

Qualidade de Vida em Pacientes Hipertensos e Validade Concorrente do Minichal-Brasil

Quality of Life in Hypertensive Patients and Concurrent Validity of Minichal-Brazil

Ana Carolina Melchior, Cassyano Januário Correr, Roberto Pontarolo, Felipe de Oliveira de Souza Santos, Rodrigo Augusto de Paula e Souza

Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil

Resumo

Fundamento: Os questionários de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) são instrumentos de medidas de resultados humanísticos tanto em estudos clínicos quanto em farmacoeconômicos. No entanto, eles devem ter seus parâmetros psicométricos avaliados, de forma a refletir a avaliação subjetiva individual da qualidade de vida.

Objetivos: Descrever o perfil de qualidade de vida dos pacientes hipertensos e avaliar a validade concorrente do instrumento Minichal-Brasil, comparando com o instrumento de avaliação genérica da Organização Mundial da Saúde (OMS) conhecido como WHOQOL-Bref.

Métodos: Cento e noventa e um pacientes adultos (sendo 72,8% mulheres) com hipertensão arterial foram entrevistados. Aproximadamente um terço dos pacientes teve uma condição de pressão controlada. A média da QVRS medida pela pontuação total do Minichal foi 69,7 (DP = 19,2 IC95% de 66,9 a 72,4), sendo no domínio “estado mental” = 69,1 (IC95% de 66,1 a 72,2) e no domínio “manifestações somáticas” = 69,9 (IC95% 66,5 -73,2). As médias para o instrumento WHOQOL-Bref foram: no domínio “físico” = 61,5 (IC95% de 59,0 a 64,1), no domínio “psicológico” = 65,7 (IC95% de 63,2 a 68,2), no domínio “social” = 72,3 (IC95% de 70,0 a 74,5) e no domínio “meio ambiente” uma média de 59,7 (IC95% de 57,7 a 61,7).

Resultados: O Minichal apresentou correlação significativa ($p < 0,001$) com WHOQOL-Bref relativo a todos os seus domínios, com exceção do domínio “meio ambiente”, que não se correlacionou com o domínio “manifestações somáticas”.

Conclusão: O Minichal-Brasil provou ser uma ferramenta útil na avaliação da QVRS em pacientes hipertensos. (Arq Bras Cardiol 2010; 94(3):357-364)

Palavras chave: Hipertensão, qualidade de vida, estudos de avaliação, estudos transversais, questionários.

Abstract

Background: Health-Related Quality of Life Questionnaires (HRQOL) are humanistic outcome measure instruments both in clinical and in pharmaco-economic studies. However, they should have their psychometric parameters evaluated so as to reflect the individual subjective assessment of quality of life.

Objectives: To describe the quality of life profile of hypertensive patients and to assess the concurrent validity of the Minichal-Brazil instrument by comparing it to the generic World Health Organization's (WHO) assessment instrument known as WHOQOL-Bref.

Methods: A total of 191 adult patients (72.8% females) with hypertension were interviewed. Approximately one third of these patients had their hypertension controlled. The mean HRQOL as measured by the total Minichal score was 69.7 (SD = 19.2; 95%CI from 66.9 to 72.4); the “mental status” domain and “somatic manifestations” domain scores were 69.1 (95%CI from 66.1 to 72.2), and 69.9 (95%CI from 66.5 to 73.2), respectively. The means for the WHOQOL-Bref instrument were: in the “physical” domain = 61.5 (95%CI from 59.0 to 64.1); in the “psychological” domain = 65.7 (95%CI from 63.2 to 68.2); in the “social” domain = 72.3 (95%CI from 70.0 to 74.5); and in the “environment” domain = 59.7 (95%CI from 57.7 to 61.7).

Results: Minichal significantly correlated ($p < 0.001$) with WHOQOL-Bref as regards all its domains, except for the “environment” domain, which did not correlate with the “somatic manifestations” domain.

Conclusion: Minichal-Brazil proved to be a useful tool in the assessment of HRQOL in hypertensive patients. (Arq Bras Cardiol 2010; 94(3):337-344)

Key Words: Hypertension; quality of life; evaluation studies; cross-sectional studies; questionnaires.

Full texts in English - <http://www.arquivosonline.com.br>

Correspondência: Cassyano Januário Correr •

Rua Pinheiro Guimarães, 420 / 404/4 – Portão – 80330-250 – Curitiba, PR, Brasil

E-mail: cassyano@ufpr.br

Artigo recebido em 29/07/08; revisado recebido em 04/03/09; aceito em 14/05/09

Introdução

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a doença cardiovascular mais prevalente do Brasil. Estima-se que entre 22,3% e 43,9% da população adulta apresentem valores de pressão arterial (PA) ≥ 140 mmHg (sistólica) e ≥ 90 mmHg (diastólica)¹. Estudos demonstraram que alguns dos principais fatores que impactam na qualidade de vida dos hipertensos são as complicações da doença e os efeitos adversos dos medicamentos anti-hipertensivos².

