

# UMA VISÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES PORTADORES DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA QUANTO A PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA.

JUVENAL EGGER NETO

VICTOR NOGUEIRA OLIVA

ABEL FELIPE FREITAG

Universidade Estadual de Maringá, Maringá – Paraná – Brasil

juvs\_net@hotmail.com

## RESUMO

A insuficiência cardíaca (IC) é, dentre todas as doenças crônicas não transmissíveis, a mais preocupante no setor de saúde no mundo inteiro. Embora haja grandes avanços na medicina nas últimas cinco décadas, nos dias atuais, a mortalidade chega a mais de 50% dos casos confirmados em até cinco anos, a partir da confirmação do diagnóstico. Medidas educativas, terapêuticas, farmacológicas e não farmacológicas devem ser incentivadas, já que a IC é uma doença incapacitante e diminui a qualidade de vida do paciente. O objetivo deste estudo foi expor uma visão da qualidade de vida de pacientes portadores de IC quanto à prescrição medicamentosa em uma unidade de saúde. Este foi um estudo transversal retrospectivo realizado em uma unidade básica de saúde (UBS) do município de Maringá, Paraná, cujos dados foram coletados a partir de prontuários de pacientes portadores de insuficiência cardíaca. Para inclusão na amostra, o prontuário deveria constar o medicamento digoxina. Como resultado foi observado uma maior prevalência de mulheres (56.92%) em relação aos homens cuja média de idade foi de  $68,95 \pm 13,2$ , a faixa etária de maior concentração de pacientes foi entre 71 a 80 anos e foi constatado 187 prescrições medicamentosas que possibilitariam o agravamento de efeitos adversos aos pacientes portadores de IC. Este estudo permitiu concluir que a qualidade de vida de pacientes portadores de IC pode ser diminuída pela própria medicação utilizada.

**Palavras-chave:** Insuficiência Cardíaca, Qualidade de vida, Unidade Básica de Saúde

## INTRODUÇÃO

Insuficiência cardíaca congestiva (IC) é uma doença crônica não transmissível cuja prevalência na população chega a ser de 1 a 2%. Em idades mais avançadas, principalmente entre 65 e 67 anos, esse percentual eleva-se para 23% (ERIKSSON et al, 1987), tornando-se problema sério em idosos.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a insuficiência cardíaca (IC) é, dentre todas as doenças crônicas não transmissíveis, a mais preocupante no setor de saúde no mundo. Embora haja grandes avanços na medicina nas últimas cinco décadas, atualmente, a mortalidade chega a mais de 50% dos casos confirmados em até cinco anos, a partir da confirmação do diagnóstico (ANDERSON, B.; WAAGSTEIN, F., 1993; HO et al, 1993).

Embora não haja consenso sobre os critérios necessários para estabelecer um diagnóstico da insuficiência cardíaca congestiva, é evidente que a esta doença pode representar um importante problema de saúde. Estimou-se que a IC atinja quase 4 milhões de americanos com 400 mil casos novos a cada ano (Massie, B.M.; Packer, M., 1990). Segundo a

DBIC (2012), observa-se crescimento da população idosa no Brasil e, portanto, com potencial crescimento de pacientes em risco ou portadores de IC. No ano de 2007, as doenças cardiovasculares representaram a terceira causa de internações públicas em que a IC é a causa mais frequente de internação por doença cardiovascular.

Medidas educativas, terapêuticas, farmacológicas e não farmacológicas devem ser incentivadas, já que a IC é uma doença incapacitante e diminui a qualidade de vida do paciente por sofrer modificação em suas atividades normais, em virtude da incapacidade para executar determinadas tarefas cotidianas, decorrente dos agravos causados pelos sintomas da IC (dor ou desconforto precordial, dispnéia, ortopnéia, palpitação, síncope, fadiga e edema) (HURST, J.W., 2000).

Os efeitos adversos que a digoxina, medicamento de referência no tratamento desta doença, causa pode ser potencializada quando associada a alguns tipos de medicamentos acentuando ainda mais os agravos da IC e diminuindo a qualidade de vida e sobrevida do paciente (Mosegui, 1999). É neste contexto que nosso trabalho se insere cujo objetivo é expor uma visão da qualidade de vida de pacientes portadores desta enfermidade quanto à prescrição medicamentosa em uma unidade de saúde (UBS) de Maringá – Paraná.

