



QUALIDADE DE VIDA E ADESÃO MEDICAMENTOSA EM ADULTOS HIPERTENSOS

LIFE QUALITY AND HYPERTENSIVE ADULT'S MEDICATION ADHERENCE

CALIDAD DE VIDA Y ADHERENCIA A MEDICACIÓN EN ADULTOS HIPERTENSOS

Maria de Fátima Mantovani¹, Ângela Tais Mattei², Elis Martins Ulbrich³, Carina Bortolato-Major⁴, Ricardo Castanho Moreira⁵, Mireille Janczyk Hereibi⁶

RESUMO

Objetivo: verificar a associação qualidade de vida com a adesão medicamentosa, número de medicamentos em uso e tempo de diagnóstico em adultos hipertensos. **Método:** estudo transversal, de abordagem quantitativa, realizado com 387 pacientes hipertensos obtidos por amostragem estratificada e sistemática. A coleta de dados foi realizada pelo *Brief Medication Questionnaire*, para verificar a adesão à terapia medicamentosa e pelo SF-36, para a qualidade de vida. A análise dos dados foi realizada com o *software* SPSS. **Resultados:** na análise multivariada houve significância entre a qualidade de vida e as variáveis: tempo de diagnóstico ($p=0,007$), quantidade de medicamentos ($p=0,034$) e adesão medicamentosa ($p=0,021$). **Conclusão:** a adesão à terapêutica melhora a percepção da qualidade de vida. Desta forma, os achados desta pesquisa contribuem para o desenvolvimento de ações na assistência às pessoas hipertensas, objetivando o aumento das taxas de adesão. **Descritores:** Qualidade de Vida; Cooperação do Paciente; Hipertensão; Saúde do Adulto.

ABSTRACT

Objective: to verify the life quality association to the medications adherence, used medication number and diagnostic time in hypertensive adults. **Method:** transversal study with quantitative approach; conducted with 387 hypertensive patients obtained by stratified and systematic samples. Tada collection was performed by Brief Medication Questionnaire, to verify the medication therapy adherence and by SF-36, to life quality. A análise dos dados foi realizada com o *software* SPSS. **Results:** at the multi varied analysis there was a meaningfulness between life quality and the varieties: diagnostic time ($p=0,007$), medication quantity ($p=0,034$) and medication ($p=0,021$). **Conclusion:** the therapeutic adherence improves the perception of life quality. In this way, this research's finding contribute to actions development on hypertensive people assistance; aiming the adherence rate increase. **Descriptors:** Life Quality; Patient Cooperation; Hypertension; Adult's Health.

RESUMEN

Objetivo: comprobar la calidad de vida asociada con la adherencia a la medicación, el número de medicamentos y el tiempo de diagnóstico en adultos hipertensos. **Métod:** estudio transversal con un enfoque cuantitativo, realizado con 387 pacientes hipertensos obtenidos por muestreo estratificado y sistemático. La recolección de datos se realizó mediante el Cuestionario Breve medicación, para verificar la adherencia al tratamiento farmacológico y el SF-36, a la calidad de vida. El análisis de datos se realizó con el *software* SPSS. **Resultados:** en el análisis multivariante, hubo una diferencia significativa entre la calidad de vida y las variables: diagnóstico ($p=0,007$), número de medicamentos ($p=0,034$) y la adherencia a la medicación ($p=0,021$). **Conclusión:** adherencia a la terapia mejora la percepción de la calidad de vida. Por lo tanto, los resultados de esta investigación contribuyen al desarrollo de acciones de asistencia a las personas hipertensas, con el objetivo de aumentar las cuotas de los miembros. **Descriptores:** Calidad de Vida; Cooperación del Paciente; Hipertensión; Salud del Adulto.

¹Enfermeira, Professora Pós-Doutora, Graduação/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná/PPGENF/UFPR. Bolsista Produtividade 2 CNPq. Curitiba (PR), Brasil. E-mail: mfatimamantovani@ufpr.br; ²Enfermeira, Doutoranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná/PPGENF/UFPR. Curitiba (PR), Brasil. E-mail: angela-mattei@hotmail.com; ³Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná/PPGENF/UFPR. Curitiba (PR), Brasil. E-mail: lilaulbrich@yahoo.com.br; ⁴Enfermeira, Doutoranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná/PPGENF/UFPR. Curitiba (PR), Brasil. E-mail: cabortolato@uenp.edu.br; ⁵Enfermeiro, Professor Doutor em Enfermagem, Universidade Estadual do Norte do Paraná/UENP - Campus Faculdades Luiz Meneghel. Bandeirantes (PR), Brasil. E-mail: ricardocastanho@uenp.edu.br; ⁶Discente, Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná/UFPR. Bolsista de Iniciação Científica Fundação Araucária, Membro do GEMSA/UFPR, Curitiba (PR), Brasil. E-mail: mireille.jh@gmail.com

