



## **FATORES QUE AFETAM A QUALIDADE DE VIDA DOS DOENTES HIPERTENSOS FACTORS AFFECTING THE QUALITY OF LIFE OF HYPERTENSIVE PATIENTS**

**Esperança Maria Simões da Silva**

Centro de Estudos Farmacêuticos, Faculdade de Farmácia,  
Universidade de Coimbra  
espsilva@hotmail.com

**Maria Margarida Duarte Ramos Caramona**

*Fecha de Recepción: 3 Febrero 2014*

*Fecha de Admisión: 30 Marzo 2014*

### **ABSTRACT**

Cardiovascular disease affects both the physical, psychological and social well-being, thereby the need for assess quality of life. Consequently a good treatment of hypertension requires concern about the quality of life of the patient. Aim: To assess the influence of sociodemographic and clinical factors, in the quality of life of patients with hypertension. Methods: We performed an observational, cross-sectional study, in hypertensive patients followed in community pharmacies. Patients were selected at the pharmacy when they bought an antihypertensive drug or measure blood pressure. To each patient was administered a questionnaire evaluating the gender and age, drug side-effects, duration of hypertension, blood pressure control, co morbidity, daily therapy, as independent variables and quality of life (assessed by HYPER questionnaire) as the dependent variable. Results: The sample consisted of 1876 hypertensive patients (44% men and 56% women) with a mean age of  $60.48 \pm 2.17$  years. The mean duration of hypertension was  $10.56 \pm 9.25$  years. The amounts of drugs taken daily were ( $4.10 \pm 2.39$ ) and the number of daily doses ( $2.50 \pm 1.09$ ) was highly variable. The most frequent co morbidity was high cholesterol (42% of patients). Stand out that 81.3% of the hypertensive patients had blood pressure controlled. A better quality of life was independently predicted by achieving a controlled blood pressure, an absence of drug side effects and fewer drugs consumed per day. Conclusion: The results show the need to get involved in these patients in terms of representations of the disease when they have an impact on their quality of life. An intervention in patients with hypertension is necessary if we want to promote quality and adaptation to the disease.

Keywords: hypertension, quality of life, blood pressure control



## RESUMO

A doença cardiovascular afecta simultaneamente o bem-estar físico, psicológico e social do indivíduo, justificando que se investigue a sua qualidade de vida. Assim, quando se pretende um bom tratamento da hipertensão, deveremos igualmente preocupar-nos com a qualidade de vida do doente. **Objetivo:** Avaliação da influência dos factores sócio-demográficos e clínicos na qualidade de vida dos doentes com hipertensão. **Metodologia:** foi realizado um estudo observacional e transversal, quantitativo e analítico em doentes hipertensos seguidos nas farmácias comunitárias. Os doentes foram seleccionados quando se dirigiam à farmácia para comprar um anti-hipertensor ou medir a pressão arterial. A cada um dos doentes foi aplicado um questionário que avaliava as variáveis sexo e idade, os sintomas presentes no último mês, a duração da hipertensão, o controlo da pressão arterial, comorbilidades, terapêutica diária, como variáveis independentes e a qualidade de vida (avaliada pelo questionário HYPER), como variável dependente. **Resultados:** A amostra foi constituída por 1876 doentes com hipertensão (44% homens e 56% mulheres), com média etária de  $60.48 \pm 2.17$  anos. O tempo médio de duração da hipertensão foi de  $10.56 \pm 9.25$  anos. A quantidade de fármacos diários ( $4.10 \pm 2.39$ ) e o número de tomas diárias ( $2.50 \pm 1.09$ ) foram muito variáveis. A comorbilidade mais frequente foi o colesterol elevado (42% dos doentes). Destacam-se 81.3% hipertensos com pressão arterial controlada. Os factores preditivos independentes para a qualidade de vida foram a ausência de efeitos secundários, o controlo da pressão arterial e o menor consumo de fármacos diários. **Conclusão:** Os resultados mostram a necessidade de intervir nestes doentes em termos das representações da doença quando estas tenham um impacto na sua qualidade de vida. Uma intervenção em doentes com hipertensão é necessária se quisermos promover a qualidade e adaptação à doença por parte destes.

Palavras-chave: hipertensão, qualidade de vida, controlo da pressão arterial

## INTRODUÇÃO

Um conceito semelhante à definição multidimensional de saúde da OMS é o de qualidade de vida (QV) relacionada com a saúde. O termo emergiu nos anos oitenta, e desde aí tem evoluído para cobrir um grande número de aspectos da QV que se demonstra que afectam a saúde física e mental (WHO, 1984). A QV pode ser considerada como a discrepância entre as nossas expectativas e as nossas experiências. Do ponto de vista de alguns autores (Coelho, Coelho, Barros, Gonçalves, & Lima, 1997), medir a QV permite avaliar o equilíbrio entre a esperança de vida e o modo de vida dos indivíduos. O cálculo da QV é útil como orientador para os legisladores, investigadores dos serviços de saúde, epidemiologistas, peritos de projectos, e para os médicos interessados nos efeitos das intervenções. Os doentes, os membros da sua família e cuidadores, também podem beneficiar, ex. obtêm informação sobre as áreas da saúde em que o doente se sente melhor e sobre aquelas que precisam de melhorar. O inquérito de 2005/2006 realizado em Portugal pelo INE, revela que, das doenças crónicas observadas, a que registou maior prevalência na população residente no Continente foi a pressão arterial alta: 20,0% da população referiu ser afectada por este problema de saúde (INE & INSA, 2009). Esta situação agravou-se relativamente ao inquérito anterior, onde apenas 14,9% da população mencionava ter hipertensão. A hipertensão arterial é uma das principais responsáveis pelo número de mortes prematuras nos países desenvolvidos e contribui para cerca de metade de todas as patologias do foro cardiovascular. Em Portugal, estima-se que 42% da população sofra de hipertensão embora muitas pessoas não saibam que sofrem deste problema e cerca de 61% tenham a doença por controlar (Macedo, et al., 2007). É uma doença que afecta dois milhões de portugueses. Entre os hipertensos só 46,1% sabiam sê-lo; 39% tomavam terapêutica anti-hipertensora e 11,2% estavam controlados (PA <140/90 mmHg). Estes resultados indicam que a hipertensão arterial é muito prevalente em Portugal. No entanto, as percentagens de conhecimen-