## METODOLOGIA

Este é um estudo transversal retrospectivo realizado em uma UBS do município de Maringá, Paraná, cujos dados foram coletados a partir de prontuários eletrônicos de pacientes portadores de IC. Para inclusão na amostra, o prontuário deveria constar o medicamento digoxina. A coleta de dados foi realizada no mês de Setembro de 2012. Para avaliação dos efeitos adversos utilizou-se o programa Micromedex 2.0 cujo foco somente foi a associação entre a digoxina com os demais medicamentos. Para os valores de frequência absoluta e relativa utilizou-se o programa Excell 2007 em que foram categorizados valores para o sexo masculino, feminino e para ambos.

## RESULTADOS

A amostra selecionada consta 65 pacientes com IC, 37 (56.92%) do sexo feminino. A média de idade foi de  $68,56 \pm 13.2$  (variando entre 44 e 94) anos. Dos selecionados, 33 (50,77%) se encontravam na faixa etária entre 61 a 80 anos cuja quantidade de mulheres portadoras de IC foi igual ou superior a quantidade de homens sendo que na faixa entre 71 a 80 anos a quantidade de mulheres foi de 11 (64.71%) comparado a 6 homens (35.29%) (tabela 1).

**Tabela 1.** Distribuição do número de pacientes selecionados em faixas etárias.

Faixa Etária	Nº Absoluto	Frequência	Homem	Mulher	% Homem	% Mulher
40-50	7	10.77%	2	5	7.14%	13.51%
51-60	11	16.92%	6	5	21.43%	13.51%
61-70	16	24.62%	8	8	28.57%	21.62%
71-80	17	26.15%	6	11	21.43%	29.73%
81-90	10	15.38%	4	6	14.29%	16.22%
91-99	4	6.15%	2	2	7.14%	5.41%

Total	65	100%	28	37	100.00%	100.00%
-------	----	------	----	----	---------	---------

Dos 122 medicamentos prescritos, três eram considerados contraindicados, dois eram de alto risco, sete de risco moderado e dois de risco moderado a baixo se fossem associados à digoxina. O número de prescrições de medicamentos contraindicados em mulheres foram de 18, 18 com alto risco de interação, 63 com risco moderado e 9 com risco moderado à baixo. Já nos homens, o número de prescrições de medicamentos contraindicados foram 8, 15 com alto risco, 49 com risco moderado e 7 com risco moderado a baixo, totalizando 187 prescrições com algum grau associação com a digoxina que podem potencializar efeitos adversos. (tabela 2).

**Tabela 2.** Relação de medicamentos com potenciais riscos de interação medicamentosa associados à digoxina segundo o Micromedex 2.0

Medicamento	QPM	QPH	QPT	Risco
Amiodarona	2	1	3	CI
Hidroclorotiazida	16	6	22	CI
Verapamil	0	1	1	CI
Espironolactona	15	14	29	AR
Cálcio	3	1	4	AR
Atenolol	6	2	8	RM
Captopril	12	12	24	RM
Fluoxetina	2	2	4	RM
Furosemida	14	16	30	RM
Nifedipina	5	1	6	RM
Omeprazol	17	8	25	RM
Sinvastatina	7	8	15	RM
Diazepan	3	1	4	RMB
Levotiroxina	6	6	12	RMB

Legenda: QPM – Quantidade de prescrições em mulheres  
 QPH – Quantidade de prescrições em homens  
 QT – Quantidade total de prescrições. CI- contraindicado.  
 AR – Alto Risco, RM – Risco moderado. RMB – Risco moderado a baixo.

## DISCUSSÕES

De acordo com a tabela 1 o número de pacientes do sexo feminino foi comparativamente maior do que o masculino onde se nota concordância com o Estudo de Framingham (HO et al, 1993) em que se aponta uma sobrevida de 5 anos de 25% para homens e de 38% para mulheres a partir do momento do diagnóstico da doença. O estudo relata também que indivíduos do sexo masculino estão mais susceptíveis aos sintomas da IC agravando sua qualidade de vida. Os resultados indicam uma maior prevalência em pacientes na faixa etária de 60 até 80 anos (tabela 1) cuja capacidade de realizar atividades físicas já está comprometida pela idade e agrava-se ainda mais com a presença da doença corroborando com outros estudos (ERIKSSON et al, 1987; ANDERSON, B.; WAAGSTEIN, F., 1993; HO et al, 1993; MOSEGUI, 1999).

