

REGIME TERAPÊUTICO E QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES HIPERTENSOS

TREATMENT REGIMEN AND QUALITY OF LIFE OF HYPERTENSIVE PATIENTS

Paulo Henrique Ribeiro Fernandes Almeida^{a*}, Ingrid Novaes Leão^{b**},
Bruno Gonçalves de Oliveira^{c***}, Brígida Dias Fernandes^{d*}, Juliana Álvares^{e*},
Wânia Cristina Silva^{f*}, Mauricio Monsalve David^{g**}, Gisele da Silveira Lemos^{h**},
Cláudio Henrique Meira Mascarenhas^{h**}

henriqueroibeiro.farm@gmail.com^a, ingridleao@gmail.com^b, brunoxrmf5@gmail.com^c, brifernandes@hotmail.com^d, jualvares@gmail.com^e,
wania.silva2014@gmail.com^f, mauro451@gmail.com^g, giselesilveiralemos@gmail.com^h, claudio12fisio@hotmail.comⁱ
Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)^{*}, Universidade Federal de Sergipe (HU-UFS/EBSERH)^{**}, Universidade Estadual do Sudoeste da
Bahia (UESB)^{***}, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia^{****}

Data do recebimento do artigo: 13/05/2018

Data do aceite: 19/06/2018

RESUMO

Introdução: Portadores de doenças crônicas não transmissíveis, como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), podem ter sua qualidade de vida (QV) comprometida por fatores relacionados a sua condição clínica e ao manejo da mesma. **Objetivo:** Avaliar se o regime terapêutico é um fator associado à QV de portadores de HAS. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal, realizado com 235 usuários de 27 unidades do Programa de Saúde da Família da cidade de Jequié/BA, com amostra representativa da população. Utilizou-se um questionário com 4 blocos temáticos: sociodemográficos, clínicos, uso de medicamentos e, por fim, a QV foi aferida pelo *Quality of Life-Bref Questionnaire* (WHOQOL-bref). **Resultados:** Dos 235 hipertensos 74,9% eram do sexo feminino, 91% possuíam 50 anos ou mais, 81,7% tinham baixa escolaridade e 74% de etnia negra. Foi evidenciado que a maior mediana da QV ficou com domínio relações sociais (71,7) e a menor mediana do domínio meio ambiente (56,25). Os diuréticos e antagonistas do receptor da angiotensina II foram os mais prescritos, sendo a politerapia o regime terapêutico mais frequente (75,7%). Obteve-se resultados significativos no comprometimento da QV, com destaque para o domínio físico e o Índice Geral de Qualidade de vida (IGQV) com o uso de medicamentos em politerapia com os testes de *Kruskal-Wallis* e *Mann-Whitney*. **Conclusão:** O regime terapêutico mostrou-se importante para compreensão da QV em hipertensos, sendo que as variáveis levantadas mostraram maiores escores da QV em tratamentos com um menor número de fármacos.

Palavras-chave: Hipertensão; qualidade de vida; uso de medicamentos.

ABSTRACT

Introduction: Patients with chronic non-communicable diseases, such as systemic arterial hypertension (SAH), may have their quality of life (QOL) compromised by factors related to their clinical condition and management. **Objective:** To assess whether the treatment regimen is a factor associated with QOL of patients with SAH. **Methods:** This is a cross-sectional study with a representative sample of the population involving 235 users of 27 units of Family Health Program in the city of Jequié / BA. We used a questionnaire with four thematic blocks: socio-demographic, clinical, medication use and QOL, which was measured by the *Quality of Life-Bref Questionnaire* (WHOQOL-BREF). **Results:** Of 235 hypertensive 74.9% were female, 91% were 50 years or older, 81.7% had low education and 74% of black ethnicity. It was shown that the highest median QOL was for social relationships domain (71.7) and the lowest median was for the environment domain (56.25). Diuretics, and angiotensin II receptor antagonists were the most prescribed, with polytherapy being the most frequent regimen (75.7%). Significant results of impaired QOL were observed using *Kruskal-Wallis* test and *Mann-Whitney*, with special attention for the physical domain and the use of drugs in polytherapy with the General Index of Quality of Life (GIQL). **Conclusion:** The treatment regimen was shown to be important for understanding of QOL in hypertensive patients, and the variables raised showed higher QOL scores in treatments with fewer drugs.

Keywords: Hypertension; quality of life; drug utilization.

INTRODUÇÃO

Os avanços no campo da saúde têm proporcionado um aumento na expectativa de vida da população. Porém, as várias mudanças ocorridas paralelamente, entre elas os hábitos alimentares (consumo de produtos industrializados) e nos níveis de atividade física, causadas principalmente pelas mudanças no estilo de vida adotado ao longo do desenvolvimento tecnológico, contribuíram com o aumento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), no consumo de medicamentos, gerando impactos na Qualidade de Vida (QV) dos indivíduos¹⁻³.

Diante deste cenário, as DCNT apresentam-se como um problema de saúde pública devido a alta morbimortalidade na população. Em 2009 as DCNT causaram 72,4% dos óbitos⁴ e estima-se que 20% das mortes de pessoas com idade igual a 30 anos ou mais, são em decorrência das DCNT⁵. No conjunto dessas doenças, destacar destacam-se as doenças cardiovasculares (DCV), em que a hipertensão arterial sistêmica (HAS), a cardiopatia isquêmica e o acidente vascular cerebral (AVC) são apontadas como as principais causas de óbitos³. Em 2007, segundo dados da Sociedade Brasileira de Cardiologia, 308.466 óbitos ocorreram por doenças do aparelho circulatório⁶.

A prevalência da HAS em uma população com idade acima de 18 anos nas capitais brasileiras, foi estimada em 22,7% em 2011⁷. Porém, a HAS tem um aumento de prevalência com o decorrer da idade. Em estudos conduzidos entre 2008 e 2009, foram achadas prevalências de 25% a 30% em populações acima de 40 anos e entre 50% a 75% em indivíduos com 60 anos ou mais^{8,9}.