to, tratamento e controle da hipertensão arterial são muito baixas (Pereira, Azevedo, & Barros, 2010). A hipertensão ilustra perfeitamente a natureza multidimensional da saúde, aos olhos do médico, os indivíduos com a pressão arterial elevada possuem uma doença, mas do ponto de vista dos doentes a sua QV não está afectada, até talvez os alertas do médico o preocuparem, com um efeito negativo na sua QV. Na grande maioria dos doentes com hipertensão normal-alta, o impacto na sua QV não é nenhum (Bremner, 2002). A avaliação da QV nos ensaios clínicos na área cardiovascular, tanto o bem-estar como a QV relacionada com a saúde, é importante para facultar uma melhor compreensão dos efeitos do tratamento. Os ensaios clínicos têm por objectivo, muita das vezes identificar a superioridade de um fármaco anti-hipertensor em relação a outro no controlo da pressão arterial, sem no entanto verificar a influência na QV do doente. Um tratamento agressivo com uma combinação de anti-hipertensores não influencia necessariamente a QV, mas encontramos descritos vários estudos com o papel dos efeitos secundários. (Miguel, Magalhães, & Oliveira, 1999). A hipertensão sendo uma doença crónica, tem influência na vida social. A importância das restrições a este nível é superior na hipertensão estágio 2 e quando os sintomas decorrentes da terapêutica não estão bem controlados. Independentemente do grupo etário, sexo, raça ou etnia, esta afecção influencia negativamente a QV. No passado, só eram utilizadas medidas clínicas e fisiológicas para avaliar os efeitos na intervenção da hipertensão e o impacto nas vidas dos pacientes não era determinado. Mais recentemente têm sido desenvolvidos e validados questionários para a qualidade de vida, genéricos e específicos, medindo o impacto funcional (físico, social, emocional e ocupacional) desta doença. (Côte, Gregoire, & Moisan, 2000). Quando relacionada com a saúde, a QV refere-se às dimensões física, psicológica e social da saúde que são influenciadas pelas experiências, crenças, esperanças e percepções do indivíduo. Para medir este conceito, muitos instrumentos, genéricos ou específicos, podem ser usados. (Coons, Rao, Keininger, & Havs, 2000)

## OBJETIVOS

Avaliação da influência dos fatores sócio-demográficos e clínicos, na qualidade de vida dos doentes com hipertensão.

## PARTICIPANTES

Foi realizado um estudo epidemiológico, observacional e transversal, em 1876 doentes hipertensos, recrutados nas farmácias comunitárias portuguesas.

## MÉTODOS

A recolha dos dados para este estudo decorreu entre Abril de 2005 e Abril de 2007. O estudo desenvolveu-se nas farmácias que aceitaram colaborar, na selecção de doentes com hipertensão. Foram recrutados cinco doentes por farmácia, aquando da visita à farmácia para levantar uma receita de anti-hipertensores ou medir a pressão arterial. Nesta altura fazia-se o convite para participar no estudo, obtendo um consentimento verbal. Foi aplicado um questionário a todos os indivíduos que deram o seu consentimento para participar no estudo. Este visava caracterizar o perfil sociodemográfico, clínico (hábitos diários, antecedentes cardiovasculares, terapêutica farmacológica, comorbilidades) e de qualidade de vida. O doente era incluído no estudo se tivesse mais que 18 anos e estivesse a tomar há mais de 1 mês pelo menos um anti-hipertensor. O doente preenchia os questionários na farmácia num local reservado ou podia levar para casa e entregar mais tarde. No caso de dificuldades visuais ou outras, o questionário era administrado pelo farmacêutico sob a forma de uma entrevista.

Foram analisadas diversas variáveis independentes (quantitativas e qualitativas), que se admitiu poderem contribuir significativamente para a qualidade de vida dos hipertensos: Variáveis sociode-



mográficas: Idade (grupos etários utilizados <60 e ≥60 Anos), sexo, estado civil, escolaridade, ocupação profissional; Sendo o Sexo uma variável qualitativa, a sua introdução na análise foi feita com base numa variável muda (1 para o sexo masculino e 2 para o sexo feminino). A Idade foi estudada como variável contínua, a partir dos 18 anos. Variáveis antropométricas: peso em kg, altura em cm, índice de massa corporal em kg/m<sup>2</sup>; A Obesidade foi definida por IMC > 30kg/m<sup>2</sup> (subdividida em Obesidade ligeira 30-34,9kg/m<sup>2</sup>; Obesidade moderada 35- 39,9kg/m<sup>2</sup> e Obesidade grave > 40kg/m<sup>2</sup>), Excesso de Peso por IMC de 25-29,9kg/m<sup>2</sup>, peso normal por IMC de 18,5- 24,9kg/m<sup>2</sup> e baixo peso por IMC inferior a 18,5kg/m<sup>2</sup>. Hábitos diários: exercício físico, consumo de café, álcool e tabaco; gravidade da hipertensão, necessidade de hospitalização. A Gravidade da hipertensão foi classificada segundo critérios da Sociedade Portuguesa de Hipertensão (Chobaniam, Bakris, Black, & al, 2003) (Mancia, et al., 2007) (Polonia, Ramalhinho, Martins, & Saavedra, 2006) e agrupada em quatro categorias normal, normal-alta, estágio 1 e estágio 2. O Controlo da hipertensão definiu-se pelo valor da pressão arterial sistólica inferior a 140mmHg e diastólica inferior a 90 mmHg. Antecedentes pessoais de AVC, EAM, AIT, foram designados de complicações e classificado em dois níveis: presença ou ausência de um destes eventos cardíacos ou cerebrovasculares. Duração da hipertensão, comorbilidades: o número de Comorbilidades, das quais fazem parte todas as outras doenças crónicas, foi classificado em dois níveis: nenhuma (0) ou uma ou mais do que uma (1). Terapêutica instituída: classes de fármacos e posologia. A qualidade de vida (variável dependente) foi avaliada através do questionário HYPER versão portuguesa.

