial atendidos pela Atenção Primária à Saúde. Maringá (PR), Brasil, 2017.

| UBS          | Total de acompanhados | Amostra    |
|--------------|-----------------------|------------|
| UBS 1        | 1.673                 | 48         |
| UBS 2        | 932                   | 27         |
| UBS 3        | 1.243                 | 36         |
| UBS 4        | 2.098                 | 61         |
| UBS 5        | 603                   | 19         |
| <b>Total</b> | <b>6.519</b>          | <b>191</b> |

Realizou-se, para iniciar a coleta de dados, o contato com os gestores, médicos e enfermeiros das UBS, os quais encaminharam os pesquisadores para os sujeitos da pesquisa no momento das reuniões do HIPERDIA, quando foram apresentados os objetivos e como se daria a coleta de dados e realizado o convite para a participação. Coletaram-se os dados por meio da aplicação dos questionários entre os meses de fevereiro a março de 2017.

Utilizaram-se quatro instrumentos distintos: o primeiro, construído pelos pesquisadores, objetivou levantar o perfil sociodemográfico e o estilo de vida, questionando sobre o uso de tabaco, consumo de álcool, práticas de atividades físicas, tipo de alimentação específica para a questão ingesta de gordura e de sal. Realizou-se, em seguida, o teste piloto, o qual foi submetido a modificações para a qualificação e adequação ao contexto em que foi aplicado.

Avaliou-se e classificou-se, no segundo, a população quanto ao nível econômico, em que se utilizou o instrumento Critério de Classificação Econômica Brasil, que tem o objetivo de estimar o poder de compra das

pessoas e famílias urbanas.<sup>12</sup> Contêm-se, no instrumento, perguntas referentes à posse de alguns bens de consumo, escolaridade do chefe da família e serviços públicos (água encanada e rua pavimentada). Apresenta-se, no final, um ponto de corte e classificação de A, B1 e B2, C1 e C2 e DE. Agrupou-se, neste estudo, a classificação em AB, C, DE.

Tem-se o *Medical Outcomes Study 36 - Item Short - Form Health Survey (SF-36)* como um instrumento que já foi validado no Brasil e que tem vários itens que mensuram a qualidade de vida, sendo utilizado em pesquisas clínicas e inquéritos populacionais. Revela-se que ele é composto por oito escalas multidimensionais, possui 11 questões e 36 itens, representados por capacidade funcional (dez itens), aspectos físicos (quatro itens), dor (dois itens), estado geral da saúde (cinco itens), vitalidade (quatro itens), aspectos sociais (dois itens), aspectos emocionais (três itens), saúde mental (cinco itens) e uma questão comparativa sobre a percepção atual da saúde e há um ano. Recebe-se, pelo indivíduo, um escore em cada domínio, que

Laqui VS, Trevisan FG, Sanches RCN et al.

Qualidade de vida de pessoas com hipertensão...

varia de zero a 100, sendo zero o pior escore e 100 o melhor.<sup>13</sup>

Esclarece-se que o questionário específico para avaliar a qualidade de vida da pessoa com HA é o MINICHAL, sendo o mais utilizado e conhecido por sua fácil aplicação. Averiguou-se que ele tem sua versão original em espanhol e já foi traduzido e adaptado transculturalmente para o Brasil (MINICHAL-BRASIL), é composto por 17 questões e dividido em dois domínios caracterizados pela atual situação mental e pelas manifestações somáticas causadas pela HA. Atribuíram-se as respostas dos domínios a uma escala de frequência do tipo *Likert* com quatro opções de respostas de zero (Não, absolutamente) a três (Sim, muito).<sup>14</sup>

Descreve-se que, nessa escala, quanto mais próximo a zero esteve o resultado, melhor a QV. Compreendem-se, pelo domínio estado mental, as questões de um a nove, sendo a pontuação máxima de 27 pontos. Abrangem-se, pelo domínio manifestações somáticas, as questões de dez a 16, com pontuação máxima de 21 pontos, e a última questão tem como objetivo verificar como o paciente avalia que a hipertensão e se o seu tratamento tem influenciado a sua QV. Apresentam-se, na versão brasileira, uma confiabilidade alfa de 0,88 para o domínio estado mental e confiabilidade alfa de 0,86 para o domínio manifestações somáticas<sup>14</sup>. Converteram-se as questões do domínio estado mental e manifestações somáticas, do MINICHAL, para que os escores mais altos representem uma melhor QV.<sup>14</sup>

Informaram-se as equipes com antecedência de que os dados referentes aos valores pressóricos seriam necessários para a pesquisa. Infere-se que, como faz parte da rotina dos profissionais de saúde realizar a coleta desses dados durante as reuniões de HIPERDIA, os pesquisadores decidiram utilizar esses dados coletados para não causar a exaustão dos entrevistados em realizar todo o procedimento novamente. Disponibilizavam-se, então, ao final das entrevistas de cada período, pelo enfermeiro (a) ou o técnico (a) de Enfermagem, esses dados essenciais para o preenchimento do formulário.