Neste contexto, o Ministério da Saúde (MS) implantou o Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes *Mellitus* (DM) – Hiperdia, com o objetivo de melhorar o cuidado de pacientes hipertensos. O programa promoveu a reorientação da Assistência Farmacêutica, sendo fundamental para o fornecimento de medicamentos de forma contínua e gratuita, bem como a educação em saúde com foco na

prevenção de eventos cardiovasculares¹⁰.

Assim, dentre as abordagens terapêuticas realizadas após o diagnóstico da HAS, está a utilização de medicamentos para o controle da patologia. A escolha do medicamento é baseada nos níveis pressóricos, fatores de risco, lesão em órgão-alvo e/ou presença de DCV⁶. Nessa perspectiva, existe um vasto elenco de alternativas medicamentosas que promovem o controle da HAS^{10,11}, mas que podem impactar na QV dos pacientes⁶.

A QV tem sido empregada como uma ferramenta para avaliação das subjetividades e subjetividades inerentes a compressão do indivíduo sobre a vida, sendo sua mensuração uma variável importante para a área da saúde, práticas clínicas e produção de conhecimento¹². Entretanto, as informações sobre a QV dos hipertensos, em estudos nacionais, ainda são escassas e inexistentes na avaliação da terapêutica¹⁰.

Sendo assim, neste estudo objetivou-se avaliar se o regime terapêutico é um fator associado à QV de portadores de HAS.

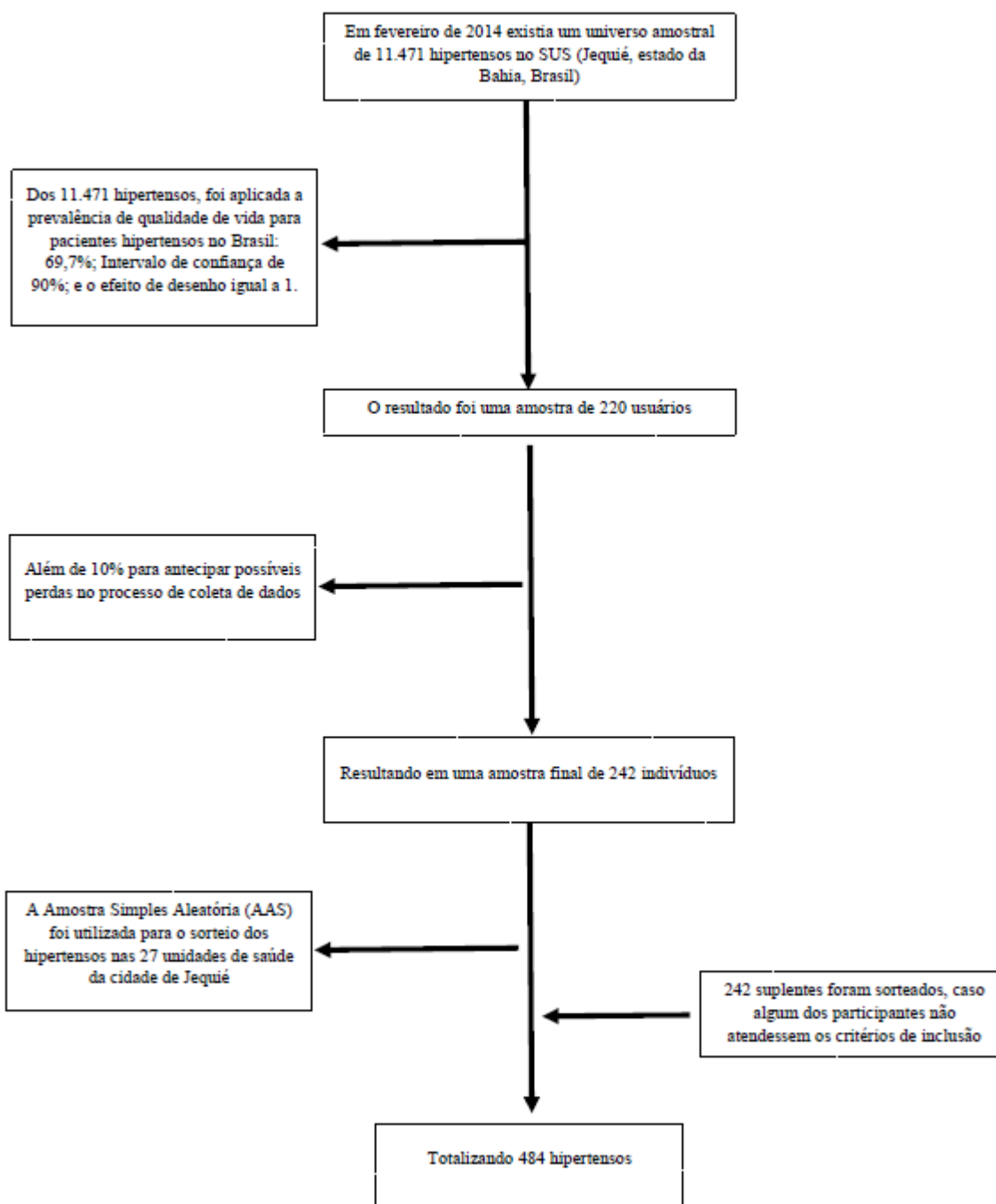
METODOLOGIA

Estudo epidemiológico de delineamento transversal descritivo-analítico. A pesquisa foi conduzida dentro do Hiperdia das unidades de saúde (US) no município de Jequié-BA. Em Fevereiro de 2014 no Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB), constavam 11.471 indivíduos cadastrados no programa Hiperdia de Jequié¹³. A partir do universo de hipertensos, extraído do SIAB, foi selecionada uma amostra probabilística, cujo valor foi calculado com base na prevalência da QV em hipertensos de 69,7%¹⁴. Foi usado o intervalo de confiança (IC) de 90%, precisão estimada de 5% e efeito de desenho igual a 1, com o *software* EPI INFO, versão 7.1.5. O resultado foi uma amostra de 220 usuários, acrescido de 10% para antecipar possíveis perdas no processo de coleta e desistências, com amostra final de 242 usuários.