Os instrumentos de medição incluíram uma escala específica de avaliação da qualidade de vida em doentes hipertensos (Bamfi, De Carli, Arpinelli, & al, 1998), foi utilizado com autorização do Mapi Institute, (Mapi, 2012) o HYPER - The Hypertension Health Status Inventory, escala validada em português, para avaliação da qualidade de vida em doentes com hipertensão. Esta escala permite calcular um score total e três subscores: um que reflete a interferência dos sintomas na prática física, outro que avalia a limitação que a doença impõe na atividade quotidiana e um terceiro que permite perceber a disfunção emocional ligada à doença. É um questionário constituído por 29 perguntas, em que as respostas são pontuadas segundo uma escala de Likert (“sempre” ou “nunca”) ou dicotómica (sim/não). O questionário é traduzido numa escala, sendo que valores mais elevados implicam melhor qualidade de vida.

Na análise descritiva da amostra analisada, foram aplicadas estatísticas de sumário apropriadas. As variáveis categóricas foram descritas através de frequências absolutas e relativas (%). As variáveis contínuas foram descritas utilizando a média e desvio-padrão ou mediana, percentil 25 e percentil 75, consoante a distribuição destas seja simétrica ou assimétrica, respectivamente. Foi usado o teste t-student ou o teste de One-Way Anova para o teste de hipóteses relativas a variáveis contínuas, nomeadamente, as dimensões global, Físico e Emocional (cujas distribuições são simétricas), consoante se comparam dois grupos independentes ou mais de dois grupos, respectivamente. Foi usado o teste de Mann-Whitney ou o teste de Kruskal-Wallis no caso da dimensão Diário do HYPER, cuja distribuição não é simétrica, consoante se comparam dois grupos independentes ou mais de dois grupos, respectivamente. Foi utilizado um nível de significância de 0,05 para todos os testes de hipótese. A análise foi efectuada utilizando o programa de análise estatística SPSS® v.18.0.

## RESULTADOS

Foram seleccionados 1876 indivíduos, 44% homens e 56% mulheres. A idade média dos inquiridos foi de 60.48±12.17anos, variou entre um mínimo de 22 anos e um máximo de 94 anos. Na amostra 77% eram casados ou viviam em união de facto, 14% eram viúvos e 4% divorciados e 5% permaneciam solteiros. Relativamente ao grau de escolaridade, 5% dos inquiridos eram analfabetos, a maioria (69%) tinham um nível de escolaridade entre a primária e o 9ºano, 11% finalizaram o





secundário e apenas 15% tinham um curso superior. Nesta amostra 45% dos inquiridos apresentava-se profissionalmente no activo, 48% era constituída por reformados ou domésticas e 7% por desempregados. Cerca de 23% dos doentes eram ex-fumadores, mantendo hábitos tabágicos apenas 9% dos doentes. O índice de massa corporal (IMC) médio foi de  $27.90 \pm 4.13$  kg/m<sup>2</sup>, tendo apenas 23% dos doentes um IMC normal (IMC=18,5-24,9 kg/m<sup>2</sup>). Na distribuição da amostra por classes de IMC, verifica-se que 55% dos homens têm excesso de peso (IMC=25-29,9 kg/m<sup>2</sup>) versus 47% nas mulheres, estas diferenças são menos notórias em relação à prevalência da obesidade (IMC > 30 kg/m<sup>2</sup>) 23% nos homens e 27% nas mulheres. Observa-se uma diferença estatisticamente significativa entre as classes IMC e o sexo (23.770,  $p < 0,001$ ). Os doentes deste estudo sofrem de HTA em média há  $10.56 \pm 9.25$  anos com um mínimo de 1 mês e um máximo de 58 anos. No dia do estudo 1370 (81.3%) doentes tinham a PA controlada, e 15% sofrem de problemas relacionados com a HTA, como sejam os eventos cardíacos: sendo o mais comum o AVC (6%). A comorbilidade apresenta-se em 66% doentes, principalmente a diabetes 19%, a asma 22%, as dislipidemias 42% e doenças do foro neurológico 16%. Os valores médios da PA Sistólica foram sempre superiores a 8.18 mmHg e os da PA Diastólica rondaram os 14.17.mmHg. A PAS variou entre 2 mmHg e 14 mmHg, com uma média de 8.18 mmHg e um desvio padrão de 1.11 mmHg, uma mediana de 8.10 mmHg. A PAD variou entre 9 mmHg e 24 mmHg, com uma média de 14.17 mmHg e um desvio padrão de 1.73 mmHg e uma mediana de 14.0 mmHg. Em relação à terapêutica farmacológica 54% dos doentes estavam a tomar apenas um fármaco anti-hipertensor, enquanto 33% estava a receber uma combinação de dois e 14% três ou mais fármacos de diferentes classes terapêuticas. Apenas 20% faziam uma toma diária (Toma única) enquanto, 80% faziam duas ou mais tomas diárias. Em média os doentes do estudo tomavam 5.35 comprimidos por dia e cerca de 78% dos doentes hipertensos relatou efeitos secundários da terapêutica.

