

10^o

FEPEG FÓRUM

ENSINO • PESQUISA
EXTENSÃO • GESTÃO
RESPONSABILIDADE SOCIAL: INDISSOCIABILIDADE
ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA



ISSN 1806-549 X

Autor(es): FÚLVIA KARINE SANTOS MARQUES, JESSICA ALKMIM RODRIGUES, CARLA GABRIELA DA COSTA LIMA

Qualidade de vida e fatores associados entre pacientes hipertensos

Introdução

Os perfis populacionais, epidemiológicos, bem como, nutricionais, perpassaram por mudanças significativas nos últimos tempos, favorecendo o crescimento de doenças crônicas, como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Sabe-se que essa condição clínica tem caráter multifatorial e possui alta prevalência na população brasileira, sendo considerada fator de risco isolado para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e apresenta, ainda, altas taxas de morbidade e mortalidade (BEZERRA, J. *et al.*, 2013). Em vista disso, após o diagnóstico, os pacientes hipertensos são orientados a mudar o estilo de vida, bem como, por vezes, iniciar o tratamento medicamentoso. A HAS pode, assim, afetar e modificar a Qualidade de Vida (QV) desses indivíduos (ANDRADE *et al.*, 2014).

A Qualidade de Vida é um parâmetro utilizado comumente para análise dos serviços de saúde e auxílio no planejamento de políticas públicas as quais podem beneficiar a população. Segundo a OMS a QV corresponde à “percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da sua cultura e sistema de valores em que vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (CARVALHO *et al.*, 2012). Estudos apontam que pacientes hipertensos apresentam menores escores de QV se comparados a indivíduos que não possuem a enfermidade ou ainda não foram diagnosticados. Nesse sentido, torna-se imprescindível avaliar como o paciente hipertenso se adapta a doença (TAVARES *et al.*, 2011; BEZERRA, J. *et al.*, 2013).

No Brasil, já existe um instrumento traduzido e validado para mensurar a qualidade de vida em pacientes com HAS, o MINICHAL. Esse instrumento, entretanto, não é muito utilizado e existem poucos estudos que buscam identificar os fatores associados à precária qualidade de vida em pacientes hipertensos (SOUTELLO *et al.*, 2015). O conhecimento dessas associações auxiliará os profissionais de saúde no planejamento de medidas e ações educativas, a fim de estimular o controle e autocuidado apoiado para os pacientes hipertensos. Nessa conjuntura, a presente investigação objetiva conhecer a qualidade de vida e os fatores associados para um grupo de pacientes hipertensos de uma cidade do Norte de Minas.

Materiais e métodos

Trata-se de um estudo transversal, cujos dados foram coletados em um município de porte médio do norte do estado de Minas Gerais, a partir do registro dos hipertensos cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). A seleção de usuários hipertensos ocorreu por amostragem probabilística, com seleção estratificada proporcional ao número de hipertensos cadastrados. Todas as unidades de equipes da ESF do município foram elegíveis para o estudo. O instrumento de coleta de dados, previamente validado, incluiu variáveis demográficas e socioeconômicas. Além disso, foram aferidas medidas antropométricas e a pressão arterial. A coleta de dados foi conduzida por equipe especialmente treinada e ocorreu nas unidades da ESF ou no próprio domicílio, para os selecionados que não procuraram as unidades de saúde, após convite para o estudo.

A qualidade de vida foi avaliada por meio do MINICHAL, composto por 17 itens, 10 que correspondem ao domínio Estado Mental, seis referentes ao domínio Somático, além de uma última questão relativa ao impacto geral da HAS na QV do paciente. O escore total é obtido por meio da soma dos itens e varia de zero a 30 para dimensão Estado Mental e de zero a 18 para a dimensão Manifestações Somáticas; quanto mais próximo de zero, melhor a qualidade de vida. Calculou-se a média referente a pontuação final do MINICHAL de cada participante da pesquisa e a média geral da população estudada, que foi definida como ponto de corte, sendo que, pontuação acima desta indicaria qualidade de vida negativa e abaixo, qualidade de vida satisfatória.

A análise de dados coletados foi realizada por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22.0 (SPSS for Windows, Chicago, EUA). Inicialmente, foram avaliadas, de forma descritiva, as características demográficas e socioeconômicas do grupo. Em seguida, foram investigadas ainda as variáveis associadas à qualidade de vida negativa, utilizando-se o teste qui-quadrado e identificando-se os *Odds Ratio* e seus respectivos intervalos de confiança de 95%. As variáveis associadas até o nível de 20% ($p < 0,20$) foram avaliadas conjuntamente por meio da regressão logística, assumindo-se um nível de 5% ($p < 0,05$) para definir as variáveis do modelo final.