INTRODUÇÃO

A qualidade de vida (QV) compreende dimensões biopsicossociais que são influenciadas pelas crenças, experiências, impressões de cada indivíduo e se relaciona a fatores como moradia, lazer, hábitos alimentares e saúde, remetendo a uma percepção positiva de bem-estar. Ela também reflete a percepção da pessoa sobre sua saúde e como esta afeta sua vida. Seu conceito também é usado para observar cuidados farmacêuticos e resultados dos tratamentos.^{1,2}

A QV pode ser afetada pela doença e pelo tratamento, de modo que quanto mais longo o período de duração destes, maior será o impacto. Sendo assim, pessoas com doenças crônicas, dependentes de tratamento contínuo, podem apresentar prejuízo ainda maior em sua QV.³⁻⁵

As doenças crônicas não transmissíveis são multifatoriais e apresentam altas taxas de prevalência e mortalidade. Dentre elas, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a mais frequente, o que constitui um problema, pois apresenta risco de comprometimento de funções vitais, desenvolvimento de complicações, o impacto socioeconômico e da QV.⁶⁻⁸

Para o controle da pressão arterial, é necessário o tratamento farmacológico e não farmacológico, sendo que este se refere principalmente a hábitos de vida, e o farmacológico, por meio de medicamentos anti-hipertensivos.⁶ O objetivo do tratamento medicamentoso é reduzir os níveis pressóricos, a morbidade e a mortalidade ocasionada pelas complicações, principalmente as cardiovasculares.^{3,9,10}

O sucesso da terapêutica prescrita depende diretamente da adesão do paciente a qual pode ser influenciada pelo número de medicamentos em uso e pelo tempo de diagnóstico.^{8,11} A não adesão implica no descontrole dos níveis pressóricos, altos índices de comorbidades, aumento da taxa de internação hospitalar, elevação de custos para o tratamento, maior limitação física e dependência, fatores que podem prejudicar a QV do doente.^{2,12}

OBJETIVO

- Verificar a associação qualidade de vida com a adesão medicamentosa, número de medicamentos em uso e tempo de diagnóstico em adultos hipertensos.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de natureza quantitativa descritiva transversal, que faz parte de um projeto de pesquisa maior intitulado “Construção e validação de instrumento para o cuidado da hipertensão arterial sistêmica e as representações de cuidado de adultos hipertensos”.

Foram entrevistados 387 pacientes obtidos por amostragem estratificada e sistemática que atenderam aos critérios de inclusão: hipertensos com idade entre 18 e 60 anos, cadastrados e ativos no Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes de 18 Unidades Básicas de Saúde de um Distrito Sanitário no município de Curitiba, Paraná e que obtiveram pontuação mínima no Mini Exame do Estado Mental (13 pontos para analfabetos, 18 para baixa e média escolaridade e 26 para alta escolaridade, sendo que baixa e média escolaridade são aqueles que possuem até oito anos incompletos de estudo e acima disso considera-se como alta escolaridade).¹³ Foram excluídos três pacientes que não obtiveram a pontuação mínima neste exame.

Para a coleta de dados utilizou-se um questionário com variáveis sociodemográficas e os instrumentos *Brief Medication Questionnaire* (BMQ)¹⁴ e o *Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey* (SF-36) traduzido para o Brasil¹⁵, para avaliação da adesão medicamentosa e da QV, respectivamente.

O BMQ é um questionário que permite identificar fatores que impedem ou dificultam a adesão ao tratamento. Trata-se de questões sobre quais são os medicamentos prescritos ao indivíduo e seu uso, dificuldades relatadas em tomar a medicação e, por fim, uma escala com nove itens divididos em três domínios: regime, crenças e recordação. Quanto maior a pontuação, maior a dificuldade ou barreira para a adesão ao tratamento.^{8,14}

Nesta pesquisa foram considerados aderentes os indivíduos com pontuações entre 0 e 1 na somatória dos três domínios: regime, crença e recordação. Participantes com pontuação igual ou acima de 2 foram classificados como não aderentes, pois indicam barreiras para a adesão ao tratamento.