Quanto á escala de qualidade de vida, valores significativamente mais elevados foram observados entre os indivíduos casados ( $p < 0.001$ ) exceto na dimensão diário ( $p=0.860$ ); nos doentes com idade inferior a 60 anos ( $p=0.004$ ) exceto na dimensão emocional ( $p=0.1919$ ); nos doentes com algum nível de escolaridade ( $p < 0.001$ ) e nos que se encontravam a trabalhar na altura do estudo ( $p < 0.001$ ). Efetuando um teste *t* de Student, para amostras independentes, verificamos que a nota global do HYPER é superior e estatisticamente significativa ( $p < 0.001$ ), nos hipertensos do sexo masculino quando comparados com os resultados para o sexo feminino. As pontuações dos homens foram sempre superiores as das mulheres exceto na dimensão diário ( $p=0.05$ ). A presença de comorbilidades foi associada a valores significativamente inferiores ( $p < 0.001$ ) na escala global e nas subescalas. Na tabela 1.2.2 observa-se os valores totais do HYPER assim como das suas dimensões em relação a condições clínicas e utilização da terapêutica. Valores significativamente mais elevados foram observados na escala global do HYPER assim como nas subescalas para os doentes com diagnóstico de hipertensão há menos de 10 anos ( $p < 0.001$ ), aqueles que não sofreram ainda complicações decorrentes da hipertensão ( $p < 0.001$ ), assim como para os indivíduos com a pressão arterial controlada ( $p < 0.001$ ). Em relação à terapêutica, os doentes que relataram efeitos secundários tinham valores significativamente mais baixos na escala global e subescalas ( $p < 0.001$ ) valores significativamente mais elevados foram associados ao menor número de tomas diárias ( $p < 0.001$ ) em todas as escalas. Assim como o menor número de fármacos tomados diariamente ( $p < 0.001$ ).

Considerando as condições clínicas dos doentes assim como a sua terapêutica, tendo em consideração as características sociodemográficas, a análise factorial da covariância identificou alguns preditores independentes da pontuação mais elevada no HYPER, o controlo da pressão arterial a ausência de efeitos secundários e o menor consumo de fármacos diários. Isoladamente a ausência de comorbilidades e de complicações são estatisticamente significativos quando ajustadas às res-



tantes variáveis deixam de o ser. Em relação às três dimensões (emocional, físico e diário) da escala verificamos os mesmos preditores independentes. Contudo, a ausência de efeitos secundários não prevê valores mais elevados na escala diário. Quanto ao controlo da pressão arterial apenas vemos influência na escala diário. A ausência de complicações prevê valores mais elevados na escala físico e diário mas não na emocional.

## CONCLUSÕES

Nos nossos dias a hipertensão é responsável por um número elevado de mortes, no entanto tem pouco ou nenhum impacto imediato na QV dos indivíduos afectados. O que torna o tratamento muito difícil, pois a grande maioria da medicação vai afectar negativamente a QV, através dos efeitos adversos ou através da alteração do estilo de vida associado á terapêutica crónica. Segundo alguns autores (Ucan & Ovavolu, 2010) a QV pode ser afectada pelo estado de saúde, e indicadores socioeconómicos como a pobreza, a baixa escolaridade e o desemprego. Estes dados estão de acordo com o nosso estudo, onde uma qualidade de vida superior em todas as dimensões foi observada nos doentes hipertensos com um nível mais elevado de escolaridade e que estavam a trabalhar na altura do estudo. Ficou demonstrado o efeito favorável na QV da estabilidade social pela pontuação significativamente mais alta nos indivíduos casados. (Ogunlana, Adedokun, Dairo, & Odunaiva, 2009). Encontramos uma associação significativa entre a idade e o género com a qualidade de vida dos doentes hipertensos, também referida na literatura (Youssef, Moubarak, & Kamel, 2005). Foi observada uma melhor qualidade de vida nos homens e nos indivíduos mais novos. Os homens tiveram valores superiores de QV na dimensão emocional da percepção da doença o que sugere que os homens toleram as doenças crónicas de forma diferente, sem ficarem emocionalmente afectados na mesma extensão que as mulheres. Por outro lado, os dados da literatura sugerem que os doentes mais idosos são menos propensos a receberem uma estratégia terapêutica mais agressiva. Neste estudo, a idade avançada associou-se a uma percepção menos satisfatória da qualidade de vida físico e diário, não sendo no entanto fator preditivo independente e as mulheres apresentaram valores de qualidade vida emocional mais baixos (Sazlina, Zaiton, Nor Afiah, & Havati, 2012). Os nossos resultados estão de acordo com tais dados. Nos doentes hipertensos as comorbilidades estavam associadas a uma deterioração da QV. (Maatouk, et al., 2012). O que implica que a associação de mais do que uma patologia vai condicionar o quotidiano e a atividade física do doente, refletindo-se no seu estado emocional. A presença de doenças crónicas concomitantemente com a hipertensão arterial reflete-se numa deterioração da QV (Zygmuntowicz, Owczarek, Elibol, & Chudek, 2012). Neste estudo a presença de comorbilidades apresentou associação positiva na análise univariada contudo perdeu a sua força na análise multivariada, não se considerando então fator preditivo de pior QV, indo ao encontro de resultados já publicados, (Soni, Porter, Lash, & Unruh, 2010) em que a presença de mais que uma doença crónica diminui a qualidade de vida (Poliicanin, et al., 2010). Neste estudo, com o aumento dos anos de diagnóstico da hipertensão, há uma redução significativa da QV. Sendo que a duração da hipertensão é inversamente proporcional ao bem-estar geral das mulheres. O nosso estudo demonstra a associação de um bom controlo da pressão arterial no aumento da qualidade de vida, assim como outros estudos (Fletcher, 1999). O controlo da pressão arterial foi fator preditivo independente de melhor qualidade vida no geral e na dimensão diário em particular. A pressão arterial não controlada altera a qualidade de vida dos doentes hipertensos através de reações de ansiedade e depressão, e uma baixa qualidade de vida poem em causa o controlo da pressão arterial mesmo sob terapêutica farmacológica. Para evitar este ciclo vicioso, é importante considerar as dimensões da QV em simultâneo com a adesão à terapêutica para atingir o controlo da pressão arterial. (Testa, 2000). Neste grupo de doentes cerca de 80% dos doentes foram considerados aderentes. Além deste efeito direto na qualidade de vida, atingir e manter os valores