Codificaram-se os valores em Valor Pressórico Adequado e Valor Pressórico Inadequado, em que se considerou valor adequado quando os valores de pressão arterial sistólica (PAS) estivessem  $\leq$  a 140 mmHg e pressão arterial diastólica (PAD)  $\leq$  a 90mmHg, considerando os critérios da VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial.<sup>15</sup>

Utilizaram-se os testes *Kolmogorov-Smirnov* e *Shapiro-Wilk* para verificar a distribuição

dos dados, considerando-a não normal. Apresentou-se a análise descritiva por meio de tabelas, com distribuição de frequência e medidas descritivas como média e desvio-padrão. Checaram-se todos os questionários, tabulando-os em planilha eletrônica e, posteriormente, analisaram-se os dados por meio do *software* IBM SPSS, versão 20.0. Utilizou-se, para a análise de associação entre as questões do MINICHAL, SF - 36, sexo e valor pressórico, o teste de Mann-Whitney, considerando o valor de  $p < 0,05$  como significativo entre os testes realizados.

Seguiram-se, pela pesquisa, os preceitos da resolução 466/2012<sup>16</sup> e ela foi apreciada pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, recebendo parecer favorável (protocolo número 1.407.687/2016). Assinou-se, por todos os entrevistados, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias.

## RESULTADOS

Entrevistaram-se 191 pessoas com HA, conforme apresentado na tabela 2.

Tabela 2. Perfil sociodemográfico de pessoas com hipertensão arterial acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família. Maringá (PR), Brasil, 2017.

| Variáveis           | Total (n = 191) |      | Feminino (n = 129) |      | Masculino (n = 62) |      |
|---------------------|-----------------|------|--------------------|------|--------------------|------|
|                     | n               | %    | n                  | %    | n                  | %    |
| Idade               |                 |      |                    |      |                    |      |
| 30 - 39             | 6               | 3,1  | 5                  | 3,9  | 1                  | 1,6  |
| 40 - 49             | 7               | 3,7  | 6                  | 4,7  | 1                  | 1,6  |
| 50 - 59             | 27              | 14,1 | 21                 | 16,3 | 6                  | 9,7  |
| > 60                | 151             | 79,1 | 97                 | 75,2 | 54                 | 87,1 |
| Anos de Estudo      |                 |      |                    |      |                    |      |
| Não alfabetizado    | 26              | 13,6 | 18                 | 14,0 | 8                  | 12,9 |
| 1 a 4               | 92              | 48,2 | 60                 | 46,5 | 32                 | 51,6 |
| 5 a 8               | 41              | 21,5 | 29                 | 22,5 | 12                 | 19,4 |
| < 9                 | 32              | 16,8 | 22                 | 17,1 | 10                 | 16,1 |
| Estado Civil        |                 |      |                    |      |                    |      |
| Solteiro            | 8               | 4,2  | 6                  | 4,7  | 2                  | 3,2  |
| Casado              | 130             | 68,1 | 76                 | 59,8 | 54                 | 87,1 |
| Separado/Divorciado | 13              | 6,8  | 10                 | 7,8  | 3                  | 4,8  |
| Viúvo               | 40              | 20,9 | 37                 | 28,7 | 3                  | 4,8  |
| ABEP                |                 |      |                    |      |                    |      |
| AB                  | 90              | 47,1 | 63                 | 48,9 | 27                 | 43,5 |
| C                   | 88              | 46,1 | 57                 | 44,2 | 31                 | 60,5 |
| DE                  | 13              | 6,8  | 9                  | 6,9  | 4                  | 6,5  |

Relatou-se, quanto às variáveis referentes ao estilo de vida na tabela 3.