Mediante ofício enviado ao Núcleo de Informação em Saúde (NIS), foram solici-

tados os dados dos pacientes das unidades de Programa de Saúde da Família (PSF) no Hiperdia. Utilizou-se a Amostra Aleatória Simples (AAS), como critério de seleção,

os nomes foram transformados em dados numéricos e inseridos em uma grelha de amostragem no *software IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, ver-



são 21.0 (IBM Corp, Armonk, Estados Unidos), totalizando 484 participantes (amostra acrescida dos seus suplentes) (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma dos pacientes hipertensos que entraram no estudo.

A coleta foi realizada entre meses de fevereiro de 2014 a fevereiro de 2015, nas 27 unidades do PSF do município. No intuito de obter-se uma homogeneidade na amostra, evitando possíveis vieses e perdas, os entrevistadores foram previamente treinados. Para identificar os hipertensos empregou-se os critérios propostos pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC)⁶. Adotaram-se os seguintes critérios de inclusão para participação do estudo: usuários com diagnóstico de HAS, com acesso e uso regular aos medicamentos. Foram excluídos do estudo os usuários: menores de 18 anos, com doenças mentais, que demonstraram déficit cognitivo, acamados e faltosos ao Hipertensão a mais de 6 meses. O trabalho foi concebido com o apoio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), os entrevistadores acompanharam os ACS no momento da visita domiciliar aos pacientes para a realização da coleta nas respectivas microáreas. As entrevistas foram realizadas no domicílio e de forma individual.

Utilizou-se questionário constituído por quatro blocos: dados sociodemográficos, instrumento genérico sobre a QV, dados clínicos/estilo de vida e por fim dados terapêuticos. Inicialmente foi realizado um estudo piloto com 10 hipertensos, não incluído na pesquisa, para sanar os possíveis problemas com o desenho de variáveis e equívocos com a escrita das perguntas tais como: clareza, pertinência, organização e os aspectos funcionais.

As variáveis sociodemográficas consistiram de: sexo, faixa etária, situação marital, escolaridade, etnia e renda. Para mensurar a QV utilizou-se o instrumento *Quality of Life-Bref Questionnaire* (WHOQOL-bref), composto por 26 itens¹⁵, em que a primeira e a segunda questões referem-se à QV geral do indivíduo¹⁶. As 24 questões subsequentes avaliam quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente¹⁵. O instrumento WHOQOL-Bref possui cinco respostas em suas 26 questões na modalidade Likert, divididos em escalas com: intensidade (nada ou extremamente), capacidade (nada ou completamente), frequência (nunca ou sempre) e avaliação (muito insatisfeito a muito satisfeito e ainda muito ruim a bom)^{15,16}. No intuito de obter os dados dos es-

cores por domínios utilizou-se a metodologia do WHOQOL Group, sendo que o mesmo foi validado no Brasil¹⁵.

Para as variáveis relacionadas aos dados clínicos e estilo de vida, foram consideradas as doenças autorreferidas pelos pacientes e a exposição ao tabaco e álcool, bem como os valores da Pressão Arterial Sistólica (PAS) e Diastólica (PAD). Durante a entrevista cada participante foi submetido à aferição da pressão arterial (PA) conforme recomendações da SBC. As aferições foram feitas em triplicata com intervalo de no mínimo 1 minuto e sua média calculada com os resultados das duas últimas aferições. Os níveis da PA foram categorizados em: ótima, normal, limítrofe, hipertensão estágio 1, hipertensão estágio 2, hipertensão estágio 3 e hipertensão sistólica isolada segundo a VI Diretriz Brasileira de Hipertensão⁶.

Para as variáveis relacionadas ao uso de medicamentos anti-hipertensivos, foi solicitada aos pacientes a última receita médica para tratamento de hipertensão, bem como as embalagens dos produtos farmacêuticos relacionadas as doenças cardiovasculares. O uso real dos fármacos foi posteriormente confrontado com cada receita de paciente. Por fim, os pacientes foram alocados em dois grupos de regime terapêutico: politerapia (de 2 a 4 fármacos) e monoterapia (apenas 1 fármaco).

Os medicamentos anti-hipertensivos foram relacionados com seus respectivos nomes comerciais e princípios ativos pelo Dicionário de Especialidades Farmacêuticas (DEF)¹⁷. Após esse confronto foram agrupados de acordo com a classificação ATC - *Anatomical Therapeutic Chemical Classification System*, ou seja, nível C01 a C09¹⁸, respectivamente em: diuréticos, inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA), bloqueadores de canal de cálcio (BCC), beta-bloqueadores, antagonistas do receptor da angiotensina II (ARAI) e agentes antiadrenérgico. Optou-se por não colocar o primeiro nível ATC, pois todos são do sistema cardiovascular sendo nível "C".

Os dados foram agrupados em planilhas no *software* Excel 2010[®], sendo posteriormente transportados para o *software* SPSS, versão 21.0 (IBM Corp, Armonk, Estados Unidos), para análise dos dados.

Como variáveis independentes foram utilizadas: dados clínicos e estilo de vida, sociodemográ-

ficos e os medicamentos anti-hipertensivos, sendo que as variáveis dependentes foram os domínios do instrumento de QV.

