

Fatores que interferem na qualidade de vida de pacientes de um centro de referência em hipertensão arterial

Autores: Liza Batista Siqueira¹, Paulo César Brandão Veiga Jardim², Maria Virgínia Carvalho³, Ana Luiza Souza Lima³

Unidade acadêmica: Faculdade de Medicina, UFG

E-mail: lizabatista@hotmail.com

Palavras-chave: qualidade de vida, hipertensão arterial, medicamentos

Introdução

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um grande problema de saúde pública, com custos médicos e socioeconômicos elevados. No Brasil estima-se que haja 30 milhões de indivíduos hipertensos (Barbosa, 2008). Cerca de 50% dos portadores desconhecem sua condição de hipertenso. Destes, menos de 50% fazem o tratamento com regularidade, mantendo bons níveis de adesão. Dos que fazem tratamento, regular ou não, aproximadamente 50% não controlam a pressão arterial (PA) e apenas 10% dos pacientes são tratados efetivamente (Perés *et all*, 2003; Simonetti *et all*, 2002).

A seriedade com que o paciente adere a sua terapêutica influencia diretamente na sua qualidade de vida, seja pela quantidade de medicamentos ingeridos quando o tratamento é adequado, seja pelas complicações da doença devido a não aderência ao tratamento.

Estudar os fatores que interferem na qualidade de vida dos pacientes hipertensos é uma maneira de compreender melhor a relação entre qualidade de vida e hipertensão haja visto que seu tratamento visa não apenas o alívio sintomático, mas principalmente a diminuição da morbi-mortalidade e do comprometimento psicológico e social buscando a manutenção ou melhora na qualidade de vida (Trevisol, Moreira e Fuchs, 2008).

Objetivos

Objetivo geral:

- Avaliar quais os fatores interferem na qualidade de vida de pacientes de um serviço de referência para o tratamento da hipertensão arterial.

Objetivos específicos:

¹ Orientanda; ² Orientador; ³ Co-autores
Revisado pelo orientador

- Descrever a população estudada: caracterização demográfica; quanto ao tipo de hipertensão (primária ou secundária); quanto ao controle da pressão arterial; quanto a presença de comorbidades.
- Avaliar a qualidade de vida dos pacientes estudados
- Estudar a relação do tempo de diagnóstico e de tratamento da HAS com a qualidade de vida dos pacientes hipertensos.
- Avaliar a influência do controle da PA na qualidade de vida dos pacientes;
- Categorizar o uso de medicamentos quanto a sua classe, número de medicamentos usados para o tratamento da HAS, número de tomadas e de comprimidos ingeridos diariamente e correlacionar cada dado com a qualidade de vida.
- Avaliar se diagnóstico de comorbidades apresenta influência na qualidade de vida dos pacientes hipertensos.

Metodologia

Tipo de estudo: Observacional transversal.

População: Foi formada por hipertensos matriculados na Liga de Hipertensão Arterial da Faculdade de Medicina do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (LHA/FM/HC/UFG). Os pacientes foram selecionados aleatoriamente a partir dos prontuários. Para efeito de comparação foram avaliados indivíduos da comunidade com mesmas características sócio-demográficas, Foram assim constituídos um Grupo Estudo (representativo dos pacientes da Liga de Hipertensão) e um Grupo Controle representando indivíduos saudáveis da comunidade.

Critérios de inclusão: Grupo Estudo - Maiores de 18 anos; cadastrados e acompanhados pela LHA há pelo menos um ano, independentemente do grau de controle da pressão arterial; em uso de dose estável de medicação anti-hipertensiva há pelo menos 3 meses; assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Grupo Controle – Maiores de 18 anos sem patologias clínicas diagnósticas e sem uso qualquer medicação; assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

Critérios de exclusão: Diabetes descompensado; seqüelas de acidente vascular cerebral; insuficiência Cardíaca descompensada; insuficiência Renal Crônica (creatinina > 1.3); Insuficiência hepática; infarto agudo do miocárdio nos últimos seis meses; doenças reumatológicas ativas; doença pulmonar obstrutiva crônica; outras doenças crônicas

incapacitantes (doenças consumptivas); tabagistas; utilização de psicofármacos; ser atendido em processo psicoterápico; ser sujeito de pesquisa em outro projeto.

Coleta de Dados: Após a entrevista inicial para a assinatura do TCLE, aos que concordaram em participar, foi aplicado um questionário com dados: sócio-demográficos (sexo, idade, estado civil, renda familiar, cor, escolaridade, profissão) e tempo de diagnóstico e de tratamento da hipertensão (em anos). Também foram aplicados os questionários de qualidade de vida (SF-36), por uma única pesquisadora (psicóloga) de forma oral, na modalidade de entrevista.

Através de consulta aos prontuários, foram coletados os dados clínicos:

o Classificação da HAS o HAS controlada: considerado quando a média das duas últimas medidas na última consulta for $<140 \times 90$ mmHg e ou para os diabéticos $<130 \times 85$ mmHg. (V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2006).

o Comorbidades: Outras doenças em tratamento medicamentoso (diabetes mellitus, dislipidemia, hiperuricemia, outras)

o Quantidade de medicamentos utilizados diariamente: para tratamento da HAS e número de tomadas e de comprimidos utilizados diariamente independente da finalidade;

o Avaliação nutricional: sobrepeso os que apresentarem IMC entre 25 e 30 e obesos, os portadores de $IMC > 30$ (WHO, 2006).