de pressão arterial controlados minimiza as complicações resultantes dos danos nos órgãos alvo com os subsequentes efeitos benéficos. No nosso estudo as complicações da hipertensão foram fatores preditivos independentes de menor qualidade de vida na dimensão físico e diário. De uma forma geral, os resultados sugerem que, entre os indivíduos com hipertensão, aqueles que sofreram complicações decorrentes da hipertensão não controlada demonstram ter uma qualidade de vida inferior à dos que não sofreram de sequelas da doença. (Soni, Porter, Lash, & Unruh, 2010). Esta diferença verifica-se quando são analisadas especificamente a história passada de acidente vascular cerebral, enfarte agudo do miocárdio ou acidente isquémico transitório. Estes resultados parecem ir ao encontro da ideia defendida por alguns autores, (Miguel & Iglesias, 2004) de que, muitas vezes, é mais difícil para o doente lidar com a incerteza, com a dúvida acerca do agravamento da complicação crónica do que com a sua presença. Por exemplo, a cefaleia hipertensiva é frequentemente uma condição instável, que faz com que as pessoas alternem entre o sentir que o problema estabilizou e o sentir que está a ocorrer um agravamento, estes sentimentos de incerteza, que combinados com a falta de conhecimentos sobre os objetivos dos tratamentos se traduzem num impacto brutal desta complicação crónica na vida dos doentes. A lesão cerebrovascular secundária à HTA contribui para a deterioração cognitiva a longo prazo, o que leva a uma diminuição da qualidade de vida dos doentes e é um factor preditivo de demência e maior morbidade. Um estudo realizado por Oliveira (Oliveira, et al., 2004), verificou uma melhoria significativa da pressão arterial sistólica, com melhoria das funções cognitivas ao fim de 1 ano. Ou seja, os resultados parecem suportar a hipótese de que o controle da pressão arterial sistólica atrasa o declínio cognitivo, o que pode ter importantes implicações na saúde pública e QV do doente hipertenso. O tipo de estudo que desenvolvemos não permitiu a investigação dos efeitos dos diferentes fármacos na qualidade de vida. Contudo o aumento do número de fármacos diários diminui a qualidade de vida e foi fator preditivo independente de pior QV na escala global e suas subescalas. Há outros estudos que relatam os regimes terapêuticos de mais de um fármaco como fator preditivo independente de pior controlo da pressão arterial e consequente QV. (Knight, et al., 2001) Uma das mais importantes barreiras que afecta o controlo da pressão arterial, é a apreensão que os doentes e os médicos têm dos efeitos secundários do tratamento. Tomar a medicação para uma doença com um impacto tão baixo no modo de vida do doente, pode ser visto como afectando a QV em maior escala que a própria doença. As dificuldades em motivar um doente para tomar a terapêutica anti-hipertensora refletem-se nos baixos índices de adesão à terapêutica dos vários regimes terapêuticos, um fenómeno com custos importantes para os doentes, com o aumento da morbidade e mortalidade e para a sociedade com as crescentes hospitalizações e perda de produtividade. (Bremner, 2002)

Como os benefícios do tratamento anti-hipertensivo são a longo prazo e o incómodo de tomar a medicação diariamente é imediata, um anti-hipertensor com efeitos gerais positivos na QV deve ter o mínimo possível de influência negativa na rotina diária dos doentes. Alguns estudos, (Fogari & Zoppi, 2004) sugerem que tratamentos agressivos com uma combinação de anti-hipertensores não influencia necessariamente a qualidade de vida, mas muitos deles referem o papel dos efeitos secundários. Dados do TOMHS (Treatment of Mild Hypertensive Study) (Neaton, Grimm, Prineas, & al, 1993) demonstram que os efeitos secundários relacionados com o tratamento não são geralmente muito mais frequentes ou severos do que os notados pelos doentes que tomaram placebo. Os sintomas manifestados eram ligeiros e não interferiam com as actividades diárias dos doentes Um dado encorajador do estudo HOT (Hypertension Óptimal Treatment) foi: encontrar-se uma correlação entre o grau de diminuição da pressão arterial e o aumento do bem-estar. (Hansson, 1993). Os resultados de alguns grandes estudos que avaliaram especificamente os efeitos na qualidade de vida da terapêutica da hipertensão em idosos Medical Research Council's [MRC] (Prince, Bird, Blizard, & al, 1996) Trial of Hypertension in Older Adults, Systolic Hypertension in the Elderly



Program [SHEP] (SHEP, 1991), Systolic Hypertension in Europe [Syst-Eur], (Fagard & Staessen, 1999) Study on COgnition and Prognosis in the Elderly [SCOPE] (Degl'innocenti, et al., 2004) demonstraram que o tratamento anti-hipertensivo como um todo ou não teve impacto negativo na qualidade de vida, ou produziu mesmo algumas melhorias. Este estudo revela as consequências nefastas dos efeitos secundários da terapêutica farmacológica com anti-hipertensores na qualidade de vida, em particular na dimensão emocional e físico. Verificando-se que o relato de efeitos secundários foi fator preditivo de pior QV, como verificado por estudos anteriores (Knight, et al., 2001). Num estudo de 1995 na Suécia, (Bardage & Isacson, 2000) 20% dos doentes sob terapêutica anti-hipertensiva relatou efeitos secundários. Os homens e as mulheres relataram os efeitos secundários na mesma proporção. No entanto, a doença e o tratamento afectam negativamente o bem-estar do indivíduo, logo o doente hipertenso tem um estado de saúde inferior aos normotensos. Salienta-se que se deve ter em consideração os efeitos secundários quando da avaliação do tratamento anti-hipertensivo para ajuste ou alteração, uma vez que a sua existência é comum entre os doentes. Por último, se o tratamento tem benefícios imediatos, pode melhorar directamente a QV ou pelo menos compensar os efeitos negativos permitindo que o resultado global final seja neutro ou positivo. É essencial o profissional de saúde seleccionar o fármaco melhor tolerado pelo doente para equilibrar as necessidades bio fisiológicas com a qualidade de vida. Algumas questões permanecem em aberto como seja: os diferentes efeitos do tratamento na QV em ambos os sexos, nas várias classes etárias e grupos étnicos. No entanto, a hipertensão não tratada, mata em todo o mundo e é trágico que tratamentos eficazes sejam subaproveitados.