As variáveis categóricas sociodemográficas, clínicas, estilo de vida e uso de medicamentos foram descritas na forma de frequências absolutas e relativas. As variáveis quantitativas sobre QV foram apresentadas através de médias, medianas e IC de 95%. Para verificar os parâmetros de normalidade foi aplicado o teste *Kolmogorov-Smirnov* no instrumento de QV. Realizou-se a associação estatística entre QV e uso de medicamento, por meio dos testes não paramétricos *Kruskal-Wallis*, sendo aplicado o teste *Mann-Whitney* com correção de Bonferroni quando necessária a análise *post-hoc*. Foi considerado, para os procedimentos estatísticos elementar/fundamental (completo ou incompleto), 74% autodeclararam-se negros, 61,3% afirmaram ganhar de 1 a 2 salários mínimos mensais (Tabela 1).

cos, o nível de significância de $p < 0,05$.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CAAE nº 16729413.0.0000.0055 e parecer 319.835/2013), obedecendo à *Resolução nº 466/12* do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Foram estudados 235 portadores de HAS (a taxa de não resposta foi de 3%, $n=7$), sendo que destes, 74,9% eram do sexo feminino, 65,5% possuíam idade acima de 60 anos, com uma média de 65,47 ($\pm 12,1$) anos, 58,3% possuíam companheiro (casados ou com união estável ou morando junto), 81,7% possuíam ensino elementar/fundamental (completo ou incompleto), 74% autodeclararam-se negros, 61,3% afirmaram ganhar de 1 a 2 salários mínimos mensais (Tabela 1).

Tabela 1: Características sociodemográficas, clínica e estilo de vida dos hipertensos ($n = 235$). Jequié, Bahia, Brasil, 2015.

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	176	74,9
Masculino	59	25,1
Faixa Etária		
30 - 50 anos	21	9,0
51 - 60 anos	60	25,5
> 60 anos	154	65,5
Situação Marital		
Com companheiro (casado/união estável)	137	58,3
Sem companheiro (divorciados/viúvos/solteiros)	98	41,7
Escolaridade		
Elementar (completo ou incompleto)	192	81,7
Médio (completo ou incompleto)	43	18,3
Raça/Cor		
Negros (pretos e pardos)	174	74,0
Não negros (brancos, amarelos e indígenas)	61	26,0
Renda (salários mínimos)		
< 1 salário (Até R\$724,00)	53	22,6
1-2 salários (De R\$ 724,00 até R\$ 1448,00)	144	61,3
2-3 salários (De R\$1448,00 até R\$2172,00)	26	11,1
>4 salários (R\$2172,00 ou mais)	12	5,0
Controle da Pressão Arterial		
Controlados	100	42,2

Não Controlados (Estágio 1, 2, 3 e Sistólica Isolada)	135	57,8
Comorbidades Associadas		
Apenas Hipertensão	82	35,2
1-2 Comorbidades	136	58,0
≥ 3 Comorbidades	17	6,8

Quanto ao uso de tabaco, 53,2% informaram nunca terem usado, 83% declararam não consumir bebidas alcoólicas e 57,8% não possuíam PA controlada. Acerca das doenças autorreferidas, 58% possuíam 1 ou 2 comorbidades associadas, sendo DM,

DCV, dislipidemia e artrose as mais frequentes.

Em relação à avaliação da QV, observou-se que o domínio que apresentou média mais elevada foi às relações sociais (71,7). As menores médias evidenciadas foram dos domínios meio ambiente (54,58) e o índice geral de qualidade de vida

(IGQV) (57,34), conforme a tabela 2.

Tabela 2: Média, desvio-padrão, mediana e intervalo de confiança dos domínios da qualidade de vida dos hipertensos (n = 235). Jequié, Bahia, Brasil, 2015.

Domínios do WHOQOL-Bref	Média	DP±	Mediana	Q1	Q3	IC (95%)
Físico	60,30	±16,766	64,29	50	75,00	(58,15 - 62,46)
Psicológico	67,85	±12,374	70,83	62,5	75,00	(66,26 - 69,44)
Relações Sociais	71,70	±14,374	75,00	66,67	75,00	(69,86 - 73,55)
Meio Ambiente	54,58	±12,611	56,25	46,88	62,50	(52,96 - 56,20)
Índice Geral de Qualidade de Vida	57,34	±17,734	62,50	50,00	75,00	(55,06 - 59,62)

DP: Desvio Padrão, Q1: Primeiro Quartil, Q3: Terceiro Quartil, IC: Intervalo de Confiança.

Os indivíduos tinham em média 2 medicamentos por prescrição. A classe mais utilizada foi a de diuréticos 83,8% (179), em especial a hidroclorotiazida (HCTZ), seguida dos antagonistas do receptor da angiotensina II (ARAI), sobressaindo a losartana (LST)

94% (119).

A politerapia estava presente em 75,7% (178) dos tratamentos. Na modalidade monoterapia, os ARAII prevaleceram com 33,3% (19) e nas associações os ARAII mais diuréticos foram majoritários com 21,7% (51) (Tabela 3).

Tabela 3: Frequência relativa e frequência absoluta do uso de medicamentos anti-hipertensivo e seus respectivos subgrupos terapêuticos (n=235). Jequié, Bahia, Brasil, 2015.

Subgrupo terapêutico e subgrupo farmacológico/Princípios ativos	n	%	ATC* nível 2
Diuréticos			
Hidroclorotiazida	150	84,5	C03
Furosemida	17	9,5	C03
Outros	12	6,0	C03
Total	179	100,0	
Inibidores de angiotensina			

Losartana	119	94,0	C09
Outros	7	6,0	C09
Total	126	100,0	
Beta-Bloqueadores			
Atenolol	24	38,0	C07
Propranolol	24	38,0	C07
Outros	15	24,0	C07
Total	63	100,0	
Bloqueadores de canal de cálcio			
Anlodipino	53	85,0	C08
Nifedipino	9	15,0	C08
Total	62	100,0	
Inibidores da enzima conversora da angiotensina			
Enalapril	30	61,0	C09
Captopril	19	39,0	C09

Total

significativas entre os grupos no domínio físico,

sendo constatado que indivíduos com tratamen-

*Classificados segundo nível 2 da Anatomical Therapeutic Chemical Classification System (ATC).