Tabela 3. Estilo de vida de pessoas com hipertensão arterial acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família. Maringá (PR), Brasil, 2017.

| Variáveis          | Total (n = 191) |      | Feminino (n = 129) |      | Masculino (n = 62) |      |
|--------------------|-----------------|------|--------------------|------|--------------------|------|
|                    | N               | %    | N                  | %    | N                  | %    |
| Tabagista          |                 |      |                    |      |                    |      |
| Sim                | 19              | 9,9  | 11                 | 8,5  | 8                  | 12,9 |
| Não                | 145             | 75,9 | 104                | 80,6 | 41                 | 66,1 |
| Já fumou           | 27              | 14,1 | 14                 | 10,9 | 13                 | 21   |
| Consumo de Álcool  |                 |      |                    |      |                    |      |
| Diariamente        | 7               | 3,7  | 3                  | 2,3  | 4                  | 6,5  |
| 1 - 2 Vezes        | 11              | 5,8  | 5                  | 3,9  | 6                  | 9,7  |
| 3 - 6 Vezes        | 5               | 2,6  | 3                  | 2,3  | 2                  | 3,2  |
| Nunca bebeu        | 143             | 74,9 | 108                | 83,7 | 35                 | 56,5 |
| Eventualmente      | 25              | 13,1 | 10                 | 7,8  | 15                 | 24,2 |
| Valor Pressórico   |                 |      |                    |      |                    |      |
| Adequado           | 146             | 76,4 | 102                | 79,1 | 44                 | 71   |
| Não adequado       | 45              | 23,6 | 27                 | 20,9 | 18                 | 29   |
| Atividade Física   |                 |      |                    |      |                    |      |
| Sim                | 136             | 71,2 | 92                 | 71,3 | 44                 | 71   |
| Não                | 55              | 28,8 | 37                 | 28,7 | 18                 | 29   |
| Dieta              |                 |      |                    |      |                    |      |
| Dieta Hipocalórica | 75              | 39,5 | 53                 | 41,3 | 22                 | 36,3 |
| Restrição de Sal   | 116             | 60,5 | 76                 | 58,7 | 40                 | 63,7 |

Evidenciou-se, referente à qualidade de vida, que, de acordo com o instrumento MINICHAL, o estado geral apresentou a maior média com  $70,96 \pm 11,26$ , que pode ser interpretada como boa qualidade de vida, porém, as manifestações somáticas apresentaram-se estatisticamente significativas quando comparadas à diferença entre o sexo dos entrevistados, e os pacientes do sexo masculino tiveram maior média em todas as dimensões avaliadas em comparação com a população feminina (Tabela 3).

Mostram-se, na tabela 3, também, as médias e o desvio-padrão dos resultados dos escores analisados com o instrumento SF-36.

Tabela 4. Qualidade de vida de pessoas com hipertensão arterial acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família de acordo com o sexo. Maringá (PR), Brasil, 2017.

| Variáveis               | Total<br>(n = 191) | Feminino<br>(n = 129)<br>M±DP** | Masculino<br>(n = 62)<br>M±DP** | P<br>M±DP* |
|-------------------------|--------------------|---------------------------------|---------------------------------|------------|
| MINICHAL                |                    |                                 |                                 |            |
| Estado Mental           | 62,18±11,50        | 60,80±14,41                     | 65,05±13,08                     | 0,051      |
| Manifestações Somáticas | 62,39±12,06        | 60,60±12,46                     | 66,12±10,30                     | 0,003*     |
| Geral                   | 68,97±14,15        | 68,02±15,30                     | 70,96±11,26                     | 0,179      |
| SF - 36                 |                    |                                 |                                 |            |
| Capacidade Funcional    | 79,71±26,55        | 77,82±26,37                     | 83,62±26,72                     | 0,158      |
| Desempenho Físico       | 78,66±39,97        | 76,55±40,23                     | 83,06±36,15                     | 0,281      |
| Dor                     | 68,82±23,25        | 67,49±23,84                     | 71,58±21,91                     | 0,257      |
| Estado de Saúde Geral   | 76,92±21,11        | 74,08±22,02                     | 82,83±17,89                     | 0,007*     |
| Vitalidade              | 65,60±15,87        | 63,33±16,63                     | 70,32±13,05                     | 0,004*     |
| Aspectos Sociais        | 66,95±22,13        | 64,43±22,28                     | 72,17±21,04                     | 0,023*     |
| Aspecto Emocional       | 68,66±32,49        | 85,01±34,09                     | 90,16±28,76                     | 0,254      |
| Saúde Mental            | 67,53±21,01        | 64,86±20,98                     | 73,09±20,08                     | 0,011*     |

\*\*M: Média; DP: Desvio Padrão. \*: Valor de p < 0,05.

Acredita-se, em geral, que os pacientes acompanhados pela ESF apresentaram boa qualidade de vida e, referente ao valor pressórico, mostra-se adequado com relação aos valores de referência. Apresentou-se, com o instrumento MINICHAL, a dimensão total média maior (70,54±12,69) entre aqueles com valor pressórico adequado e todas as dimensões apresentaram-se estatisticamente significativas, caracterizando como melhor qualidade de vida (Tabela 4).