A qualidade de vida (QV) representa a soma de sensações subjetivas relacionadas ao bem-estar³. Duas pessoas no mesmo estado de saúde podem ter percepções diferentes sobre sua qualidade de vida, o que não permite que se façam extrapolações de um paciente para outro⁴. Além disso, várias podem ser as interpretações de pacientes, família e equipe de saúde, gerando discrepâncias de avaliação, o que reforça a importância do próprio paciente avaliar sua condição⁴.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, qualidade de vida 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”⁵.

Os instrumentos para medir a qualidade de vida foram criados para que o profissional da saúde possa medir efetivamente o impacto das intervenções em saúde sobre a qualidade de vida e, mais especificamente, a qualidade de vida relacionada à saúde. Para isso são necessários questionários de mensuração válidos⁶.

No Brasil, vários são os estudos de adaptação cultural de instrumentos de qualidade de vida relacionada à saúde. O instrumento genérico mais utilizado para a população de hipertensos é o Medical Outcomes Study 36-Item Short Form (SF-36)^{7,8}. O Spanish Short Form of Quality of Life Questionnaire for Arterial Hypertension (Minichal) surge como instrumento específico mais utilizado na HAS⁷.

Recentemente foi publicado um trabalho de adaptação cultural e validação do Minichal para o português do Brasil. Esse estudo avaliou critérios de conteúdo, constructo e consistência interna do instrumento, comparando resultados em pacientes hipertensos e normotensos. Dados de validade concorrente, comparando o Minichal a outros instrumentos de medida da QV não foram feitos, tornando necessária a continuidade dos estudos^{9,10}.

O objetivo deste trabalho foi descrever o perfil de qualidade de vida dos pacientes hipertensos e avaliar a validade concorrente do instrumento Minichal-Brasil, comparando sua performance ao instrumento genérico de avaliação da QV conhecido como WHOQOL-Bref.

Métodos

Estudo transversal, não randomizado, realizado no sistema público de saúde no Sul do Brasil por meio de entrevistas realizadas com profissionais treinados e com habilidades para o estudo. Os pacientes incluídos eram todos diagnosticados com HAS, segundo os critérios de diagnóstico municipais, que frequentavam as unidades básicas de saúde onde foi realizado

o estudo, tomavam ao menos um medicamento para tratá-la e possuíam idade ≥ 18 anos.

A amostra foi formada de forma independente, por conveniência, por todos os pacientes que aceitavam participar da pesquisa e compareciam nos dias das entrevistas nas unidades básicas de saúde.

Pacientes com hipertensão secundária, gestantes ou com doença mental crônica ou aguda severa foram excluídos. O período do estudo foi de janeiro a outubro de 2007.

A cidade escolhida para o estudo, Araucária, pertence à Região Metropolitana de Curitiba, e possui uma renda *per capita* analisada em 2000 de 136,45 dólares (242,06 reais), ou seja, uma região de baixa renda¹¹.

Foram analisados dados sociodemográficos (gênero, idade, anos de estudo, estado civil e raça), clínicos (pressão arterial sistólica e diastólica, tempo de diagnóstico de HAS, índice de massa corporal e tratamento anti-hipertensivo), além de comorbidades e fatores de risco cardiovascular como diabetes, dislipidemia, depressão, obesidade, arritmia cardíaca, insuficiência cardíaca, tabagismo, história familiar de doença cardiovascular, histórico de AVC e histórico de infarto. Esses dados foram coletados por meio de entrevista estruturada e os pacientes relatavam suas comorbidades. Nos casos de dúvidas os dados eram confirmados pelos prontuários dos pacientes.

Os instrumentos de avaliação da QV foram administrados em uma única entrevista para cada paciente.

Este trabalho foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa envolvendo seres humanos e está registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep). Todos os pacientes receberam as informações relativas aos objetivos do estudo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Questionários para medir a qualidade de vida relacionada à saúde

O Minichal foi desenvolvido na Espanha em 2001 e contém 16 itens. Dez itens referem-se ao domínio “estado mental” (*state of mind*) e seis itens a “manifestações somáticas” (*somatic manifestations*). As questões se referem aos últimos sete dias. A escala de pontuação é do tipo likert com quatro possíveis respostas (0=não, absolutamente; 1=sim, um pouco; 2=sim, médio; 3=sim, muito). Os pontos variam de 0 (melhor nível de saúde) a 30 (pior nível de saúde) para a dimensão “estado mental”, e para a dimensão “manifestações somáticas” variam de 0 (melhor nível de saúde) a 18 (pior nível de saúde). Neste trabalho, o escore original do instrumento foi convertido para uma escala de zero a 100, sendo zero o pior nível e 100, o melhor nível de qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS)¹². Essa conversão foi necessária para que se pudessem comparar os resultados do Minichal ao WHOQOL-Bref, que originalmente utiliza essa escala.