Quando se comparou a percepção de QV entre os portadores de hipertensão que seguiam regimes terapêuticos de monoterapia em detrimento da politerapia, permitiu-se identificar diferenças sobre o quanto se faz necessário o tratamento médico para sua vida, obteve média de 49,46. (Tabela 4).

Tabela 4: Comparação dos domínios da qualidade de vida com os regimes terapêuticos monoterapia e politerapia (n = 235). Jequié, Bahia, Brasil, 2015.

Domínios do WHOQOL-Bref	Média	DP±	Mediana	Q1	Q3	Valor p
Físico						
Monoterapia	65,60	±12,958	67,86	58,93	75,00	0,007*
Politerapia	58,60	±17,509	60,71	50,00	71,43	
Psicológico						
Monoterapia	69,30	±9,644	70,83	62,25	75,00	0,626
Politerapia	67,39	±13,115	70,83	50,83	75,00	
Relações Sociais						
Monoterapia	73,83	±10,616	75,00	66,67	75,00	0,392
Politerapia	71,02	±15,348	75,00	66,77	75,00	
Meio Ambiente						
Monoterapia	55,27	±10,077	56,25	48,24	62,25	0,855
Politerapia	54,36	13,338	56,25	46,88	62,50	

Índice Geral de Qualidade de Vida

Monoterapia	59,87	14,512	62,50	50,00	75,00	0,319
-------------	-------	--------	-------	-------	-------	-------

Politerapia	56,53	18,612	62,36	57,56	75,00	
-------------	-------	--------	-------	-------	-------	--

DP: Desvio Padrão, Q1: Primeiro Quartil, Q3: Terceiro Quartil, *Mann Whitney (UMW) Diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

Observou-se dentro da escala de 1 para 4 medicamentos, significância entre o domínio físico ($p = 0,025$) e no IGQV ($p = 0,040$). Os resultados evidenciaram que os portadores de

HAS em tratamento com apenas um medicamento, possuem uma melhor percepção da QV em ambos os domínios. Na análise *post-hoc* constatou-se que no domínio físico, os pacientes com um medicamento apresentavam maiores medianas (67,8) de QV em comparação com hipertensos em uso de dois medicamentos (62,5). O mesmo ocorreu no IGQV, hipertensos que fa-

ziam o uso de apenas um fármaco (mediana 62,5) tinham um menor comprometimento na QV em relação a portadores de HAS com quatro medicamentos (mediana 50) (Tabela 5).

Tabela 5: Comparação dos domínios de qualidade de vida com a quantidade de fármacos prescritos para ambos os regimes terapêuticos, monoterapia e politerapia ($n = 235$). Jequié, Bahia, Brasil, 2015.

Domínios do WHOQOL-Bref	Média	DP±	Mediana	Q1	Q3	Valor p
Físico						
1 Fármaco**	66,04	13,568	67,86	58,93	75,00	0,025*
2 Fármacos	58,71	17,008	62,50	50,00	71,43	
3 Fármacos	59,14	17,563	60,71	50,00	72,32	
4 Fármacos	52,14	20,005	51,79	39,29	67,86	
Psicológico						
1 Fármaco	69,81	10,484	70,83	62,50	75,00	0,699
2 Fármacos	67,20	13,549	70,83	58,33	75,00	
3 Fármacos	68,00	11,40	70,83	62,50	75,00	
4 Fármacos	63,75	12,429	64,59	54,17	75,00	
Relações Sociais						
1 Fármaco	74,27	10,829	75,00	70,84	75,00	0,392
2 Fármacos	71,05	14,967	75,00	66,87	75,00	
3 Fármacos	68,83	16,313	75,00	64,59	75,00	
4 Fármacos	74,17	14,408	75,00	68,75	85,41	
Meio Ambiente						
1 Fármaco	55,60	10,411	56,25	48,44	62,50	0,343
2 Fármacos	54,77	13,432	56,25	46,88	63,28	
3 Fármacos	54,31	11,639	56,25	49,22	62,50	
4 Fármacos	47,82	17,865	48,44	30,47	59,38	

DP: Desvio Padrão, Q1: Primeiro Quartil, Q3: Terceiro Quartil. *Kruskal Wallis e *post-hoc*: **1 fármaco para 2. Diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

DISCUSSÃO

Com o envelhecimento populacional, juntamente com as mudanças no estilo de vida, a HAS

se tornou um dos maiores problemas de saúde pública no mundo, levando milhões de pessoas a óbito. Portadores deste agravo precisam, em sua maioria, realizar o tratamento farmacológico com esquemas complexos de anti-hipertensivos e com elevado número de fármacos, levando aos eventos adversos e a diminuição da QV^{2,3,6,10,11,19}.

As características sociodemográficas e condições clínicas dos hipertensos avaliados, corroboram com outros estudos conduzidos com população hipertensa no Brasil^{8,14,20,21}, em que os hipertensos são em sua maioria mulheres, com idade superior aos 60 anos, negras, com um baixo nível de escolaridade, e que não possuem controle satisfatório da PA. O maior número de mulheres hipertensas negras com 50 anos ou mais, é explicado por estas perceberem melhor a doença crônica, procurarem o serviço de saúde com maior frequência, sendo o diagnóstico feito precocemente. Além disso, a relação da cor/etnia e os determinantes genéticos colaboram para o desenvolvimento da HAS em pessoas não brancas e no aumento da prevalência de DCNT nessa faixa etária^{6,21}. O não controle da PA pode estar associado ao sedentarismo, hábitos alimentares incorretos, sobrepeso, a falta de percepção da doença e fatores genéticos familiares^{22,23}.