Tabela 1.2.1 Qualidade de vida vs características clínicas

Características	n	Escala			
		<i>HYPER</i> Média±dp	<i>Emocional</i> média±dp	<i>Físico</i> Média±dp	<i>Diário</i> Mdn (P25-P75)
<b>Duração da HTA</b>					
<10 anos	918	96.23±14.98	52.20±9.35	7.32±1.85	38 (34-40)
>10 anos	813	93.85±15.00	50.96±9.97	6.84±1.92	37 (33-40)
		<b>3.408</b>	<b>2.640</b>	<b>5.234</b>	<b>-2.730</b>
		<b>0.001‡</b>	<b>0.008</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>0.006§</b>
<b>Complicações</b>					
Ausente	1617	95.71±14.09	51.81±9.40	7.16±1.87	38 (34-40)
Presente	252	89.99±16.56	49.71±10.94	6.35±1.94	34.5 (31-39)
		<b>5.199</b>	<b>2.891</b>	<b>6.398</b>	<b>-7.487</b>
		<b>&lt;0.001‡</b>	<b>0.004</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001§</b>
<b>Pressão arterial</b>					
Não Controlada	315	90.40±15.50	49.32±10.00	6.43±1.85	36 (31-39)
Controlada	1370	96.05±14.21	52.08±9.56	7.19±1.89	38 (34-40)
		<b>-5.922</b>	<b>-4.589</b>	<b>-6.477</b>	<b>-6.212</b>
		<b>&lt;0.001‡</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001§</b>
<b>Nº fármacos</b>					
1	221	101.61±10.90	55.24±7.98	7.88±1.70	39 (36-41)
>1	1542	94.11±14.82	51.07±9.80	6.92±1.89	37 (33-40)
		<b>9.089</b>	<b>7.056</b>	<b>7.758</b>	<b>-6.553</b>
		<b>&lt;0.001‡</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001§</b>
<b>Tomas por dia</b>					
1	359	100.45±11.93	54.76±8.10	7.80±1.69	39 (36-41)
>1	1409	93.61±14.75	50.73±9.77	6.87±1.90	37 (33-40)
		<b>9.216</b>	<b>8.057</b>	<b>9.108</b>	<b>-6.553</b>
		<b>&lt;0.001‡</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001§</b>
<b>Efeitos secundários</b>					
Ausente	413	103.24±11.55	56.97±8.21	7.96±1.60	39 (36-41)
Presente	1429	92.40±14.47	49.83±9.45	6.78±1.90	37 (33-40)
		<b>15.827</b>	<b>15.034</b>	<b>12.642</b>	<b>-8.978</b>
		<b>&lt;0.001‡</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001§</b>

dp-desvio padrão; ‡-Teste t-Sudent (t – estatística do teste); ¥ - Teste One-Way ANOVA (F estatística do teste).  
 mdn-mediana; P-Percentil; §-Teste de mann-Whitney (Z – estatística do teste); £ - Teste de Kruskal-Wallis (X<sup>2</sup>  
 estatística do teste).



Tabela 1.2.2 Qualidade de vida vs Características sociodemográficas

Características	n	Escala			
		<i>HYPER</i> Média±dp	<i>Emocional</i> Média±dp	<i>Físico</i> Média±dp	<i>Diário</i> Mdn (P25-P75)
<b>Idade (anos)</b>					
<60	849	96.01±14.26	51.82±9.38	7.43±1.84	38 (34-41)
≥60	1023	94.04±14.80	51.24±9.89	6.76±1.90	37 (33-40)
		<b>2.923</b>	1.307	<b>7.899</b>	<b>-2.940</b>
		<b>0.004‡</b>	0.191	<b>&lt;0.001</b>	<b>0.0039§</b>
<b>Sexo</b>					
Homem	831	97.90±13.63	54.29±8.77	7.40±1.83	37 (34-40)
Mulher	1045	92.53±14.87	49.28±9.76	6.78±1.91	38 (33-40)
		<b>8.140</b>	<b>11.693</b>	<b>7.063</b>	-1.938
		<b>&lt;0.001‡</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	0.053§
<b>Estado civil</b>					
Solteiro	427	92.62±15.18	49.58±10.18	6.76±1.86	38 (33-40)
Casado	1436	95.65±14.34	52.11±9.42	7.15±1.90	38 (34-40)
		<b>-3.778</b>	<b>-4.584</b>	<b>-3.791</b>	-0.177
		<b>&lt;0.001‡</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	0.860€
<b>Escolaridade</b>					
Iliterato	87	85.95±14.77	45.22±10.25	5.61±1.67	36 (31-40)
Literato	1777	95.34±14.45	51.80±9.54	7.13±1.89	38 (34-40)
		<b>-5.908</b>	<b>-6.259</b>	<b>-7.366</b>	<b>-2.307</b>
		<b>&lt;0.001‡</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>0.021£</b>
<b>Situação profissional</b>					
Trabalhar					
Reformado	833	96.69±13.58	52.22±9.05	7.54±1.77	38 (34-41)
	1023	93.48±15.23	50.94±10.08	6.67±1.92	37 (33-40)
		<b>4.797</b>	<b>2.870</b>	<b>10.185</b>	<b>-4.101</b>
		<b>&lt;0.001‡</b>	<b>0.004</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001£</b>
<b>Comorbilidade</b>					
<b>Presente</b>	1249	92.25±14.83	49.90±9.74	6.75±1.91	37 (33-40)
<b>Ausente</b>	627	100.22±12.48	54.68±8.67	7.66±1.73	39 (35-41)
		<b>12.249</b>	<b>10.792</b>	<b>10.448</b>	<b>-9.380</b>
		<b>&lt;0.001‡</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001§</b>

mdn-mediana; P-Percentil; §-Teste de mann-Whitney (Z – estatística do teste); £ - Teste de Kruskal-Wallis ( $X^2$  estatística do teste).

dp-desvio padrão; ‡-Teste t-Sudent (t – estatística do teste); ¥ - Teste One-Way ANOVA (F estatística do teste).