O instrumento SF-36, por sua vez, consiste em uma escala de 0 a 100, sendo que 0 corresponde a uma baixa percepção de QV e 100 corresponde a uma alta percepção de QV. Essa escala é dividida em oito domínios: capacidade funcional, aspecto físico, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspecto

social, aspecto emocional e saúde mental. Esses oito domínios podem ser classificados em dois grupos maiores: Componente Físico Agrupado (PCS) e Componente Mental (MCS), que representam bem-estar relacionado à funcionalidade física e bem-estar emocional, respectivamente.^{4,15} Nesta pesquisa, os escores médios individuais acima de 50 foram considerados como boa QV e abaixo de 50 como baixa QV.

Os dados foram tabulados em planilhas do *Microsoft Excel*[®] e analisados por meio de estatística descritiva. A associação entre QV, adesão ao tratamento, número de medicamentos e tempo de diagnóstico foi calculada pelo modelo de regressão logística binária, utilizando o *software Statistical*

Package for Social Sciences (SPSS). Adotou-se nível de significância de 5%.

Esta pesquisa respeita os preceitos éticos da Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná (parecer CEP/SD: 220.068 e CAAE: 07444512.0.0000.0102).

RESULTADOS

Foram estudados 387 participantes, dos quais 295 (76,2%) eram mulheres. A idade dos entrevistados variou entre 23 e 60 anos, com média de 52,87 ±6,71. Em relação à QV, os escores médios dos domínios podem ser observados na tabela 1.

Tabela 1: Distribuição dos valores médios e desvio padrão dos escores de cada domínio do SF-36.

Domínio	Média (Desvio padrão)
Dor (D)	58,76 (±28,05)
Vitalidade (V)	63,76 (±22,32)
Estado geral de saúde (EGS)	64,82 (±23,16)
Limitação por aspectos físicos (AF)	65,83 (±41,35)
Saúde mental (SM)	70,25 (±23,46)
Limitação por aspectos emocionais (AE)	73,04 (±40,00)
Capacidade funcional (CF)	73,19 (±25,30)
Aspectos sociais (AS)	77,94 (±25,81)

Em relação à adesão medicamentosa, observou-se que 45,74% dos entrevistados não relataram dificuldades no domínio regime e 80,62% nas crenças. Quanto à recordação, 63,31% dos indivíduos relataram pouca

dificuldade neste domínio (tabela 2). De acordo com as pontuações obtidas, 241 entrevistados (62,27%) foram considerados não aderentes.

Tabela 2. Distribuição dos participantes de acordo com as variáveis de adesão medicamentosa.

Pontuações	Regime	Crenças	Recordação
0	177	312	88
1	106	31	245
2	66	44	54
3	32	0	0
4	5	0	0
5	1	0	0
Total	387	387	387

Verificou-se que pacientes com tempo de diagnóstico até 10 anos, que ingerem menos do que três medicamentos ao dia e são aderentes à terapia medicamentosa tem melhor QV e na análise multivariada houve

significância entre esta e as variáveis: tempo de diagnóstico, quantidade de medicamentos ingeridos ao dia e adesão medicamentosa (tabela 3).

Tabela 3. Análise multivariada da associação das variáveis independentes com escore de boa qualidade de vida entre pessoas hipertensas

Variáveis	QV ruim n (%)	QV boa n (%)	OR ajustado (IC95%)	p-valor
Tempo do diagnóstico				
Até 10 anos	29 (13,60%)	185 (86,40%)	1,00	
Maior que 10 anos	46 (26,60%)	127 (73,40%)	0,48 (0,28 a 0,82)	0,007*
Número de medicamentos/dia				
Até 3	31 (14,60%)	181 (85,40%)	1,00	
Maior que 3	44 (25,10%)	131 (74,90%)	0,56 (0,33 a 0,96)	0,034*
Adesão à terapia medicamentosa				
Não	38 (25,50%)	111 (74,50%)	1,00	
Sim	37 (15,50%)	201 (84,50%)	1,85 (1,10 a 3,12)	0,021*

*p<0,05

DISCUSSÃO

Na análise sobre os escores obtidos no instrumento SF-36, os participantes apresentaram melhor percepção de QV nos domínios AS, CF e AE, sendo que o pior escore obtido foi referente ao domínio D. Não há consenso na literatura quanto a esse aspecto, pois os domínios com melhor e pior escore variam entre os estudos. Sugere-se que tal diferença pode se dar por diversos fatores em relação a cada população estudada, tais como características sociodemográficas, existência de comorbidades ou complicações, quantidade de medicamentos anti-hipertensivos utilizados e efeitos colaterais dos mesmos.^{3,4}

Quanto à adesão avaliada pelo instrumento BMQ, observou-se, pouca ou nenhuma dificuldade nos domínios regime e crenças. Esses dados corroboram com o estudo realizado com 206 pacientes em Porto Alegre, em que 48,1% pacientes tiveram alguma pontuação na barreira de regime e 7,2% na barreira de crença, porém divergem na barreira de recordação, em que 92,7% dos participantes pontuaram dificuldades.¹⁶ Este aspecto tem relevância para ações de prevenção e educação em saúde para os profissionais de enfermagem.