Foram achados dados condizentes com os encontrados em pesquisas nacionais sobre o tabagismo, com um menor consumo de tabaco na população brasileira²⁴. No entanto, foi verificado que a população do presente estudo, relatou um baixo consumo de bebidas alcoólicas, resultado que diverge com um trabalho de abrangência nacional sobre o consumo de bebidas alcoólicas no Brasil²⁵. Tais achados podem ser justificados pelo perfil populacional da amostra, pois pessoas com 50 anos ou mais têm consumo reduzido de tabaco e mulheres consomem menos álcool do que homens^{24,25}. Outro aspecto importante é possível influência da política antitabagismo adotada no país, que contribuiu na diminuição da prevalência de tabagismo²⁶.

O instrumento validado, WHOQOL-Bref^{15,16}, é uma ferramenta importante para averiguar a influência e a percepção dos indivíduos acerca das condições crônicas de saúde e suas relações com o meio social, sendo seus resultados bastante valorados nas questões de QV e no julgamento

clínico dos profissionais²⁷, pois estudos apontam que a QV de indivíduos com HAS é pior quando comparados com outros indivíduos sem doenças crônicas^{14,27,28}.

As médias dos domínios do instrumento foram semelhantes aos achados de outros estudos de QV em hipertensos, com exceção do domínio meio ambiente, possivelmente devido aos distintos locais do país e ao perfil dos pacientes estudados, bem como aos diferentes níveis de acesso as informações, serviços de saúde, lazer, renda salarial baixa e ao nível de escolaridade inferior dos indivíduos no estudo^{14,29,30,31}.

O elevado número de medicamento contribuiu para o impacto no domínio físico, porém como a população é constituída por hipertensos idosos não pode ser descartada a influência da cronicidade da doença para percepção negativa no domínio^{31,32}. O mesmo ocorre com o IGQV, em que a cronicidade da doença, a idade dos entrevistados, e o tratamento podem ter influenciado o escore³⁰.

O tratamento medicamentoso bem-sucedido para HAS evita lesões aos órgãos alvos e desfechos cardiovasculares negativos. As classes mais prescritas e utilizadas foram: diuréticos e ARAII, o que provavelmente está ligado a padronização desses medicamentos pela Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e pelo acesso dos mesmos nas unidades de dispensação no Sistema Único de Saúde (SUS), bem como pelo Programa da Farmácia Popular do Brasil e pela sua extensão "Aqui tem Farmácia Popular"^{19,33}.

O uso acentuado de diuréticos, em especial a HCTZ, pode ser explicado pelo fato de existirem diferentes diretrizes nacionais e internacionais que indicam o fármaco para população com 60 anos ou mais^{6,34}. O medicamento é indicado como primeira escolha no tratamento de pessoas brancas e não brancas, por apresentar menor incidência de reações adversas (RA), menor custo e o fácil acesso pelo SUS^{6,19,34,35,36}.

Os ARAII ficaram em segundo lugar nas prescrições, sendo a LST a mais prescrita. É um grupo importante no tratamento da HAS, embora deva ser evitado na população de pessoas negras em monoterapia, pois segundo a sétima recomendação do *The Eighth Joint National Committee* (JNC8), existem evidências com melhoria nos desfechos cardiovasculares, AVC e insuficiên-

cia cardíaca com HCTZ em detrimento de LST, e como segunda escolha terapêutica a classe dos bloqueadores de canal de cálcio (BCC) ³⁴. Nesse sentido, a terapêutica deveria ser focada em diuréticos e não em ARAII, contudo cerca de 6% dos pacientes estavam usando LST de forma isolada no estudo.

Ademais, apesar de serem seguros³⁶, um estudo revisão sistemática ³⁷, mostrou um melhor controle da PA quando a LST foi associada com outras classes de anti-hipertensivos, principalmente diuréticos tiazídicos, apresentando também menos efeitos adversos ^{37,38}. O que condiz com uma parte dos achados neste estudo, em que os medicamentos HCTZ + LST foram associados no tratamento de 22% dos hipertensos.

O esquema terapêutico em politerapia foi superior ao em monoterapia. A associação terapêutica é relatada na literatura para pacientes hipertensos com 50 anos ou mais para o controle efetivo da PA ^{10,11,19}, mas esses acréscimos devem ser guiados pelas melhores evidências terapêuticas, bem como diretrizes atuais para a HAS ³⁴. Nesse aspecto, os resultados deste estudo apontam possíveis falhas nos critérios para escolha de associações de medicamentos, uma vez que, muitas das associações prescritas não são mencionadas no rol do *guideline* JNC8 e nos estudos mais recentes da área. Assim, se fazem necessárias investigações mais aprofundadas com estudos farmacoepidemiológicos para entender o perfil de prescrição e, posteriormente, realizar intervenções para embasar esses profissionais na saúde baseada em evidência.

O domínio físico evidenciou significância estatística para hipertensos com monoterapia em relação à politerapia. A Questão 04 denota uma percepção negativa acerca da QV. Alguns estudos mostram que os portadores de HAS têm uma percepção negativa do uso de medicamentos em sua forma crônica, bem como a adição de muitos fármacos no tratamento, inclusive diminuindo sua QV, causando abandono do tratamento e falta de adesão ^{2,39,40}. Nesse sentido, os valores dos domínios do WHOQOL-Bref e a percepção negativa dos hipertensos acerca da sua saúde pode estar atrelada a politerapia.

O município dispõe de medicamentos seguros, bem descritos na literatura e elencados na RENAME, mas mesmo assim existe um comprometimento

da QV pelos hipertensos. Esses achados são importantes para melhorar a conduta da equipe de saúde, principalmente dos prescritores sobre o excesso de medicamentos usados pelos pacientes. Um componente essencial da equipe de saúde é o profissional farmacêutico, pois sua presença pode impactar na melhoria da avaliação da terapêutica e na experiência medicamentosa nos usuários. Em estudos recentes, que avaliavam a presença do farmacêutico na equipe de cuidado realizando Gerenciamento da Terapia Medicamentosa (GTM), os hipertensos obtiveram aumento na QV e maior controle da PA em detrimento do grupo sem farmacêutico ⁴¹⁻⁴³.