Análise estatística: Para elaboração do banco de dados e análise estatística, foi utilizado o programa do SPSS 16 (version 16.0; SPSS, Chicago, IL, USA). O teste de Kolmogorov-Smirnov foi usado para avaliar se as variáveis contínuas apresentavam distribuição normal. Os valores foram expressos em média \pm desvio padrão, mediana e percentil. Foi realizada análise descritiva da amostra, bem como o estudo das correlações entre a qualidade de vida e as outras variáveis do estudo. Para todas as análises foram consideradas um nível de 5% de significância.

Resultados

Foram estudados 246 pacientes matriculados na Liga de Hipertensão Arterial (GE) e 87 indivíduos da comunidade (GC) de acordo com os critérios de inclusão/exclusão.

A caracterização da população estudada está demonstrada na Tabela 1 onde pode ser verificada a homogeneidade do GE e GC. Dos entrevistados, a maioria era do sexo feminino; a média de idade foi de 62,8 ($\pm 12,7$) e 60,3 ($\pm 12,3$) anos para o GE e GC. Predominaram pacientes com idade igual ou maior que 60 anos, sendo que; 68,7% (GE) e 67,8% (GC) eram

brancos. A maioria tinha o primeiro grau incompleto e em relação ao estado civil 54,1% do GE e 62,1% do GC tinham companheiro. Nos dois grupos a maioria era de não tabagistas e em torno de 50% tinham a renda familiar na faixa de 1 a 4 salários mínimos.

Tabela 1- Caracterização da população do estudo

	Grupo estudo		Grupo Controle		p
	N	%	N	%	
Sexo					
Masculino	71	28,9	29	33,3	p=0,434
Feminino	175	71,1	58	66,7	
Idade					
					p=0,102
Média	62,8		60,3		
Mínima	19		24		
Máxima	87		84		
Mediana	64		62		
DP	12,7		12,3		
Faixa Etária					
					p=0,697
<30	4	1,6	2	2,3	
30 --40	9	3,7	4	4,6	
40 --50	20	8,1	11	12,6	
50 --60	61	24,8	18	20,7	
60+	152	61,8	52	59,8	
Etnia					
					p=0,879
Não Brancos	77	31,3	28	32,2	
Brancos	169	68,7	59	67,8	
Escolaridade					
					p =0,071
Primeiro grau incompleto	166	67,5	48	55,2	
Primeiro grau completo	13	5,3	10	11,5	
Segundo grau incompleto	13	5,3	9	10,3	

¹ Orientanda; ² Orientador; ³ Co-autores
Revisado pelo orientador

Segundo grau completo	41	16,7	14	16,1
Terceiro grau incompleto	1	0,4	2	2,3
Terceiro grau completo	12	4,9	4	4,6
Estado civil p=0,196				
Sem companheiro	113	45,9	33	37,9
Com companheiro	133	54,1	54	62,1
Tabagismo p=0,824				
Não fumante	138	56,1	50	57,5
Ex- fumante	108	43,9	37	42,5
Renda familiar p=0,392				
1 salário mínimo	100	40,7	30	34,5
1 a 4 salários mínimos	123	50,0	45	51,7
Mais de 4 salários mínimos	23	9,3	12	13,8

As dimensões do SF-36 são medidas numa escala normatizada que varia de zero (pior qualidade de vida - QV) a cem (melhor QV). Na Tabela 2, são apresentados os escores relativos a cada domínio do SF-36 no GE e no GC. O GC obteve em todos os domínios, médias mais altas quando comparado ao GE. A diferença entre as médias foi estatisticamente significativa ($p=0,05$) em todos os domínios com exceção do domínio aspecto emocional ($p=0,36$). Assim, os indivíduos normotensos apresentaram melhor QV quando comparado aos hipertensos.

Tabela 2 – Escores relativos aos domínios do SF-36 para GE e CG*

Domínios SF-36	Grupo estudo		Grupo Controle		p**
	Média	DP	Média	DP	
Capacidade funcional***	61,02	24,09	80,98	17,65	0,000
Aspectos físicos***	72,97	38,81	90,52	28,08	0,000

¹ Orientanda; ² Orientador; ³ Co-autores
Revisado pelo orientador

Dor***	61,13	25,01	76,15	22,48	0,000
Estado geral de saúde***	64,43	21,82	75,87	16,24	0,000
Vitalidade***	55,73	13,65	62,36	9,02	0,000
Aspectos sociais***	61,68	18,99	72,53	15,42	0,000
Aspecto emocional***	75,21	39,95	80,84	35,08	0,363
Saúde mental***	66,59	20,96	78,99	13,46	0,000

*Valores expressos em média e desvio padrão; **p significativo ($p < 0,05$);

***os escores de todos os domínios do SF-36.

Analisando a QV através do SF-36 com as variáveis sócio-demográficas verificou-se que na variável sexo, os homens apresentaram médias mais altas em todos os domínios quando comparado as mulheres. Assim, o sexo masculino apresentou melhor QV quando comparado com o sexo feminino.