Na versão em português do Minichal uma questão foi transferida de domínio após análise fatorial. O domínio “estado mental” inclui as questões de 1 a 9 e a pontuação máxima de 27 pontos. O domínio “manifestações somáticas” inclui as questões de 10 a 16, com pontuação máxima de

21 pontos. A versão brasileira já validada apresentou um α de Cronbach de 0,88 para o domínio “estado mental” e 0,86 para “manifestações somáticas”⁹. Tanto o original em espanhol como a versão brasileira incluem uma última questão relativa ao impacto geral da hipertensão na QV do paciente. Esse instrumento foi originalmente desenvolvido para ser autoadministrado. Neste estudo, entretanto, em razão da baixa escolaridade dos pacientes, o instrumento foi aplicado mediante entrevista estruturada.

O WHOQOL-Bref é um instrumento desenvolvido pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde e contém 26 questões, sendo uma versão abreviada do WHOQOL-100. É composto por duas questões gerais de qualidade de vida e 24 questões que representam cada uma das 24 facetas do WHOQOL-100. Esse instrumento possui quatro domínios: “físico” (sete perguntas), “psicológico” (seis perguntas), “social” (três perguntas) e “meio ambiente” (oito perguntas). A escala utilizada é do tipo likert de cinco pontos e o escore é apresentado de zero a 100, sendo zero o pior nível e 100 o melhor nível de QVRS possível¹³.

A PA foi medida três vezes consecutivas para cada paciente, com intervalo mínimo de um minuto entre as medidas. Foi utilizado o aparelho automático digital OMRON HEM – 722C. Esse aparelho é validado pelos protocolos da Association for the Advancement of Medical Instrumentation e British Hypertension Society para pesquisas internacionais¹⁴. A média da PA foi obtida considerando as duas últimas medidas, realizadas em cada paciente. Foram considerados controlados hipertensos com PA <140/90 mmHg, conforme diretrizes brasileiras e internacionais¹⁵⁻¹⁸. Os pacientes também foram agrupados de acordo com o estágio da HAS conforme as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão¹⁸. Essas organizam a HAS em três estágios quando a PA é $\geq 140/90$ mmHg. O estágio 1 corresponde à pressão arterial sistólica (PAS) entre 140 e 159 mmHg ou a pressão arterial diastólica (PAD) entre 90 e 99 mmHg. O estágio 2 corresponde à PAS entre 160 e 179 mmHg ou PAD entre 100 e 109 mmHg. O estágio 3 corresponde à PAS ≥ 180 mmHg ou PAD ≥ 110 mmHg.

O parâmetro para verificar o sobrepeso e obesidade dos pacientes foi o índice de massa corporal (IMC), calculado a partir do peso e altura dos pacientes medidos no momento da entrevista.

A análise estatística foi realizada com auxílio do software SPSS v.12.0 for windows. Para comparação de médias entre grupos foi utilizado o teste U de Mann Whitney (dois grupos) ou teste de Kruskal-Wallis (três grupos ou mais). Para correlação entre variáveis foi calculado o coeficiente de correlação de Spearman. Foram considerados significativos resultados de $p < 0,05$.

Resultados

Foram entrevistados 191 pacientes adultos (72,8% mulheres) com hipertensão diagnosticada e que utilizavam algum tratamento anti-hipertensivo. A média de idade dos pacientes foi 58,4 anos (DP=11,4; variando de 29 a 84 anos). O índice de massa corporal (IMC) médio foi de 29,06 (DP=6,11; variando de 18 a 62 kg/m²). A escolaridade

dos pacientes foi em média 3,0 anos formais de estudo. Na avaliação da qualidade de vida pelo WHOQOL-Bref, dois pacientes não responderam a todas as questões do questionário e, por isso, foram excluídos do estudo nas análises comparativas entre os instrumentos. A Tabela 1 traz o perfil detalhado dos participantes do estudo.

Aproximadamente um terço dos pacientes (30,4%) estava com a PA controlada (Tabela 1). A PAS apresentou uma média de 151,6 mmHg (IC95% 147,9-155,2 mmHg) e a PAD apresentou média dentro do limite considerado controlado (86,3 IC95% 84,4-88,2 mmHg) (Tabela 2).

Os medicamentos anti-hipertensivos mais utilizados foram captopril (63,35%), hidroclorotiazida (44,50%) e nifedipino (19,37%). Aproximadamente metade dos pacientes (45,5%) utilizava monoterapia. As associações mais frequentes foram captopril e hidroclorotiazida (20,4%), captopril e nifedipino (4,7%), propranolol e hidroclorotiazida (3,7%), hidroclorotiazida e nifedipino (3,7%), captopril, hidroclorotiazida e nifedipino (3,7%) e captopril e furosemida (3,1%).