Na quantidade de medicamentos usados, segundo a escala de 1 para 4 medicamentos, verificou-se o comprometimento na percepção da QV dos indivíduos, conforme eram adicionados fármacos. Na análise *post-hoc*, notou-se comprometimento de 1 para 2 medicamentos no escore do domínio físico e no IGQV entre 1 e 4 medicamentos. Esses achados sobre o tratamento podem estar ligados ao número aumentado de anti-hipertensivos usados na população, que é um fator importante para RA, interações medicamentosas e internações hospitalares, o que poderia está afetando diretamente a percepção da QV nos domínios, sendo que essas associações feitas de forma equivocadas podem ser evitadas ³⁹⁻⁴⁶.

O estudo tem limitações, pois a avaliação da QV, dados sociodemográficos, clínicos/estilo de vida e uso de medicamentos foram obtidos por meio de autorrelato, e os mesmos podem ser afetados pelo viés da memória dos participantes estudados em que alguns fatores podem influenciar de maneira maior ou menor na qualidade da informação, tais como a idade e comprometido pelas patologias associadas, bem como a causalidade reversa, inerentes ao desenho de estudo escolhido.

CONCLUSÃO

Os achados do presente estudo, demonstram que o regime terapêutico esteve associado a QV de hipertensos, sendo que as variáveis apontaram maiores escores nos domínios do WHOQOL-Bref em tratamentos com um menor número de fár-

macos. Mais estudos que associem o tratamento com a QV em hipertensos se fazem necessário para se entender melhor sua causalidade, inclusive para outras DCNT.

REFERÊNCIAS

1. Santos AC, Abreu-lima C. Hipertensão de difícil controle: impacto do estilo de vida. *Rev Bras Hipertens* 2009; 16(Suppl 1):S5-S6.
2. Sebastião E, Christofoletti G, Gobbi S, Hamanaka AYY, Gobbi LTB. Atividade física, qualidade de vida e medicamentos em idosos: diferenças entre idade e gênero. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum* 2009; 11(2):210-163.
3. World Health Organization. Global status report on non-communicable diseases 2010. WHO, Geneva; 2011.
4. Duncan BB, Chor D, Aquino EML, Bensenor IM, Mill JG, Schmidt MI et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Rev Saúde Pública* 2012; 46(Suppl 1): 126-134.
5. Mansur AP, Favarato D. Mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil e na região metropolitana de São Paulo: atualização 2011. *Arq Bras Cardiol* 2012; 99(2):755-761.
6. Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol* 2010; 95(1Suppl 1):1-57.
7. Malta DC, Stopa SR, Szwarcwald CL, Gomes NL, Silva Júnior JB, Reis AAC. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil - Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev bras epidemiol* 2015; 18(Suppl 2): 3-16.
8. Cesarino CB, Cipullo JP, Martin JFV, Ciorlia LA, Godoy MRP, Cordeiro JA, et al. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto - SP. *Arq Bras Cardiol* 2008; 91(1):31-35.
9. Rosário TM, Scala LCN, França GVA, Pereira MRG, Jardim PCBV. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres - MT. *Arq Bras Cardiol* 2009; 93(6):672-678.
10. Carvalho ALM, Leopoldino RWD, Silva JEG, Cunha CP. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). *Ciênc saúde coletiva* 2012; 17(7):1885-1892.
11. Pierin AMG, Marroni SN, Taveira LAF, Benseñor IJM. Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo. *Ciênc saúde coletiva* 2011; 16(suppl 1):1389-1400.
12. Salas Zapata Carolina, Grisales Romero Hugo. Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia. *Rev Panam Salud Publica* 2010; 28(1): 9-18.
13. Ministério da Saúde. Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB) [homepage na Internet]. Brasília (DF); 2014 [acesso em 2014 Fev2]. Hipertensão arterial sistêmica. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABS>
14. BA.def.
15. Melchior AC, Correr CJ, Pontarolo R, Santos FOS, Souza RAP. Qualidade de vida em pacientes hipertensos e validade concorrente do Minichal-Brasil. *Arq Bras Cardiol* 2010; 94(3):357-364.
16. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-Bref". *Rev Saúde Pública* 2000; 34(2):178-83.
17. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med* 1998; 46(12):1569-85.
18. Melo JES. Dicionário de especialidades farmacêuticas 2004-2005. 33ª Ed. Rio de Janeiro:EPUB; 2005.
19. World Health Organization Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) classification index with Defined Daily Doses (DDD's). Geneva: World Health Organization; 2004.
20. Gontijo MF, Ribeiro AQ, Klein CH, Rozenfeld S, Acúrcio FA. Uso de anti-hipertensivos e antidiabéticos por idosos: inquérito em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2012; 28(7):1337-1346.
21. Loyola Filho AI, Leite MD, Giatti L, Afradique ME, Viana PS, Lima-Costa MF. Causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol Serv Saúde* 2004; 13(4):229-238.
22. Malta DC, Stopa SR, Andrade SSCA, Szwarcwald CL, Silva Júnior JB, Reis AAC. Cuidado em saúde em adultos com hipertensão arterial autorreferida no Brasil segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev bras Epidemiol* 2015; 18(Suppl 2): 109-122.
23. Bloch KV, Rodrigues CS, Fiszman R. Epidemiologia dos fatores de risco para hipertensão arterial - uma revisão crítica da literatura brasileira. *Rev Bras Hipertens* 2006; 13(2):134-143.
24. Eyken EBBDV, Moraes CI. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares entre homens de uma população urbana do Sudeste do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(1):111-123.
25. Malta DC, Oliveira TP, Vieira ML, Almeida L, Szwarcwald CL. Uso e exposição à fumaça do tabaco no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiol Serv Saúde* 2015; 24(2):239-248.
26. Garcia LP, Freitas LRS. Consumo abusivo de álcool no

- Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiol Serv Saúde* 2015; 24(2):227-237.
27. Levy D, de Almeida LM, Szklo A. The Brazil SimSmoke Policy Simulation Model: The Effect of Strong Tobacco Control Policies on Smoking Prevalence and Smoking-Attributable Deaths in a Middle Income Nation. *PLoS Med* 2012; 9(11):1-12.
 28. Carvalho MV, Siqueira LB, Sousa ALL, Jardim PCBV. A influência da hipertensão arterial na qualidade de vida. *Arq Bras Cardiol* 2013; 100(2):164-174.
 29. Tavares DMS, Barreto GO, Dias FA, Pegorari MS, Martins NPF, Ferreira PCS. Diferencias en los indicadores de calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial que vive en el área urbana y rural de Minas Gerais, Brasil. *Rev peru med exp salud publica* 2015; 32(1):58-65.
 30. Hanus JS, Simões PW, Amboni G, Ceretta LB, Tuon LGB. Associação entre a qualidade de vida e adesão à medicação de indivíduos hipertensos. *Acta Paul Enferm* 2015; 28(4):381-387.
 31. Kruger AP, Mergener M, Pozzobon A, Moreira TR. Avaliação da qualidade de vida de hipertensos usuários de uma unidade básica de saúde. *Rev de Atenção à Saúde* 2015; 13(46):43-50.
 32. Tavares DMS, Martins NPF, Dias FA, Diniz MA. Qualidade de vida de idosos com e sem hipertensão arterial. *Rev Eletr Enf* 2011; 13(2):211-218.
 33. Dahmer L, Oliveira TB, Kemper C, Sant'Ana AP, Melo GL, Avila JG. Avaliação da qualidade de vida de pacientes hipertensos e diabéticos. *Revista Contexto & Saúde* 2015; 15(18):41-49.
 34. Costa KM, Francisco PMSB, Barros MBA. Conhecimento e utilização do Programa Farmácia Popular do Brasil: estudo de base populacional no município de Campinas-SP. *Epidemiol Serv Saúde* 2014; 23(3):397-408.
 35. James, PA, Oparil, S, Carter, BL, et al. 2014 Evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA* 2014; 311(5):507-520.
 36. Longo MAT, Martelli A, Zimmermann A. Hipertensão arterial sistêmica: aspectos clínicos e análise farmacológica no tratamento dos pacientes de um setor de psiquiatria do Instituto Bairral de Psiquiatria, no município de Itapira, SP. *Rev bras geriatr gerontol* 2011; 14(2):271-284.
 37. Perrotti TC, Campos Filho J, Uehara CA, Almada Filho CM, Miranda RD. Tratamento farmacológico da hipertensão no idoso. *Rev Bras Hipertens* 2007; 14(1):37-41.
 38. Makani H, Bangalore S, Supariwala A, Romero J, Arguian E, Messerli FH. Antihypertensive efficacy of angiotensin receptor blockers as monotherapy as evaluated by ambulatory blood pressure monitoring: a meta-analysis. *Eur Heart J* 2014; 35(26):1732-1742.
 39. Greathouse MK, Weir MR. The role of ARBs alone or with HCTZ in the treatment of hypertension and prevention of cardiovascular and renal complications. *Postgrad Med* 2012; 124(2):40-52.
 40. Silva PM, Haag U, Guest JF, Brazier JE, Health MS. Health-related quality of life impact of a triple combination of olmesartan medoxomil, amlodipine besylate and hydrochlorothiazide in subjects with hypertension. *Health Qual Life Outcomes* 2015; 13(24):1-13.
 41. Santos ACD, Fortes RC, Kimura CA, Lima NC. Qualidade de vida e uso de medicamentos por idosos pertencentes ao grupo da "Melhor Idade" da Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires de Valparaíso de Goiás. *J Health Sci Inst* 2013; 31(4):414-420.
 42. Wal P, Wal A, Bhandari A, Pandey U, Rai AK. Pharmacist involvement in the patient care improves outcome in hypertension patients. *J Res Pharm Pract*. 2013; 2(3):123-129
 43. Aguiar PM, Balisa-Rocha BJ, Brito Gde C, da Silva WB, Machado M, Lyra DP Jr. Pharmaceutical care in hypertensive patients: a systematic literature review. *Res Social Adm Pharm* 2012; 8(5):383-396.
 44. Sookaneknun P, Richards RM, Sanguansermisri J, Teerasut C. Pharmacist involvement in primary care improves hypertensive patient clinical outcomes. *Ann Pharmacother* 2004; 38(12):2023-2028.
 45. Olsson IN, Runnamo R, Engfeldt P. Medication quality and quality of life in the elderly, a cohort study. *Health Qual Life Outcomes* 2011; 9(95):1-9.
 46. Jannuzzi FF, Cintra FA, Rodrigues RCM, São-João TM, Gallani MCBJ. Adesão à medicação e a qualidade de vida entre os idosos com retinopatia diabética. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2014; 22(6):902-910.
 47. Trevisol DJ, Moreira LB, Fuchs FD, Fuchs SC. Health-related quality of life is worse in individuals with hypertension under drug treatment: results of population-based study. *J Hum Hypertens* 2012; 26(2):374-380.

Como citar este artigo:

Almeida PHRF, Leão IN, Oliveira BG, Fernandes BD, Álvares J, Silva WC, David MM, Lemos, GS, Mascarenhas CHM. Regime terapêutico e qualidade de vida de pacientes hipertensos. *Rev. Aten. Saúde*. 2018;16(58):17-28.