Resultados e discussão

Foram coletadas informações de 720 pessoas hipertensas, cadastradas em 13 unidades básicas de saúde do município. Houve predomínio de pessoas do sexo feminino (71,8%). A idade variou de 20 a 98 anos e faixa etária de maiores de 60 anos foi a mais prevalente (61,0%). A maioria dos entrevistados referiu cor da pele parda (51,5%) e de

10^o

FEPEG FÓRUM

ENSINO • PESQUISA
EXTENSÃO • GESTÃO

RESPONSABILIDADE SOCIAL: INDISSOCIABILIDADE
ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA



ISSN 1806-549 X

estado civil correspondente a casado ou união estável (55,0%). Dentre os participantes da pesquisa, grande parte recebe mais de um salário mínimo (67,1) e refere não possuir plano de saúde (81,8%).

A média dos escores de qualidade de vida para o grupo estudado foi de 12,3 pontos. Entre os hipertensos avaliados não foi possível concluir a análise de qualidade de vida para 15 indivíduos, que não responderam algum item do MINICHAL.

As análises bivariadas são apresentadas na Tabela 1 e a Tabela 2 apresenta o resultado final da análise logística múltipla. As variáveis que se mostraram associada com pior qualidade de vida (inferior à média para o grupo estudado) foram: sexo feminino, renda familiar inferior a um salário mínimo, o fato de ter diabetes associado à hipertensão e a falta de adesão à terapia medicamentosa.

A QV mensurada pelo MINICHAL, no presente estudo, demonstrou que em comparação aos sexos, as mulheres apresentaram piores escores de qualidade de vida. Resultado semelhante foi obtido em pesquisa realizada em Uberaba, MG (TAVARES *et al.*, 2011). Acredita-se que este resultado se justifica, pois, as mulheres estão mais atentas aos estados internos e não se adaptam tão bem as doenças crônicas se comparadas ao sexo masculino. Além disso, sofrem influência constante de fatores hormonais e estão mais susceptíveis a mudanças de estado emocional.

Neste estudo, os pacientes com renda familiar inferior a um salário mínimo apresentaram piores escores de qualidade de vida. Resultado semelhante ao obtido em inquérito conduzido entre pacientes com HÁ (CARVALHO *et al.*, 2013). A baixa renda estaria associada a dificuldades econômicas e maiores níveis de estresse. Esse fator é agravado, sabendo-se que com a aposentadoria os salários se reduzem acentuadamente.

Quanto à presença de comorbidades, verificou-se que aqueles pacientes os quais a hipertensão estava associada, principalmente ao diabetes, possuíam piores escores de qualidade de vida, se comparados aos hipertensos não diabéticos. Em pesquisa realizada por Andrade *et al* (2014), as comorbidades foram determinantes para pior avaliação da qualidade de vida no domínio somático. Este resultado se justifica, pois, assim como a hipertensão, o diabetes é uma doença crônica de sintomatologia diversa, possui alto custo financeiro, repercute nos hábitos de vida do paciente e exige acompanhamento contínuo para a prevenção de complicações, além do uso de medicamentos para controle da glicemia.

No condizente ao tratamento, os indivíduos com baixa adesão medicamentosa apresentaram menores escores de QV. Em estudo conduzido por Miranzi *et al* (2008), os pacientes hipertensos que estavam em tratamento, expressavam menor bem-estar psicológico e pior percepção do estado de saúde. Alguns fatores associados à baixa adesão medicamentosa e menor qualidade de vida seriam o não conhecimento da patologia e não aceitação do diagnóstico, condições socioeconômicas insuficientes para dar continuidade ao tratamento, baixa autoestima e presença de efeitos adversos (BEZERRA, A. *et al.*, 2014).

As demais variáveis analisadas não tiveram relação com a qualidade de vida no presente estudo. A partir dos dados descritos acima, percebe-se que a identificação de fatores associados à qualidade de vida desses indivíduos podem auxiliar no desenvolvimento de ações de prevenção mais oportunas e adequadas nas unidades básicas de saúde

Conclusão

No presente estudo identificou-se que o sexo feminino, a renda familiar inferior a um salário mínimo, o fato de ter diabetes associado à hipertensão e a falta de adesão à terapia medicamentosa são fatores que podem influenciar a qualidade de vida dos pacientes hipertensos. O conhecimento dessas associações tem o potencial de facilitar ações educativas para os profissionais de saúde e estimular o autocuidado apoiado para os pacientes, reduzindo, portanto, os impactos da HAS. Devem ser incentivados, assim, estudos semelhantes os quais corroborem com a elaboração de políticas públicas que garantam melhor assistência aos pacientes no âmbito da Estratégia Saúde da Família.