Tabela 1.2.3 Modelo de regressão linear univariada e multivariado para a escala HYPER

	β Não ajustado			β Ajustado <sup>1</sup>		
		IC 95%			IC 95%	
Ef. Secundários	<b>-10.846</b>	<b>-12.366</b>	<b>-9.326</b>	<b>-2.422</b>	<b>-3.850</b>	<b>-0.994</b>
Comorbilidades	<b>-7.979</b>	<b>-9.331</b>	<b>-6.627</b>	-0.543	-1.842	0.756
Complicações	<b>-5.722</b>	<b>-7.641</b>	<b>-3.803</b>	-1.123	-2.883	0.638
Pressão Arterial	<b>5.650</b>	<b>3.878</b>	<b>7.422</b>	<b>1.714</b>	<b>0.187</b>	<b>3.240</b>
Nº de fármacos	<b>-1.889</b>	<b>-2.160</b>	<b>-1.618</b>	<b>-0.471</b>	<b>-0.816</b>	<b>-0.126</b>
Nº de tomas	<b>-3.615</b>	<b>-4.215</b>	<b>-3.015</b>	-0.243	-0.955	0.469

IC- Intervalo de confiança. 1- Método *Enter* ajustado a todas as variáveis.

Tabela 1.2.4 Modelo de regressão linear multivariado para as subescalas do HYPER

	Emocional			Físico			Diário		
	β Ajustado <sup>1</sup>			β Ajustado <sup>1</sup>			β Ajustado <sup>1</sup>		
	IC 95%			IC 95%			IC 95%		
Efeitos Secundários	<b>-2.006</b>	<b>-2.991</b>	<b>-1.020</b>	<b>-0.432</b>	<b>-0.682</b>	<b>-0.181</b>	0.016	-0.612	0.643
Comorbilidades	-0.019	-0.915	0.877	-0.120	-0.348	0.108	-0.405	-0.975	0.166
Complicações	0.926	-0.289	2.141	<b>-0.343</b>	<b>-0.652</b>	<b>-0.034</b>	<b>-1.706</b>	<b>-2.479</b>	<b>-0.933</b>
Pressão Arterial	0.374	-0.679	1.428	0.519	0.251	0.787	<b>0.820</b>	<b>0.150</b>	<b>1.491</b>
Nº de fármacos	<b>-0.135</b>	<b>-0.373</b>	<b>0.104</b>	<b>-0.113</b>	<b>-0.174</b>	<b>-0.053</b>	<b>-0.223</b>	<b>-0.375</b>	<b>-0.072</b>
Nº de tomas	-0.271	-0.763	0.220	-0.059	-0.184	0.066	0.087	-0.225	0.400

IC- Intervalo de confiança. 1- Método *Enter* ajustado a todas as variáveis

## BIBLIOGRAFIA

- Bamfi, F., De Carli, G., Arpinelli, F., & al, e. (1998). Development of a new specific questionnaire for hypertensive patients. *J Hypertens*, 16(Suppl 9), pp. S35-S40.
- Bardage, C., & Isacson, D. L. (2000). Self reported side effects of antihypertensive drugs an epidemiological study on prevalence and impact on health state utility. *Blood Pressure*, 9, pp. 328-334.
- Bremner, A. D. (2002). Antihypertensive medication and quality of life - silent treatment of a silent killer? *Cardiovascular Drugs and Therapy*, 16, pp. 353-364.
- Chobaniam, A. V., Bakris, G. L., Black, H. R., & al, e. (2003). The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. The JNC7 Report. *JAMA*, 289, pp. 1560-2572.
- Coelho, A. M., Coelho, R., Barros, H., Gonçalves, F. R., & Lima, M. R. (1997). Hipertensão arterial essencial- psicopatologia, compliance e qualidade de vida. *Revista Portuguesa Cardiologia*, 16(11), pp. 873-883.
- Coons, S. J., Rao, S., Keininger, D. L., & Hays, R. D. (Jan de 2000). A comparative review of generic quality of life instruments. *Pharmacoeconomics*, 17(1), pp. 13-35.
- Côte, I., Gregoire, J. P., & Moisan, J. (2000). Health related quality of life measurement in Hypertension. A review of randomised controlled drug trials. *Pharmacoeconomics*, 18, pp. 435-450.