Tabela 1 - Características da amostra do estudo (n=191)

| | | n (%) |
|-----------------------------------|-----------------------|------------|
| Idade | 29-54 anos | 73 (38,2) |
| | 55-64 anos | 59 (30,9) |
| | ≥ 65 anos | 59 (30,9) |
| IMC * | Normopeso | 47 (24,7) |
| | Sobrepeso | 74 (38,9) |
| | Obesidade | 69 (36,3) |
| Tempo de diagnóstico [†] | <1 ano | 3 (1,6) |
| | 1-5 anos | 78 (41,5) |
| | 6-10 anos | 47 (25,0) |
| | >10 anos | 60 (31,9) |
| HAS | Controlada | 58 (30,4) |
| | Hipertensão estágio 1 | 60 (31,4) |
| | Hipertensão estágio 2 | 47 (24,6) |
| | Hipertensão estágio 3 | 26 (13,6) |
| Estado civil | Solteiro (a) | 6 (3,1) |
| | Casado (a) | 129 (67,5) |
| | Separado (a) | 19 (9,9) |
| | Viúvo (a) | 37 (19,4) |
| Cor da pele | Negro | 20 (10,5) |
| | Pardo | 83 (43,5) |
| | Branco | 88 (46,1) |

* n=190, um indivíduo não foi obtido o valor do peso corporal. † n=188, pacientes não lembravam o ano de diagnóstico da sua enfermidade

Tabela 2 - Qualidade de vida relacionada à saúde de acordo com os estágios de HAS*

| | | Minichal | | | WHOQOL-Bref | | | |
|-----------------------------------|-----------------------|------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|-----------------------------|
| | | Total do instrumento Média (DP) | Estado mental Média (DP) | Manifestações Somáticas Média (DP) | Físico Média (DP) | Psicológico Média (DP) | Social Média (DP) | Meio Ambiente Média (DP) |
| Classificação da Pressão Arterial | PA <140/90 mmHg | 70,3 (19,4) | 69,2 (21,6) | 71,3 (23,7) | 61,9 (18,1) | 65,7 (16,1) | 73,1 (15,8) | 59,0 (13,0) |
| | Hipertensão estágio 1 | 71,1 (17,2) | 72,2 (16,8) | 68,9 (25,7) | 59,9 (17,0) | 67,6 (18,0) | 72,8 (14,1) | 62,3 (15,1) |
| | Hipertensão estágio 2 | 66,6 (18,9) | 65,1 (24,0) | 67,3 (20,1) | 59,9 (18,5) | 61,9 (18,9) | 69,2 (17,6) | 56,7 (14,2) |
| | Hipertensão estágio 3 | 70,7 (23,6) | 69,1 (25,1) | 73,9 (24,0) | 67,4 (16,0) | 67,9 (15,0) | 74,8 (14,9) | 60,9 (13,9) |
| | p** | 0,598 | 0,640 | 0,397 | 0,192 | 0,323 | 0,525 | 0,341 |

Resultados do MINICHAL e WHOQOL-bref conforme estratificação dos estágios da HAS, de acordo com as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Estas Diretrizes organizam a HAS em três estágios quando a PA é $\geq 140/90$ mmHg. O estágio 1 corresponde à PAS entre 140 e 159 mmHg ou PAD entre 90 a 99 mmHg. O estágio 2 corresponde à PAS entre 160 e 179 mmHg ou PAD entre 100 a 109 mmHg e o estágio 3 corresponde à PAS ≥ 180 mmHg ou PAD ≥ 110 mmHg. PA=Pressão Arterial; DP=Desvio padrão; *Estágios da HAS conforme V Diretrizes Brasileiras de HAS; **Teste de Kruskal-Wallis para comparação de médias entre grupos.

A média da QVRS medida pelo escore total do Minichal, numa escala de 0 a 100, foi de 69,7 (DP=19,2 IC95% 66,9 - 72,4). As médias por domínios foram bastante próximas, sendo no domínio “estado mental” de 69,1 (IC95% 66,1 - 72,2) e no domínio “manifestações somáticas” de 69,9 (IC95% 66,5-73,2). Na análise de consistência interna do Minichal, obteve-se um α de Cronbach de 0,843. O domínio “estado mental” apresentou $\alpha=0,798$ e o domínio “manifestações somáticas” $\alpha=0,749$.