Outro estudo realizado com 116 pacientes internados no Serviço de Emergência de um Hospital Universitário de São Paulo, SP, ao identificar o perfil epidemiológico, o conhecimento sobre a doença e a taxa de adesão ao tratamento de pacientes com hipertensão arterial sistêmica, internados no serviço de emergência constatou que 67% dos pacientes apresentaram barreiras no domínio recordação do BMQ ($p<0,0001$).¹⁷

Verificou-se que pacientes que não aderem ao tratamento, com maior tempo de diagnóstico e número de medicamentos em uso tem pior QV, semelhante a um estudo observacional realizado em Goiás que buscou avaliar a QV de pacientes hipertensos comparando com a população geral e encontrou que o tempo de diagnóstico interferiu na QV no domínio AF ($p=0,00$) e no PCS ($p=0,04$), em que pacientes com menos tempo de diagnóstico apresentaram melhor QV. Já a quantidade de medicamentos em uso e o número de ingestões por dia não influenciaram na QV, diferente desta pesquisa.⁴

Constatou-se a associação entre QV e adesão medicamentosa, corroborando com uma revisão integrativa que incluiu 14 artigos que abordavam doenças crônicas e mensuravam QV e adesão por meio de diferentes metodologias. Destes, nove

apresentaram relação significativa da adesão com a QV, embora não tenha sido possível definir a causalidade dessa associação.² Outro estudo que buscou verificar o impacto da pressão arterial elevada e a consciência de ter hipertensão na percepção de QV encontrou uma associação negativa entre adesão e QV, em que os autores relacionaram à baixa QV, observada em sua amostra, com os efeitos colaterais das medicações utilizadas.³

Um estudo realizado com 385 pacientes avaliou a mesma relação por meio dos instrumentos Euroqol EQ-5D para QV e *Drug Attitude Inventory* para adesão medicamentosa, sendo que as correlações obtidas foram consideradas insignificantes e negativas.¹

A limitação encontrada nesta pesquisa foi com relação ao tipo de estudo empregado, uma vez que estudos transversais não permitem atribuir causalidade às associações encontradas.

CONCLUSÃO

Identificou-se a associação entre tempo de diagnóstico, número de medicamentos e adesão medicamentosa com QV. Em relação à adesão medicamentosa nota-se que o domínio da recordação em relação aos medicamentos utilizados é a característica presente em 92,7% dos participantes.

A orientação e conscientização sobre a importância da adesão à terapia medicamentosa devem sempre ser contempladas na elaboração do plano de cuidados ao indivíduo com HAS, pois os resultados dessa pesquisa mostram que, com a adesão, há perspectiva de que os pacientes tenham melhor percepção da sua QV.

FINANCIAMENTO

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPQ.

A Fundação Araucária de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Estado do Paraná (FA).

REFERÊNCIAS

1. Saleem F, Hassali MA, Shafie AA, Awad GA, Atif M, Haq N et al. Does treatment adherence correlates with health related quality of life? Findings from a cross sectional study. BMC Public Health [Internet]. 2012 [cited 2016 Jan 29];12:318. Available from: <http://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-318>
2. Liberato SMD, Souza AJG, Gomes ATL, Medeiros LP, Costa IKF, Torres, GV. Relação entre adesão ao tratamento e qualidade de vida: revisão integrativa de literatura. Rev eletrônica enferm

Mantovani MF, Mattei ÂT, Ulbrich EM et al.

Qualidade de vida e adesão medicamentosa em...