- Degl'innocenti, A., Elmfeldt, D., Hofman, A., Lithell, H., Olofsson, B., Skoog, I., . . . Wiklund, I. (Apr de 2004). Health related quality of life during treatment of elderly patients with hypertension: results from Study on COgnition and Prognosis in the Elderly(SCOPE). *J Hum Hypertens*, 18(4), pp. 239-45.
- Fagard, R. H., & Staessen, J. A. (Jul-Aug de 1999). Treatment of isoletes systolic hypertension in the elderly: the Syst-Eur trial. Systolic Hypertension in Europe (Syst-Eur) trial investigators. *Clin Exp Hypertens*, 21(5-6), pp. 491-7.
- Fletcher, A. (Jul-Aug de 1999). Quality of life in the management of hypertension. *Clin Exp Hypertens*, 21(5-6), pp. 961-72.
- Fogari, R., & Zoppi, A. (2004). Effect of antihypertensive agents on quality of life in the elderly. *Drugs Aging*, 21(6), pp. 377-93.
- Hansson, L. (1993). The hypertension optimal treatment study ( the HOT study). *Blood Press*, 2, pp. 62-68.
- INE, & INSA. (2009). *Inquerito Nacional de Saude 2005/2006*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatistica, IP e Instituto Nacional de Saude Dr Ricardo Jorge,IP.
- Knight, E. L., Bohn, R. L., Wang, P. S., Glynn, R. J., Mogun, H., & Avorn, J. (Oct de 2001). Predictors of uncontrolled hypertension in ambulatory patients. *Hypertension*, 38(4), pp. 809-14.
- Maatouk, I., Wild, B., Herzog, W., Wesche, D., Schellberg, D., Schottker, B., . . . Brenner, H. (Jul de 2012). Longitudinal predictors of health related quality of life in middle aged and older adults with hypertension: resultd of a populations based study. *J Hypertens*, 30(7), pp. 364-72.
- Macedo, M. E., Lima, M. J., Silva, A. O., Alcântara, P., Ramalinho, V., & Carmona, J. (2007). Prevalencia, conhecimento, tratamento e controlo da hipertensão em Portugal. Estudo PAP. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 26(1), pp. 21-39.
- Mancia, G., De Backer, G., Dominiczak, A., Cifkova, R., Fagard, R., Germano, G., & al, e. (2007). Guidelines for the management of arterial hypertension. The task force for the management of arterial hypertension of the european society of hypertension (ESH) and of european society of cardiology (ESC). *J Hypertens*, 25, pp. 1105-87.
- Mapi, I. (2012). *Hypertension Health Status Inventory*. France, Lyon: Mapi Research Trust, Quality of life Instruments Database <http://www.mapi-institute.com/links>.
- Miguel, J. M., Magalhães, E., & Oliveira, A. G. (1999). Efeitos adversos da terapêutica anti-hipertensiva: a percepção dos doentes. *Revista Portuguesa Cardiologia*, 18(2), pp. 123-130.
- Miguel, S., & Iglesias, A. B. (2004). Hipertensão e demência. *Rev Saude Amato Lusitano*, 8(15), pp. 29-33.
- Neaton, J. D., Grimm, R. H., Prineas, R. J., & al, e. (1993). Treatment of mild hypertension study (TOMHS) final results. *J Am Med Assoc*, 270, pp. 713-24.
- Ogunlana, M. O., Adedokun, B., Dairo, M. D., & Odunaiva, N. A. (Jun de 2009). Profile and predictor of health related quality of life among hypertensive patients in south wester Nigeria. *BMC Cardiovasc Disord*.
- Oliveira, S., Fonseca, T., Silva, G., Neves, A. P., Romão, C., Silva, C., . . . Clara, J. G. (2004). Controle da hipertensão arterial e prevenção do declínio cognitivo. *Clin Saude*, 1(3), pp. 36-41.
- Pereira, M., Azevedo, A., & Barros, H. (2010). Determinants of awareness, treatment and control of hypertension in a Portuguese population. *Revista Portuguesa Cardiologia*, 29(12), pp. 1779-1792.
- Poliicanin, T., Ajdukovic, D., Sekeriia, M., Pibernik-Okanovic, M., Metelko, Z., & Vuletic Mavrinac, G. (13 de Jan de 2010). Diabetes mellitus and hypertension have comparable adverse effects on health related quality of life. *BMC Public Health*, 10(12).
- Polonia, J., Ramalinho, V., Martins, L., & Saavedra, J. (2006). Normas sobre Detecção, Avaliação





- e Tratamento da Hipertensão Arterial da Sociedade Portuguesa de Hipertensão . *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 25(6), pp. 649-60.
- Prince, M. J., Bird, A. S., Blizard, R. A., & al, e. (1996). Is the cognitive function of older patients affected by antihypertensive treatment: results for 54 months of the MRC's trial of hypertension in older adults. *BMJ*, 312, pp. 801-805.
- Sazlina, S. G., Zaiton, A., Nor Afiah, M. Z., & Havati, K. S. (May de 2012). Predictors of health related quality of life in older people with non communicable diseases attending three primary care clinics in Malaysia. *J Nutr Health Aging*, 16(5), pp. 498-502.
- SHEP, C. R. (1991). Prevention of stroke by hypertensive drug therapy in older persons with isolated systolic hypertension: final results of the Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP). *JAMA*, 265, pp. 3255-3264.
- Soni, R. K., Porter, A. C., Lash, J. P., & Unruh, M. L. (Jul de 2010). Health related quality of life in hypertension, chronic kidney disease, and coexistent chronic health conditions. *Adv Chronic Kidney Dis*, 17(4), pp. 17-26.
- Testa, M. A. (Dec de 2000). Methods and applications of quality of life measurement during antihypertensive therapy. *Curr Hypertens Rep*, 2(6), pp. 530-7.
- Ucan, O., & Ovavolu, N. (Sep de 2010). Relationship between diabetes mellitus, hypertension, and obesity, and health related quality of life in Gaziantep, a central south eastern city in Turkey. *J Clin Nurs*, 19(17-18), pp. 2511-9.
- WHO. (1984). *Health Promotion: a discussion document*. Copenhagen: WHO.
- Youssef, R. M., Moubarak, I. I., & Kamel, M. I. (2005). Factors affecting the quality of life of hypertensive patients. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 11(1/2), pp. 109-118.
- Zygmuntowicz, M., Owczarek, A., Elibol, A., & Chudek, J. (19 de Jul de 2012). Comorbidities and the quality of life in hypertensive patients. *Pol Arch Med Wewn*, 122(7-8), pp. 333-40.



International Journal of Developmental and Educational Psychology  
*Psicología del desarrollo*

INFAD, año XXVI  
Número 1 (2014 Volumen 2)

© INFAD y sus autores  
ISSN 0214-9877