Apontou-se, no questionário SF-36, também, que os pacientes com valor pressórico adequado apresentaram melhor média em todas as dimensões avaliadas. Apresentaram-se as dimensões capacidade funcional, desempenho físico e estado de saúde geral estatisticamente significativas, mostrando que as pessoas com controle pressórico adequado possuem melhor qualidade de vida nas dimensões citadas (Tabela 4).

Tabela 5. Qualidade de vida de pessoas com hipertensão arterial acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família de acordo valor pressórico. Maringá (PR), Brasil, 2017.

|                         | Total<br>(n = 191)<br>M±DP** | Valor Pressórico**    |                        | P      |
|-------------------------|------------------------------|-----------------------|------------------------|--------|
|                         |                              | Adequado<br>(n = 146) | Inadequado<br>(n = 45) |        |
| MINICHAL                |                              |                       |                        |        |
| Estado Mental           | 62,18±11,50                  | 63,71±12,99           | 57,22±16,41            | 0,007* |
| Manifestações Somáticas | 62,39±12,06                  | 63,67±11,52           | 58,25±12,96            | 0,008* |
| Geral                   | 68,97±14,15                  | 70,54±12,69           | 63,88±17,31            | 0,006* |
| SF - 36                 |                              |                       |                        |        |
| Capacidade Funcional    | 79,71±26,55                  | 82,60±24,48           | 70,33±30,84            | 0,006* |
| Desempenho Físico       | 78,66±39,97                  | 84,24±34,61           | 60,55±46,61            | 0,000* |
| Dor                     | 68,82±23,25                  | 69,53±23,01           | 66,51±24,15            | 0,417  |
| Estado de Saúde Geral   | 76,92±21,11                  | 79,27±19,57           | 69,31±24,17            | 0,005* |
| Vitalidade              | 65,60±15,87                  | 66,43±16,07           | 62,88±15,05            | 0,190  |
| Aspectos Sociais        | 66,95±22,13                  | 67,22±23,73           | 66,86±21,70            | 0,925  |
| Aspecto Emocional       | 68,66±32,49                  | 88,73±30,23           | 80,01±38,53            | 0,115  |
| Saúde Mental            | 67,53±21,01                  | 69,04±20,20           | 62,66±22,97            | 0,075  |

\*\*M: Média; DP: Desvio Padrão. \*: Valor de p < 0,05.

## DISCUSSÃO

Indica-se, pela qualidade de vida indica, o nível das condições básicas e suplementares de um indivíduo, e tais condições envolvem diversos fatores, sendo estes emocionais, sociais, religiosos, relacionados a crenças, estado psicológico e físico, e relação com o ambiente em que vive. Percebe-se que a qualidade de vida é influenciada por diversos fatores, explicitando a complexidade e a subjetividade do conceito.<sup>1</sup>

Identificou-se, nesta pesquisa, que a maioria dos participantes foi idosa, sendo confirmada essa prevalência em diversos

outros estudos;<sup>1-2,17</sup> além dos idosa (79,1%), a maioria da população era do sexo feminino (67,5%), o que, na compreensão dos pesquisadores, resulta em dois aspectos: o primeiro é que, para os homens, há um aumento da pressão arterial até os 50 anos de idade e, já nas mulheres, esse aumento se intensifica devido ao período de climatério e menopausa, ou seja, após os 50 anos de idade, e esse fato acontece devido às alterações hormonais, o que fragiliza a mulher e influencia diretamente a sua saúde cardiovascular.<sup>18</sup>

Destaca-se outro aspecto apontando que as mulheres são mais cuidadosas com a saúde,

pois, de uma maneira geral, existem mais mulheres nos programas de HIPERDIA e nas UBS para cuidar da saúde em relação aos homens. Entende-se que elas se preocupam mais em controlar doenças e prevenir seus agravos, já o sexo masculino tende a não procurar, com frequência, o sistema de saúde por ter dificuldade de exercer um comportamento preventivo, muitas vezes, por vergonha e insegurança como, também, devido aos horários de atendimento não compatíveis com a disponibilidade dos pacientes. Acredita-se que essa situação influencia os homens a procurar o sistema de saúde apenas quando já possuem sintomas ou agravantes sérios, pois, na maioria das vezes, a HA é assintomática de início e, com o tempo, pode trazer complicações graves para a saúde do indivíduo.<sup>19</sup>