Os efeitos adversos causados pela digoxina, medicamento comumente utilizado no tratamento da IC são diversos, porém, alguns são mais frequentes como arritmias cardíacas, náuseas, vômitos e distúrbios visuais (BAYER, J.M.; 1991). Entretanto, o mais preocupante seria a arritmia cardíaca, já que o paciente, por ser portador de uma doença crônica incapacitante, teria um comprometimento ainda maior de sua expectativa e qualidade de vida, diminuindo atividades diárias básicas, tendendo ao sedentarismo. Desta forma, agravando

ainda mais o quadro da sua doença e indiretamente diminuindo uma maior possibilidade de sobrevida (GHEORGHIADÉ, 2004). Esse efeito adverso é acentuado com uso de alguns medicamentos como os listados na tabela 2 que, segundo o Micromedex 2.0, são classificados de acordo com o grau de risco do uso concomitante do medicamento digoxina. Os medicamentos contraindicados não poderiam ser utilizados de forma alguma já que a associação pode trazer grandes agravos à saúde e levar a óbito. Os considerados de alto risco, a associação pode ser fatal e requer intervenção médica para minimizar os efeitos adversos. Os de risco moderado, a associação pode resultar na piora do quadro de saúde do paciente e requer alteração na terapia medicamentosa. Os de risco moderado a baixo se equiparam aos de risco moderado, porém, ainda não há dados suficientes para comprovar categoricamente a existência de algum comprometimento à saúde.

A tabela 2 nos mostra potenciais riscos de associação de medicamentos com relação à digoxina, demonstrando haver algum tipo de comprometimento na saúde e qualidade de vida do paciente. Houve 187 prescrições com algum grau de risco, dentre elas 26 foram relatadas como contraindicada e 33 como alto risco para o paciente o que indiretamente incapacitava ainda mais a melhora do quadro clínico e também agravava ainda mais a realização de atividades físicas diárias como andar, tomar banho, comer, subir escadas e caminhar (HURST, J.W., 2000). Outra observação importante foi de que alguns pacientes faziam uso de antidepressivo, fluoxetina, e ansiolítico, diazepam, que são utilizados no tratamento de depressão e ansiedade respectivamente sugerindo um comprometimento ainda maior na qualidade de vida do paciente (OLIVEIRA et al, 2006).

Uma questão importante, ainda, é a presença de pacientes com a presença de osteoporose, uma doença que compromete a resistência óssea pela diminuição de cálcio dos ossos cuja prevalência é alta a partir dos 45 anos, principalmente em mulheres no período da menopausa quando não fazem uma reposição hormonal adequada (KENNY et al, 2000). A ingestão de cálcio é uma das medidas para prevenir o aparecimento da osteoporose em pacientes idosos ou futuros agravos relacionados a doença (LANZILLOTTI, HAYDÉE SERRÃO et al, 2003), porém, o uso concomitante com medicamentos como a digoxina como podemos ver na tabela 2 agravam ainda mais a saúde e comprometem a qualidade de vida do paciente (MORENO et al, 2007), logo a simples realização de atividades rotineiras do dia a dia diminuem consideravelmente por causa dos efeitos adversos causados pela associação destes medicamentos.

Há estudos clínicos demonstrando o desenvolvimento de programas de saúde promovendo uma melhora significativa qualidade de vida dos portadores de doenças crônicas, (OBRELI NETO e CUMAN, 2010). Além disso, o tratamento não farmacológico, que envolve a melhora da alimentação e a prática de exercícios físicos de forma continuada e adequada, que tem sido efetiva na ação anti-inflamatória na medicina preventiva popular (SPROD et al., 2011), na menor ocorrência de agravos a saúde (FERNANDES et al, 2011). Atualmente, a busca pela prática de exercícios físicos em programas para promoção de saúde vem crescendo, porém a adesão/permanência dos idosos nesta prática ainda é insuficiente por fatores ocasionais ou situacionais (CARDOSO et al, 2008).

## CONCLUSÃO

A insuficiência cardíaca, uma doença crônica altamente incapacitante, pode ser agravada pelo uso de associações medicamentosas que potencializam efeitos adversos. Logo, a qualidade de vida do paciente portador de IC, pode ser reduzida pela própria medicação utilizada e, sobretudo, prevenida por programas de exercícios físicos contínuos bem orientados e, uma alimentação adequada e balanceada.