Referências

- ANDRADE, J. M. O. *et al.* Influência de fatores socioeconômicos na qualidade de vida de idosos hipertensos. **Cienc. Saúde Coletiva**. V. 19, n.8. 2014.
- BEZERRA, A. S. M. *et al.* Adesão de pacientes hipertensos ao tratamento medicamentoso. **Rev Bras Enferm**. V.67, N.4, ago. 2014.
- BEZERRA, S. M. M. S.; VEIGA, E. V. Qualidade de vida entre pessoas com hipertensão arterial em unidades de estratégias de saúde da família. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v.7, dez. 2013.
- CARVALHO, M. A. N. *et al.* Qualidade de vida de pacientes hipertensos e comparação entre dois instrumentos de medida de QVRS. **Arq Bras Cardiol**. v. 98, n. 5, 2012.
- CARVALHO, M. V. *et al.* A influência da hipertensão arterial na qualidade de vida. **Arq Bras Cardiol**. v.100, n.2, 2013.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Plano nacional de saúde – PNS 2012-2015. Brasília, DF. 2011.
- MIRANZI, S. S. C. *et al.* Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Texto & Contexto Enferm**. V.17, n.4, 2008.
- SOUTELLO, A. L. S. *et al.* Qualidade de vida na hipertensão arterial: validade de grupos conhecidos do MINICHAL. **Arq Bras Cardiol**. V. 104, n. 4, 2015
- TAVARES, D. M. S. *et al.* Qualidade de vida de idosos com hipertensão arterial. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, set. 2011.
- YOUSSEF, R. M.; MOUBARAK I. I.; KAMEL M.I. Factors affecting the quality of life of hypertensive patients. **East Mediterr Health J.**, v.11, n.1-2, 2005.



Tabela 1. Análise bivariada para fatores associados à qualidade de vida entre hipertensos assistidos pela Estratégia Saúde da Família; 2015.

| Variáveis | QV negativa | | QV positiva | | p-valor | OR (IC95%) |
|---------------------------|-------------|------|-------------|------|---------|------------------|
| | (n) | (%) | (n) | (%) | | |
| Sexo | | | | | <0,001 | |
| Feminino | 243 | 80,5 | 263 | 65,3 | | 2,19 (1,54-3,11) |
| Masculino | 59 | 19,5 | 140 | 34,7 | | |
| Idade | | | | | 0,796 | |
| ≥60 | 185 | 61,3 | 243 | 60,3 | | 1,04 (0,77-1,41) |
| <60 | 117 | 38,7 | 160 | 39,7 | | |
| Estado civil | | | | | 0,412 | |
| Solteiro/viúvo/divorciado | 139 | 46,0 | 173 | 42,9 | | 1,13 (0,84-1,53) |
| Casado/união estável | 163 | 54,0 | 230 | 57,1 | | |
| Escolaridade | | | | | 0,027 | |
| ≤ 4 | 189 | 63,2 | 219 | 54,9 | | 1,41 (1,04-1,92) |
| > 4 | 110 | 36,8 | 180 | 45,1 | | |
| Renda familiar | | | | | 0,038 | |
| ≤ 1SM | 110 | 36,4 | 117 | 29,0 | | 1,40 (1,02-1,93) |
| > 1 SM | 192 | 63,6 | 286 | 71,0 | | |
| Plano de saúde privado | | | | | 0,449 | |
| Não possui | 251 | 83,1 | 326 | 80,9 | | 1,16 (0,79-1,71) |
| Possui | 51 | 16,9 | 77 | 19,1 | | |
| Classificação PA | | | | | 0,187 | |
| Leve/Moderada/Grave | 147 | 48,7 | 176 | 43,7 | | 1,22 (0,91-1,65) |
| Normal/Limítrofe | 155 | 51,3 | 227 | 56,3 | | |
| Diabetes | | | | | 0,051 | |
| Sim | 107 | 35,4 | 115 | 28,5 | | 1,37 (0,99-1,89) |
| Não | 195 | 64,6 | 288 | 71,5 | | |
| Atividade física | | | | | 0,076 | |
| < 150 minutos/semana | 209 | 69,2 | 253 | 82,8 | | 1,33 (0,97-1,83) |
| ≥ 150 minutos/semana | 93 | 30,8 | 150 | 37,2 | | |
| Adesão medicamentosa | | | | | 0,006 | |
| Não | 165 | 54,6 | 178 | 44,2 | | 1,52 (1,13-2,06) |
| Sim | 137 | 45,4 | 225 | 55,8 | | |

Tabela 2. Variáveis associadas a pior qualidade de vida entre pacientes hipertensos, após análise múltipla; 2015.

| Variáveis | p-valor | OR (IC95%) |
|----------------------------------|---------|------------------|
| Sexo feminino | <0,001 | 2,18 (1,51-3,14) |
| Renda familiar < 1 SM | 0,001 | 1,44 (1,17-1,77) |
| Diabetes associado | 0,015 | 1,52 (1,09-2,13) |
| Falta de aderência medicamentosa | 0,003 | 1,61 (1,18-2,21) |