As médias para o instrumento WHOQOL-Bref foram avaliadas por domínios. No domínio “físico” obteve-se média de 61,5 (IC95% 59,0 - 64,1); no domínio “psicológico”, de 65,7 (IC95% 63,2 - 68,2); no domínio “social”, de 72,3 (IC95% 70,0 - 74,5); e no domínio “meio ambiente” obteve-se média de 59,7 (IC95% 57,7 - 61,7).

Não foram encontradas diferenças na QVRS pelo Minichal e WHOQOL-Bref entre hipertensos controlados e não controlados ($p>0,10$). A Tabela 2 traz os resultados do MINICHAL e WHOQOL-Bref conforme estratificação dos estágios da HAS¹⁸. Não foram encontradas diferenças significativas na QVRS entre os pacientes nos diferentes estágios da HAS para ambos os instrumentos ($p>0,10$).

A Tabela 3 traz as diferenças nos resultados do Minichal e WHOQOL-Bref entre os pacientes, de acordo com sexo e presença/ausência de comorbidades e fatores de risco cardiovascular. Houve diferença significativa ($p<0,05$) em todos os domínios de ambos os instrumentos para pacientes com presença ou ausência de depressão. As demais variáveis que apresentaram uma diferença significativa ($p<0,05$) entre os pacientes foram: a) para o escore total do Minichal e o domínio “estado mental”: gênero e insuficiência cardíaca; b) para o domínio “manifestações somáticas” do Minichal: gênero, diabetes, dislipidemia, insuficiência cardíaca e obesidade; c) para o WHOQOL-Bref no domínio “físico”: insuficiência cardíaca e obesidade; d) no domínio

“psicológico”: insuficiência cardíaca e arritmia cardíaca; e e) no domínio “meio ambiente”: história familiar de doença cardiovascular (DCV).

Em análise de correlação (r de Spearman) da QVRS com as variáveis idade, anos de estudo e tempo de diagnóstico da HAS, a idade não apresentou correlação significativa ($p>0,10$), os anos formais de estudo apresentaram uma correlação limítrofe ($r=0,134$; $p=0,065$) com o domínio “psicológico” do WHOQOL-Bref e o tempo de diagnóstico da HAS apresentou correlação negativa significativa com o escore total do Minichal ($r=-0,149$; $p<0,05$) e limítrofe com o domínio “estado mental” do Minichal ($r=-0,139$; $p=0,56$).

O Minichal (incluindo seus domínios isoladamente) apresentou correlação significativa com o WHOQOL-Bref em todos os seus domínios, com exceção do domínio “meio ambiente”, que não se correlacionou ao domínio “manifestações somáticas” do Minichal. O domínio “físico” do WHOQOL-Bref foi o que melhor se correlacionou ao Minichal, tanto na pontuação total como nos domínios “estado mental” e “manifestações somáticas” (Tabela 4).

Discussão

Em razão das características do local de realização da pesquisa, o grau de escolaridade dos participantes da pesquisa foi baixo (apenas três anos formais de estudo em média). Em outros estudos de QVRS, Robbins e cols. encontraram 12,3 anos formais de estudo¹⁹, e Lalonde e cols.²⁰ não relataram pacientes com grau de escolaridade menor que o ensino secundário (ensino médio). O estudo com participantes de menor escolaridade encontrado foi desenvolvido no Egito, por Youssef e cols.², apresentando 40,2% da população sem estudo formal e 12,3% com estudo fundamental.

Na análise de IMC, uma grande parcela dos pacientes apresentava sobrepeso (38,9%) e apenas um quarto (24,7%)

Tabela 3 - Qualidade de vida relacionada à saúde conforme gênero, fatores de risco cardiovascular e comorbidades