Nota-se, com relação à escolaridade, que a maioria possuía até quatro anos de estudo. Compreende-se que, na época dos anos 50, os tempos de estudos eram substituídos para a dedicação ao trabalho, geralmente na agricultura e no comércio para ajudar no sustento da casa e de toda a família, assim, as crianças não completavam o Ensino Fundamental, refletindo, na atualidade, em uma porcentagem expressiva da população idosa com baixa escolarização. Dificultam-se, por essa questão, também, a compreensão da doença e a continuidade do tratamento.<sup>6</sup>

Revela-se que a maioria era casada, considerando o estado civil da população do estudo, e pessoas com companheiros possuem maior facilidade no enfrentamento do processo de doença devido ao apoio significativo e cotidiano que recebem.<sup>20</sup> Apreende-se, nesse aspecto, que há incentivo maior quando se possui um companheiro para se manter em constante tratamento com disciplina e obedecer às exigências propostas para uma melhor qualidade de vida e bem-estar, pois se nota que um auxilia o outro para manter uma vida saudável.

Destaca-se, ao se tratar do domínio classe social, que a prevalência foi do extrato AB, e ter um poder econômico maior e viver em áreas com boas condições de moradia colaboram para que o indivíduo tenha maior aderência ao tratamento e hábitos de vida mais saudáveis. Percebe-se, em contrapartida, que pessoas de baixas classes econômicas possuem maiores chances de desenvolver doenças, muitas vezes relacionadas à baixa nutrição, escassas condições ambientais de moradia, como o acesso à água tratada e ao saneamento básico, bem como às condições de trabalho e existência.<sup>21</sup>

Detalha-se, no que se refere ao estilo de vida dos pacientes atendidos na ESF, de uma maneira geral, que eles possuem um estilo de vida relativamente saudável, tendo em vista que a maioria não fuma (75,9%) e não consome bebidas alcoólicas diariamente (74,9%), o que pode favorecer o adequado valor da pressão arterial e a redução das chances de complicações e comorbidades, principalmente na questão do consumo de bebidas alcoólicas, que interfere na adesão ao tratamento e possui interações com os medicamentos utilizados para a terapêutica de escolha.<sup>1</sup>

Necessita-se, não obstante, que as equipes de saúde realizem atividades que incentivem as práticas de autocuidado, principalmente as que se relacionam ao tabagismo. Faz-se necessário, como a maioria da população tem escolaridade baixa, que a educação em saúde seja presente, principalmente durante as reuniões de HIPERDIA que resultem em benefícios para as pessoas com HA, melhorando sua qualidade de vida e fortalecendo o tratamento da doença.<sup>1,17</sup>

Referiu-se, nesse aspecto, pela maioria dos entrevistados, praticar atividade física, considerada um dos fatores que diminuem a probabilidade de agravantes devido à melhora do condicionamento físico. Torna-se, nesse sentido, de grande importância que a equipe de saúde incentive os usuários a fazer atividade física, uma vez que a obesidade é um dos fatores de risco para HA. Consome-se, com o exercício físico, pelo paciente, mais água, controlando o seu peso, melhorando a saúde mental e refletindo na qualidade de vida.<sup>22</sup>

Afirmou-se, pelos participantes desta pesquisa, tentar manter uma dieta alimentar saudável na medida do possível, consumindo dieta hipocalórica e com restrição ao sal, o que minimiza os impactos negativos causados por agravos da doença. Ressalta-se que a alimentação está diretamente relacionada à qualidade de vida com a saúde, e o consumo de frutas, verduras, legumes, carboidratos e proteínas de forma equilibrada faz com que o organismo reaja positivamente ao tratamento. Aponta-se, por alguns estudos,<sup>23-25</sup> a dificuldade da adesão dos pacientes a uma dieta saudável pelo motivo de mudar drasticamente os hábitos alimentares da pessoa com HA. Salienta-se que o consumo excessivo de sal faz com que a pressão arterial aumente, dificultando sua manutenção e o tratamento para evitar agravos da doença.<sup>26</sup>

Empregaram-se, para a avaliação da qualidade de vida, dois instrumentos: o

Laqui VS, Trevisan FG, Sanches RCN et al.

MINICHAL, que é específico para a pessoa com HÁ, e o SF-36. Englobam-se, pelo instrumento MINICHAL, o estado mental, as manifestações somáticas e a saúde mental em geral. Evidenciou-se, com relação ao estado mental, semelhança em comparação com o estudo realizado em Minas Gerais<sup>24</sup> com pessoas em tratamento da HA, porém, este estudo obteve ainda um melhor resultado da qualidade de vida dos indivíduos com a doença.