## REFERÊNCIAS

ANDERSSON, B.; WAAGSTEIN, F. - Spectrum and outcome of congestive heart failure in a hospitalized population. **Am Heart J** 1993; 126: 632-40.

BAYER M.J., Recognition and management of digitalis intoxication: Implications for emergency medicine, **The American Journal of Emergency Medicine**, Volume 9, Issue 2, Supplement 1, March 1991, Pages 29-32

CARDOSO, A. S; BORGES, L. J; MAZO, G. Z; BENEDETTI, T. B; KUHNEN, A. P. Fatores influentes na desistência de idosos em um programa de exercício físico. **Movimento**. V. 14, n. 01, p. 225-239, 2008

DBIC – Diretrizes Brasileiras de Insuficiência Cardíaca. **Arq Bras Cardiol** 2012; 98(1 supl.1):1-33

ERIKSSON, H., SVÄRDSUDD K, LARSSON B et. al. - Dyspnea in a cross-sectional and a longitudinal study of middle-aged men: the study of men born in 1913 and 1923. **Eur Heart J** 1987; 8: 1015-23.

FERNANDES, R. A; CHRISTOFARO, D. G. D; CASONATTO, J; CODOGNO, J. S; RODRIGUES, E. Q; CARDOSO, M. L; KAWAGUTI, S. S; ZANESCO, A. Prevalência de Dislipidemia em Indivíduos Fisicamente Ativos durante a Infância, Adolescência e Idade Adulta **Arq Bras Cardiol** 2011;97(4):317-323

GHEORGHIADE, M.; ADAMS, K.F.; COLUCCI, W. Digoxin in the Management of Cardiovascular Disorders. **Circulation**. 2004;109:2959-2964

HO, K.K.L., PINSKY, J.L., KANNEL, W.B., LEVY, D. The epidemiology of heart failure: the Framingham study. **J Am Coll Cardiol** 1993; 22: Suppl A: 6A-13A.

HURST, J.W. Exame inicial para o diagnóstico cardiovascular. Rio de Janeiro: Revinter; 2000. p. 29 - 30. .

<http://www.micromedex.com/> (acesso outubro de 2012)

Kenny A.M., PRESTWOOD, K.M. OSTEOPOROSIS. Pathogenesis, diagnosis and treatment in older adults. **Rheum Dis Clin North Am**. 2000;26(3):569-91. Review.

LANZILLOTTI, HAYDÉE SERRÃO et al . Osteoporose em mulheres na pós-menopausa, cálcio dietético e outros fatores de risco. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 16, n. 2, June 2003

Moreno, A.H.; Nogueira, E.P.; Perez, M.P.M.S.; Lima, L.R.O. Atenção farmacêutica na prevenção de interações medicamentosas em hipertensos. **Rev Inst Ciênc Saúde**. 2007;25(4):373-7.

MOSEGUI, B.G.G; ROZENFELD, S.; VERAS P.R.; VIANA, M.M.C. Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos. **Rev. Saúde Pública**, 33 (5):437-44, 1999.

NUNES, R. B; DALL' AGO, P. A resposta funcional e o efeito anti-inflamatório do exercício físico na insuficiência cardíaca. **ConScientiae Saúde**, 2008;7(1): 15-22.

OBRELI NETO, P.R., K. N. CUMAN, R., Programa de Atenção Farmacêutica no Uso Racional de Medicamentos em Idosos Usuários de Unidade Básica de Saúde no estado de São Paulo, Brasil. **Lat. Am. J. Pharm.** 29 (3): 333-9, 2010

OLIVEIRA, L.K.; SANTOS, A.A.A.; Cruvinel, M.; Neri, A.L. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 351-359, mai./ago. 2006.

SPROD, L. K; MOHILE, S.G; DEMARK-WAHNEFRIED, W; JANELSINS, M. C; PEPPONE, L. J; MORROW, G. R; LORD, R; GROSS, H; MUSTIAN, K. M; Exercise and cancer treatment symptoms in 408 newly diagnosed older cancer patients. **J geriatr oncol.** 2012; 1;3(2):90-97.

Juvenal Egger Neto

[uvs\\_neto@hotmail.com](mailto:uvs_neto@hotmail.com)

Rua Rui Barbosa, N° 108, Apt 402

Zona 07, Maringá – PR, 87020-090

(44) 9948-9244