| Variável | n | MINICHAL | | | | | WHOQOL-Bref | | | | |
|--------------------------|--------|---------------------------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--|--|
| | | Total do instrumento Média (DP) | Estado Mental Média (DP) | Manifestações Somáticas Média (DP) | Físico Média (DP) | Psicológico Média (DP) | Social Média (DP) | Meio Ambiente Média (DP) | | | |
| Gênero | Male | 76,7 (17,1) [†] | 76,9 (20,1) [†] | 77,2 (20,8) [†] | 64,4 (17,6) | 71,1 (13,4) | 75,3 (11,1) | 61,1 (15,0) | | | |
| | Female | 67,1 (19,3) [†] | 66,3 (21,2) [†] | 67,1 (23,9) [†] | 60,5 (17,6) | 63,7 (18,2) | 71,2 (16,9) | 59,2 (13,8) | | | |
| Diabete | Não | 69,8 (19,2) | 67,9 (22,2) | 72,2 (21,80) [†] | 62,3 (17,5) | 66,0 (17,9) | 72,0 (16,5) | 59,6 (14,4) | | | |
| | Sim | 69,3 (19,3) | 72,7 (18,6) | 63,2 (26,9) [†] | 59,1 (17,9) | 64,7 (15,7) | 73,0 (12,9) | 60,0 (13,6) | | | |
| Dislipidemia | Não | 71,4 (18,3) | 70,5 (21,3) | 72,5 (22,5) [†] | 62,7 (17,7) | 67,2 (17,2) | 72,7 (14,9) | 60,6 (13,9) | | | |
| | Sim | 66,4 (20,6) | 66,6 (21,5) | 64,9 (24,7) [†] | 59,1 (17,5) | 62,6 (17,4) | 71,6 (17,0) | 58,0 (14,6) | | | |
| Insuficiência cardíaca | Não | 71,1 (18,5) [†] | 70,4 (20,9) [†] | 71,5 (22,9) [†] | 62,6 (17,8) [†] | 66,8 (16,7) [†] | 72,4 (15,7) | 60,4 (14,2) | | | |
| | Sim | 58,5 (21,2) [†] | 59,5 (23,1) [†] | 57,6 (24,8) [†] | 52,6 (13,4) [†] | 56,7 (20,0) [†] | 71,2 (15,5) | 54,6 (13,1) | | | |
| Arritmia cardíaca | Não | 70,7 (19,2) | 69,6 (21,9) | 71,8 (22,4) | 62,4 (18,0) | 66,1 (17,7) [†] | 72,8 (15,5) | 60,5 (14,2) | | | |
| | Sim | 63,7 (18,6) | 66,4 (18,0) | 58,4 (27,2) | 55,8 (14,3) | 63,0 (15,1) [†] | 69,2 (16,1) | 55,2 (12,8) | | | |
| Obesidade | Não | 71,5 (18,4) | 70,0 (21,0) | 73,5 (23,0) [†] | 63,7 (18,2) [†] | 65,4 (15,9) | 73,6 (14,5) | 59,3 (14,4) | | | |
| | Sim | 66,8 (20,3) | 67,8 (22,2) | 63,8 (23,4) [†] | 57,7 (16,1) [†] | 65,8 (19,6) | 70,0 (17,3) | 60,3 (13,7) | | | |
| Depressão | Não | 72,7 (17,5) [*] | 72,1 (19,7) [†] | 73,0 (22,4) [†] | 64,1 (16,3) [†] | 68,4 (16,3) [*] | 73,9 (15,2) [†] | 61,5 (13,9) [†] | | | |
| | Sim | 59,3 (21,4) [*] | 58,9 (23,8) [†] | 59,0 (24,3) [†] | 52,7 (19,1) [†] | 56,6 (17,9) [*] | 66,7 (16,0) [†] | 53,7 (13,4) [†] | | | |
| História familiar de DCV | Não | 70,8 (18,3) | 69,9 (21,5) | 71,9 (21,7) | 62,1 (16,8) | 66,2 (17,1) | 72,6 (15,5) | 61,0 (14,3) [†] | | | |
| | Sim | 66,5 (21,4) | 67,0 (21,3) | 64,3 (27,5) | 59,9 (19,9) | 64,5 (18,1) | 71,8 (16,2) | 56,1 (13,1) [†] | | | |

DP, desvio padrão; Teste U de Mann Whitney; * $p < 0,001$ † $p < 0,01$ † $p < 0,05$

Tabela 4 - Correlação entre Minichal e WHOQOL-Bref

| | | Minichal Total | Minichal Estado Mental | Minichal Manifestações somáticas | WHOQOL Físico | WHOQOL Psicológico | WHOQOL Social | WHOQOL Meio Ambiente |
|----------------------------------|----|----------------|------------------------|----------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|----------------------|
| Minichal total | r* | -- | 0,917 [‡] | 0,791 [‡] | 0,629 [‡] | 0,424 [‡] | 0,391 [‡] | 0,332 [‡] |
| Minichal estado mental | r* | -- | -- | 0,520 [‡] | 0,534 [‡] | 0,442 [‡] | 0,427 [‡] | 0,389 [‡] |
| Minichal manifestações somáticas | r* | -- | -- | -- | 0,547 [‡] | 0,257 [‡] | 0,207 [‡] | 0,127 |

*Coeficiente de correlação de Spearman; [‡]p<0,01; ^{‡‡}p<0,001

estava com o peso dentro dos padrões normais (IMC<25). O aumento na prevalência da hipertensão ocorre em conjunto com o aumento do sobrepeso e obesidade na população²¹, a obesidade é a maior causa de hipertensão, resultados do Framingham Heart Study sugerem que aproximadamente 78% dos casos de hipertensão em homens e 65% em mulheres são atribuídos a obesidade²². Entretanto, uma atenção especial na QVRS dessa população deve ser dada em razão desse fator impactante.