Observou-se, embora alguns estudos<sup>1,24</sup> tenham evidenciado que pessoas com HA possuem uma pior qualidade de vida, neste estudo, que a população participante possui boa qualidade de vida, apresentando resultados melhores do que os encontrados em outros estudos.<sup>23-4</sup> Promovem-se, pelos serviços de saúde, em especial a ESF, apesar de algumas dificuldades, ações e serviços que favorecem o vínculo, o que contribui para a adesão ao tratamento e para a adoção das sugestões de hábitos de vida propostos pelos profissionais da saúde.<sup>27</sup>

Obteve-se, neste estudo, pela população masculina, uma média maior em relação à saúde mental e suas manifestações somáticas em comparação com as mulheres, indicando que os homens estão com qualidade de vida relativamente boa. Corrobora-se, por esse resultado, estudo realizado com pessoas em tratamento da HA no Rio de Janeiro.<sup>23</sup> Percebe-se que a população do sexo masculino está menos sujeita a ter dificuldades em relação aos aspectos psíquicos e emocionais; já as mulheres expressam mais dificuldades e isto se dá pela baixa produção de serotonina e oscilação dos hormônios, tornando-as mais suscetíveis a um estado mental e manifestações somáticas com baixos escores, refletindo diretamente em sua qualidade de vida.<sup>24</sup>

Apontaram-se, pelo instrumento SF-36, valores satisfatórios em relação à qualidade de vida dos pacientes residentes em Maringá e que estão sendo assistidos pelas UBS. Obteve-se, com relação ao instrumento SF-36, em comparação com outro estudo,<sup>28</sup> realizado em Guarapuava-PR, que utilizou o mesmo instrumento, uma qualidade de vida com valor um pouco menor do que a população residente no município, em todos os aspectos levantados, como, por exemplo, a capacidade funcional na qual o resultado foi de  $74,07 \pm 18,710$ ; já nesta pesquisa, foi a média de  $79,71 \pm 26,55$ , porém, mesmo com esta pequena diferença nos valores apresentados, ambas as cidades possuem boa qualidade de vida, de acordo com os entrevistados. Infere-se que, no estudo<sup>28</sup> em discussão, os homens também obtiveram um escore maior do que as

Qualidade de vida de pessoas com hipertensão...

mulheres, em relação a todos as dimensões analisadas.

Apresentaram-se, em estudo realizado na cidade de Jequié, Bahia, resultados semelhantes a este estudo, apontando a cronicidade da doença como fator principal nos escores menores relacionado às dimensões da qualidade de vida. Relaciona-se essa cronicidade ao tempo de convivência com a doença e a resultados oriundos do tratamento, em manter o controle pressórico adequado. Destaca-se, desse modo, a importância desse estudo em apontar tais resultados e fomentar a necessidade de novas estratégias de enfrentamento da doença.<sup>29</sup>

Evidencia-se, além das questões relacionadas aos fatores biológicos, que as questões social e psicossocial são abrangentes e possuem influência na qualidade de vida, devendo ser considerada no plano terapêutico das pessoas com HA. Pode-se favorecer, ao preservar relacionamentos, o convívio social, principalmente, com os familiares e amigos, além do aparato religioso, a qualidade de vida, intensificando respostas positivas ao tratamento da doença.<sup>30</sup>

Indicam-se, nas questões relacionadas à vitalidade, capacidade funcional e desempenho físico, que apresentaram diferenças estatísticas significativas, boa qualidade de vida para quem tinha valor pressórico adequado e a necessidade de tratamento mais intenso, principalmente pela população ser mais idosa, o que certamente produz impacto no desempenho físico desses pacientes intensificado pela doença. Salienta-se que a autonomia funcional pode influenciar os aspectos sociais e emocionais, sendo necessárias políticas públicas para as questões em debate.<sup>30</sup>

Possibilitou-se demonstrar que, em geral, os entrevistados acompanhados pela ESF possuem uma boa qualidade de vida, em que foram analisados os aspectos sociais, emocionais, físicos e psicológicos, com controle pressórico adequado. Evidencia-se, neste estudo, que os entrevistados possuem boa alimentação, com consumo mínimo de sódio e gordura e prática de exercício físico, incentivados pelos profissionais de saúde.

Acredita-se que a continuação do estudo, com o intuito de identificar os hiatos potenciais que interferem em uma assistência mais resolutiva, potencializará a organização, o manejo e a implementação das ações que já são realizadas e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida dos participantes do estudo. Limita-se esta pesquisa a questões geográficas, por ter sido realizada em uma cidade e com apenas cinco

UBS, considerando que a cidade possui 35, o que não credencia a generalização desses dados com toda a população com HA acompanhada pelo município.