[Internet]. 2014 [cited 2016 Jan 29];16(1):191-8. Available from: <https://www.fen.ufg.br/revista/v16/n1/pdf/v16n1a22.pdf>

3. Korhonen PE, Kivelä SL, Kautiainen H, Järvenpää S, Kantola I. Health-related quality of life and awareness of hypertension. J Hypertens [Internet]. 2011 [cited 2016 Jan 29];29(11):2070-74. Available from: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21946696

4. Carvalho MV, Siqueira LB, Sousa ALL, Jardim PCBV. A influência da hipertensão arterial na qualidade de vida. Arq. Bras. Cardiol. [Internet]. 2013 [cited 2016 Jan 29];100(2):164-74. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v100n2/v100n2a09.pdf>

5. Fava SMCL, Teraoka EC, Oliveira AS, Calixto AATF, Eid LP, Veiga EV. Fatores relacionados à adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. Rev Rene [Internet]. 2014 [cited 2016 Jan 29];15(2):354-61. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/download/1495/pdf>

6. Oliveira TL, Miranda LP, Fernandes PS, Caldeira AP. Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. Acta paul enferm [Internet]. 2013 [cited 2016 Jan 29];26(2):179-84. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/apv/v26n2/v26n2a12.pdf>

7. Raymundo ACN, Pierin AMG. Adesão ao tratamento de hipertensos em um programa de gestão de doenças crônicas: estudo longitudinal retrospectivo. Rev esc enferm USP [Internet]. 2014 [cited 2016 Jan 29];48(5):811-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n5/pt_0080-6234-reeusp-48-05-811.pdf

8. Mantovani MF, Mattei AT, Arthur JP, Ulbrich EM, Moreira RC. Utilização do Brief Medication Questionnaire na adesão medicamentosa de hipertensos. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2015 [cited 2016 Jan 29];9(1):84-90. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/6402/12488>

9. Figueiredo NN, Asakura L. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. Acta Paul Enferm [Internet]. 2010 [cited 2016 Jan 29];23(6):782-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/apv/v23n6/11.pdf>

10. Ulbrich EM, Maftum MA, Labronici LM, Mantovani MF. Atividades educativas para portadores de doença crônica: subsídios para a enfermagem. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2012 [cited 2016 Jan 29];33(2):22-27. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n2/05.pdf>

11. Faria HTG, Rodrigues FFL, Zanetti ML, Araújo MFM, Damasceno MMC. Fatores associados à adesão ao tratamento de pacientes com diabetes mellitus. Acta Paul Enferm. [Internet]. 2013 [cited 2016 Jan 29];26(3):231-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/apv/v26n3/05.pdf>

12. Bezerra ASM, Lopes JL, Barros ALBL. Adesão de pacientes hipertensos ao tratamento

medicamentoso. Rev Bras Enferm [Internet]. 2014 [cited 2016 Jan 29];67(4):550-5. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n4/0034-7167-reben-67-04-0550.pdf>

13. Burns A, Brayne C, Folstein M. Key Papers in Geriatric Psychiatry: mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. M. Folstein, S. Folstein and P. McHugh, Journal of Psychiatric Research, 1975, 12, 189-198. Int. J Geriatr Psychiatry [Internet]. 1998 [cited 2016 Jan 29];13:285-294. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/%28SICI%291099-1166%28199805%2913:5%3C285::AID-GPS753%3E3.0.CO;2-V/pdf>

14. Svarstad BL, Chewning BA, Sleath BL, Claesson C. The Brief Medication Questionnaire: a tool for screening patient adherence and barriers to adherence. Patient Educ Couns [Internet]. 1999 [cited 2016 Jan 29];37(2):113-24. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S07383899198001074>

15. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação da qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). Rev Bras Reumatol [Internet]. 1999 [cited 2016 Jan 29];39(3):143-50. Available from: http://www.ufjf.br/renato_nunes/files/2014/03/Valida%C3%A7%C3%A3o-do-Question%C3%A1rio-de-qualidade-de-Vida-SF-36.pdf

16. Ben AJ, Neumann CR, Mengue SS. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar a adesão a medicamentos. Rev Saúde Pública [Internet]. 2012 [cited 2016 Jan 29];46(2):279-89. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/2012nahead/3357.pdf>

17. Vancini-Campanharo CR, Oliveira GN, Andrade TFL, Okuno MFP, Lopes MCBT, Batista REA. Hipertensão Arterial Sistêmica no Serviço de Emergência: adesão medicamentosa e conhecimento da doença. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2015 [cited 2016 Jan 29];23(6):1149-56. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/pt_0104-1169-rlae-23-06-01149.pdf

Submissão: 02/02/2016

Aceito: 10/04/2016

Publicado: 00/00/2016

Correspondência

Mireille Janczyk Hereibi
Universidade Federal do Paraná
Departamento de Enfermagem
Avenida Prefeito Lothario Meissner, 632
Bloco Didático II
Jardim Botânico
CEP 80210-170 – Curitiba (PR), Brasil