Quanto ao controle da pressão arterial (<140/90 mmHg), a taxa de pacientes com a pressão arterial não controlada que tomavam tratamento anti-hipertensivo (69,6%) foi próxima ao relatado no documento da OMS para hipertensão, no qual consta que três quartos dos pacientes com HAS não atingem um ótimo controle da sua pressão arterial²³. No Brasil, os estudos de prevalência que relatam pacientes com pressão arterial controlada utilizando tratamento anti-hipertensivo apresentam taxas com variação de 10,4% a 33%^{24,25}.

Os medicamentos mais utilizados pelos pacientes do estudo (captopril, hidroclorotiazida e nifedipino) encontram-se disponíveis gratuitamente na rede pública de assistência à saúde e fazem parte da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename).

Mulheres e homens mostraram diferença nas suas avaliações de qualidade de vida pelo Minichal em todos os seus domínios. Resultado semelhante ao obtido em outro estudo¹². Na análise de comparação de médias não houve diferença significativa entre pacientes com a PA controlada ou não controlada, resultado diferente do obtido no estudo de Youssef e cols.², no qual o controle da pressão arterial foi um preditor para uma melhor QVRS. Robbins e cols.¹⁹ demonstram uma relação inversa entre os níveis da PA e o domínio “função cognitiva” da QVRS, assim como verificado em estudos anteriores^{19,26,27}. No estudo de validação do Minichal original não foram encontradas diferenças entre as médias nos diferentes estágios da hipertensão, assim como neste estudo^{12,28}.

Quanto à análise de consistência interna, o α de Cronbach foi considerado aceitável ($\alpha>0,70$) nos diferentes domínios do Minichal, e valores desejáveis devem estar entre 0,50 e 0,70 para comparação entre grupos, e 0,85-0,95 para comparação entre indivíduos²⁹. No estudo de validação para o Brasil e no

estudo original de desenvolvimento do Minichal, os domínios “estado mental” e “manifestações somáticas” apresentaram α de 0,87 e 0,75 no estudo original, e 0,88 e 0,86 no estudo Brasileiro^{9,12}. A diferença nos resultados obtidos nos dois estudos realizados no Brasil pode estar relacionado à escolaridade dos pacientes. No estudo de Schulz e cols.⁹ os pacientes apresentaram maior escolaridade, com 36% dos hipertensos e 80% dos normotensos com ensino superior⁹.

Como já observado por outros pesquisadores, em nosso estudo as variáveis clínicas e sociodemográficas influenciaram a QVRS (Tabela 3). Fatores como gênero feminino, obesidade, menor faixa etária e menor nível educacional parecem se relacionar a uma pior avaliação da QV³⁰. Isso também foi observado no estudo original do Minichal, no qual mulheres tiveram uma pior pontuação no domínio “estado mental”²⁸. Na literatura essa relação está descrita por diferentes autores^{2,28,31}. Mulheres referem mais frequentemente sentimentos de insatisfação e frustração, o que influi na QVRS, especialmente no domínio “psicológico”³¹. Além disso, homens têm melhor capacidade para tolerar doenças crônicas sem serem afetados emocionalmente².

Quanto à obesidade, alguns estudos^{32,33} relatam a relação de que obesos têm uma pior percepção da QVRS. No estudo de Fletcher e cols.³³ verificou-se que essa relação ocorria em mulheres. No estudo de Grimm e cols.³⁰ verificou-se que uma melhora na dieta dos pacientes e a perda de peso esteve relacionada a uma melhor QVRS.

Quanto maior foi o tempo de diagnóstico de hipertensão, menor foi a avaliação da QVRS medida pelo Minichal, especialmente no seu escore total e no domínio “estado mental”. Robbins e cols.¹⁹ observaram essa mesma relação em mulheres. Youssef e cols.², entretanto, analisando essa relação em um modelo que incluía outros parâmetros, como idade, não encontraram relação estatisticamente significativa entre tempo de diagnóstico da hipertensão e QV.

No presente estudo, a faixa etária e a idade não apresentaram correlação com nenhum dos instrumentos de QVRS utilizados. Outros estudos têm encontrado resultados contraditórios na avaliação da relação entre QV e idade. Youssef e cols.² relataram que indivíduos mais jovens tiveram uma melhor QVRS, enquanto Grimm e cols.³⁰ observaram uma melhor QVRS em pessoas idosas.

Pacientes com comorbidades como diabetes, dislipidemia, insuficiência cardíaca e depressão apresentaram pior avaliação da qualidade de vida no domínio “manifestações somáticas” do Minichal. Esse resultado se justifica, pois os sintomas explorados nesse domínio do Minichal podem estar ligados a outras doenças e tratamentos além da hipertensão ou uso de anti-hipertensivos. A insuficiência cardíaca e a depressão afetaram também a QV no domínio “estado mental” do Minichal.