## CONCLUSÃO

Constatou-se que os pacientes das cinco Unidades Básicas de Saúde do município, cenário deste estudo, possuem boa qualidade de vida. Identificou-se que a população feminina teve maior porcentagem de não tabagistas, de nunca ter consumido álcool, realiza práticas de atividades físicas, tem uma dieta hipocalórica e possui valor pressórico adequado, enquanto a população masculina teve maior prevalência com relação à restrição de sal. Observou-se, também, que, apesar de as mulheres possuírem melhor estilo de vida, os homens apresentam melhor qualidade de vida em todas as dimensões analisadas.

Averiguou-se, de acordo com o MINICHAL, que houve diferenças significativas nas manifestações somáticas, quando considerado o sexo como variável dependente, sendo que a população masculina possui uma melhor qualidade de vida e, quanto ao valor pressórico, o mesmo instrumento apresentou diferenças significativas entre a saúde mental, as manifestações somáticas e o estado de saúde geral nos quais as pessoas com controle pressórico adequado possuem melhor qualidade de vida.

Conclui-se, no que concerne ao instrumento SF-36, que o estado de saúde geral, a vitalidade, os aspectos sociais e a saúde mental apresentaram diferenças significativas quando relacionados ao sexo em que a população feminina tem melhor qualidade de vida e, quanto ao valor pressórico, houve diferença significativa na capacidade funcional, desempenho físico e estado de saúde geral, considerados como boa qualidade de vida para a população que possui valor pressórico adequado.

## REFERÊNCIAS

1. Rêgo AS, Laqui VS, Trevisan FG, Jaques AE, Oliveira RR, Radovanovic CAT. Factors associated with inappropriate blood pressure in Hypertensive patients. *Cogitare Enferm.* 2018;(23)1: e54087. Doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i1.54087>
2. Oliveira JF, Souza Filho ZA, Pereira RSF, Gonzaga JP. Tensional levels and factors associated with arterial hypertension. *J Nurs UFPE on line.* 2018 Dec; 12(12):3312-9. Doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a236161p3312-3319-2018>
3. World Health Organization. Health statistics and information systems: estimates for 2000-2012: causespecific mortality. [Internet] Geneva: WHO; 2015 [cited 2017 Nov 12]. Available from: [http://www.who.int/gho/mortality\\_burden\\_disease/en/index.html](http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/en/index.html)
4. World Health Organization. Health statistics and information systems [Internet]. Geneva: WHO; 2014 [cited 2017 Nov 12]. Available from: <http://www.who.int/healthinfo/en/>
5. Benjamin EJ, Blaha MJ, Chiuve SE, Cushman M, Das SR, Deo R, et al. American Heart Association Statistics Committee Stroke Statistics Subcommittee Heart disease and stroke statistics-2017 update: a report from the American Heart Association. *Circulation.* 2017 Mar; 135(10):e146-e603. Doi: [10.1161/CIR.0000000000000485](https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000485)
6. Barreto MS, Matsuda LM, Marcon SS. Factors associated with inadequate blood pressure control in patients of primary care. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2016 Jan/Mar; 20(1):114-20. Doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160016>.
7. Visentin A, Mantovani MF, Caveião C, Mendes TA, Neves AS, Hey AP. Quality of life of an institution hypertensive older women long stay. *Rev RENE.* 2015; 16(2):218-25. Doi: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2015000200011>
8. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* 1995 Nov; 41(10):403-9. Doi: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K)
9. Borges JWP, Moreira TMM, Schmitt J, Andrade DF, Barbeta PA, Souza ACC, et al. Measuring the quality of life in hypertension according to Item Response Theory. *Rev Saúde Pública.* 2017 Apr; 51:45. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006845>
10. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2001 [cited 2018 July 15]. Available from: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/plano\\_reorganizacao\\_atencao.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/plano_reorganizacao_atencao.pdf).
11. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2001 [cited 2018 July 15]. Available

from:

[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/plano\\_reorganizacao\\_atencao.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/plano_reorganizacao_atencao.pdf).

12. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Adoção do CCEB 2008: Critério de Classificação Econômica Brasil. São Paulo: ABEP; 2015.

13. Barbosa LMM, Machado CB. Glossário de epidemiologia e saúde. In: Rouquayrol MZ, Gurgel M, editors. Rouquayrol: epidemiologia e saúde. 7th ed. Rio de Janeiro: MedBook; 2013.