Em relação à faixa etária houve diferença estatisticamente significativa no domínio CF ($p=0,020$) onde os pacientes mais jovens apresentaram maiores médias, demonstrando melhor QV. Em relação à renda houve diferença estatisticamente significativa no domínio CF ($p=0,000$) uma vez que, os pacientes com maior renda apresentaram médias mais altas demonstrando melhor QV no domínio CF. A diferença estatisticamente significativa também, foi detectada no domínio CF ($p=0,000$) em relação à variável escolaridade, onde os pacientes com maior escolaridade apresentaram médias mais altas neste domínio. Com relação ao estado civil aqueles que tinham um companheiro apresentaram melhores médias de QV nos domínios CF, AF, AS e AE com diferença estatisticamente significativa $p=0,004$; $p=0,004$; $p=0,004$; $p=0,000$, respectivamente.

Na análise das variáveis sócio-demográficas com o SF-36 verificou-se que na variável sexo as médias foram estatisticamente significativas em todos os domínios do SF-36; as variáveis, faixa etária, renda e escolaridade apresentaram diferenças significativas no domínio CF e por fim, a variável estado civil apresentou diferença significativa nos domínios AF, AF, AS e AE. Desta forma, pode-se constatar que todas as variáveis apresentaram diferença

significativa no domínio CF. Para tentar identificar uma possível relação de causalidade desses fatores de risco foi realizada uma regressão logística.

Os dados relativos a tempo de diagnóstico e de tratamento e sua relação com a qualidade de vida dos pacientes hipertensos; ao controle da PA na qualidade de vida dos pacientes; categorização de medicamentos quanto a sua classe, número de medicamentos usados para o tratamento da HAS, número de tomadas e de comprimidos ingeridos diariamente e sua correlação com a qualidade de vida e a influência do diagnóstico de comorbidades na qualidade de vida estão ainda em processo de análise e não são apresentados neste relatório.

Discussão

Apesar de se tratar de resultados parciais, algumas considerações podem ser realizadas.

O grau de escolaridade e renda predominante é baixo, o que condiz com o perfil atendido por um serviço público de saúde. A pouca escolaridade reflete-se na escassa conscientização que muitos têm acerca da sua doença, sendo reforçado por seu caráter assintomático. A baixa renda familiar atua como um outro fator limitante.

Estatisticamente percebeu-se que o grupo controle apresenta maior QV que o grupo estudo, em praticamente todos os domínios estudados. Isso provavelmente se deve a inúmeros fatores, entre os quais podemos citar a incidência de complicações oriundas da própria doença e o uso de medicamentos, com as várias implicações que isso representa: custos financeiros, efeitos colaterais, posologia, variedade de comprimidos e drogas. O real papel do uso de medicamentos na qualidade de vida dos pacientes hipertensos poderá ser melhor elucidado com a análise estatística dos dados coletados.

Verificou-se ainda que os homens apresentaram níveis de QV melhor que as mulheres, o que pode refletir diferenças no estilo de vida. Deve neste contexto ser lembrado neste contexto a freqüente dupla jornada de trabalho feminina, o aumento da carga tabágica e o crescente estresse representado pela agregação de responsabilidades e competitividade anteriormente restrita aos indivíduos do sexo masculino. Os pacientes mais jovens também obtiveram melhor pontuação nos testes, podendo-se inferir que as comorbidades do indivíduo com idades mais elevadas influenciam negativamente na sua QV. Em relação ao estado civil,

pacientes com parceiros foram identificados com melhor QV, provavelmente devido a estabilidade que a relação proporciona e estilo de vida mais saudável.

Conclusões/considerações finais

Como as análises estatísticas ainda estão em fase de processamento, não foi possível estabelecer grandes considerações acerca da QV em pacientes hipertensos. Através do aprofundamento do estudo dos dados coletados, será possível demonstrar melhores correlações, principalmente no que se refere ao uso de medicamentos, o que se tornará um instrumento de grande valia para o médico ao prescrever um paciente, haja vista que determinará uma maior aderência ao tratamento e conseqüentemente resultados mais satisfatórios.

Referências.

- Barbosa JB et al. Prevalência da Hipertensão Arterial em Adultos e Fatores Associados em São Luís – MA. Arq Bras Cardiol. 2008; 91(4):260-266.
- Trevisol DJ, Moreira LB, Fuchs SC. Qualidade de vida e hipertensão arterial. Hipertensão 2008; 11 (4): 138-142.
- Simonetti JP, Batista L, Carvalho LR. Hábitos de saúde e fatores de risco em pacientes com hipertensão arterial. Rev Latino-Am. Enfermagem 2002; 10(3): 415-22.
- Péres DS, Magna JM, Viana LA. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. Rev Saúde Pública 2003; 37(5): 635-42.
- V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Arq. Bras. Cardiol. 2007; 89(3): e24-e79.
- WHO. Obesity and overweight, fact sheet n.311, 2006.