14. Schulz RB, Rossignoli P, Correr CJ, Fernández-Llimós F, Toni PM. Validation of the short form of the spanish hypertension quality of life questionnaire (MINICHAL) for portuguese (Brazil). *Arq Bras Cardiol*. 2008 Feb;90(2):139-44. Doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2008000200010>

15. Malachias MVB, Souza WKS, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial: capítulo 3 - Avaliação Clínica e Complementar *Arq Bras Cardiol*. 2016 Sept;107(3 Suppl 3):1-83. Doi: <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20160153>

16. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2018 June 15]. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)

17. Radovanovic CAT, Bevilacqua CA, Molena-Fernandes CA, Marcon SS. Multi-professional intervention in adults with arterial hypertension: a randomized clinical trial. *Rev Bras Enferm*. 2016 Nov/Dec;69(6):1005-11. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0320>

18. Gorgui J, Gorshkov M, Khan N, Daskalopoulou SS. Hypertension as a risk factor for ischemic stroke in women. *Can J Cardiol*. 2014 July;30(7):774-82. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2014.01.007>

19. Silva SSBE, Oliveira SFSB, Pierin AMG. The control of hypertension in men and women: a comparative analysis. *Rev esc enferm USP*. 2016 Feb; 50(1):50-8. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000100007>

20. Barreto MS, Marcon SS. Patient perspectives on family participation in the treatment of hypertension. *Texto contexto-enferm*. 2014 Jan/Mar;23(1):38-46. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072014000100005>

21. Nunes MG, Silva AR, Bernardino AO, Oliveira BL, Barreto Neto AC. Prevalence and factors associated with the cooperation of arterial hypertension patients. *Acta Paul Enferm*. 2015 July/Aug; 28(4):323-30. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500055>.

22. Onyango MJ, Kombe I, Nyamongo DS, Mwangui MA. Study to determine the prevalence and factors associated with hypertension among employees working at a call centre Nairobi Kenya. *Pan Afr Med J*. 2017 July;27(178):1-9. Doi:

<http://dx.doi.org/10.11604/pamj.2017.27.17.8.13073>

23. Kaliyaperumal S, Hari S, Siddela P, Yadala S. Assessment of quality of life in hypertensive patients. *J Appl Pharm Sci*. 2016 May;6(5):143-7. Doi:

<https://doi.org/10.7324/JAPS.2016.60522>

24. Silva PCS, Fava SMCL, Machado JP, Bezerra SMMS, Gonçalves MPT, Veiga EV. Nutrition and health-related quality of life among people with hypertension. *Rev RENE*. 2014 Nov/Dec;15(6):1016-23. Doi:

<http://dx.doi.org/10.15253/rev%20rene.v15i6.3303>

25. Saleem F, Hassali MA, Shafie AA. A cross-sectional assessment of health-related quality of life (HRQoL) among hypertensive patients in Pakistan. *Health Expect*. 2014 June;17(3):388-95. Doi:

<https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2012.00765.x>

26. Carson TL, Hidalgo B, Ard JD, Affuso O. Dietary interventions and quality of life: a systematic review of the literature. *J Nutr Educ Behav*. 2014 Mar/Apr;46(2):90-101. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2013.09.005>

27. Rêgo AS, Radovanovic CAT. Adherence of hypertension patients in the Brazil's Family Health Strategy. *Rev Bras Enferm*. 2018 May/June;71(3):1030-7. Doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0297>

28. Amaral FA, Dall'agnol SM, Maganinhi CB, Freitas NAR, Kich C. Quality of life of users of the Program Hiperdia of a Basic Health Unit in the city of Guarapuava/. *Rev Saúde Pública Paraná*. 2017 July;18(1):64-71.

29. Ribeiro IJS, Boery RNO, Casotti CA, Freire IV, Boery EN. Quality of life of people with high blood pressure at the Primary Health Care. *Saúde Debate*. 2015 Apr/June;39(105):432-40. Doi:

<https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002011>

30. Esteves M, Vendramini S, Santos ML, Brandão V, Soler Z, Lourenção L. Quality of

Laqui VS, Trevisan FG, Sanches RCN et al.

Qualidade de vida de pessoas com hipertensão...

life of hypertensive and diabetic elderly in an outpatient clinic. 2017; 50(1):18-28. Doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v50i1p18-28>

Submissão: 18/09/2018

Aceito: 27/02/2019

Publicado: 01/05/2019

#### **Correspondência**

Anderson da Silva Rêgo

Avenida Colombo, 5.790 - Campus

Universitário - Bloco 001, sala 023

CEP: 87020-900 – Maringá (PR), Brasil