Indivíduos com diagnóstico de depressão demonstraram pior avaliação da qualidade de vida tanto no Minichal como em todos os domínios do WHOQOL-Bref. Isso reforça o forte impacto da depressão na QVRS dos pacientes como já observado no Epidemiological Follow-Up Study (NHEFS) of the first National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES I)³⁴.

Quanto à análise de validade concorrente do Minichal-Brasil, por meio dos índices de correlação pode-se verificar que nos domínios “psicológico” (WHOQOL-bref) e “estado mental” (Minichal) houve uma correlação moderada ($r=0,442$; $p<0,001$), e nos domínios “físico” (WHOQOL-Bref) e “manifestações somáticas” (Minichal) essa também se manteve ($r=0,547$; $p<0,001$). A correlação moderada obtida entre esses domínios indica que essas escalas medem conceitos que são relacionados, distinguíveis e não redundantes, confirmando a validade concorrente.

Esses resultados não permitem concluir que o Minichal deva ser utilizado como substituto do WHOQOL-Bref para avaliação da qualidade de vida. O Minichal é uma ferramenta que pode ser usada de forma complementar para avaliar a qualidade de vida em hipertensos, especialmente quando o

foco do estudo for verificar o impacto de uma intervenção em saúde sobre esse parâmetro.

Finalmente, a correlação das variáveis sociodemográficas com o Minichal-Brasil observada neste estudo, semelhante ao estudo espanhol²⁶, ajuda a mostrar que o instrumento encontra-se adaptado ao Brasil. O instrumento pode ainda ser utilizado tanto em populações de alta escolaridade quanto de baixa escolaridade.

Conclusão

O Minichal-Brasil demonstrou ser um instrumento útil para avaliação da QV em pacientes hipertensos, cujos resultados são condizentes com medidas realizadas por instrumentos genéricos como o WHOQOL-Bref. Essas medidas de QVRS podem ser úteis no auxílio da escolha do melhor tratamento para pacientes hipertensos e em estudos populacionais que avaliem os determinantes da QV nesses pacientes.

Potencial Conflito de Interesses

Declaro não haver conflito de interesses pertinentes.

Fontes de Financiamento

O presente estudo foi parcialmente financiado pelo CNPq.

Vinculação Acadêmica

Este artigo é parte de dissertação de Mestrado de Ana Carolina Melchior pela Universidade Federal do Paraná.

Referências

1. Neder MM, Borges AAN. Systemic hypertension in Brazil: how much have we improved our knowledge about its epidemiology? *Rev Bras Hipertens*. 2006; 13 (2): 126-33.
2. Youssef RM, Moubarak II, Kamel MI. Factors affecting the quality of life of hypertensive patients. *East Mediterr Health J*. 2005; 11 (1-2): 109-18.
3. Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med*. 1993; 118 (8): 622-9.
4. Velarde-Jurado E, Ávila-Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública Mex*. 2002; 44 (4): 349-61.
5. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*. 1995; 41 (10): 1403-9.
6. Lohr KN, Aaronson NK, Alonso J, Burnam MA, Patrick DL, Perrin EB, et al. Evaluating quality of life and health status instruments: development of scientific review criteria. *Clin Ther*. 1996; 18 (5): 979-92.
7. Schulz RB, Rossignoli P, Correr CJ, Fernández-Llimós F. Humanistic outcomes in hypertension research and practice. *J Hypertens*. 2006; 24: 1679.
8. Ciconelli RM. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol*. 1999; 39 (3): 143-9.
9. Schulz RB, Rossignoli P, Correr CJ, Fernández-Llimós F, Detoni PM. Validation of the short form of spanish hypertension quality of life questionnaire (MINICHAL) for portuguese (Brasil). *Arq Bras Cardiol*. 2007; 90 (2): 139-44.
10. Fairclough DL, Gelber RD. Quality of life: statistical issues and analysis. In: Spilker B, (ed.). *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. 2nd ed. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 1996.
11. Prefeitura Municipal de Araucária, Paraná (PR). *Economia*. 2000. [Acesso em 2007 dez. 12]. Disponível em: http://www.araucaria.pr.gov.br/index.php?a=araucaados.php&b=menu_dados&tipo=economia
12. Badia X, Roca-Cusachs A, Dalfó A, Gascon G, Abellan J, Lahoz R, et al. Validation of the short form of the Spanish Hypertension Quality of Life Questionnaire (MINICHAL). *Clin Ther*. 2002; 24 (12): 2137-54.
13. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Application of the portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. *Rev Saúde Pública*. 2000; 34 (2): 178-83.
14. Coleman A, Freeman P, Steel S, Shennan A. Validation of the Omron 705IT (HEM-759-E) oscillometric blood pressure monitoring device according to the British Hypertension Society protocol. *Blood Press Monit*. 2006; 11 (1): 27-32.
15. British Hypertension Society guidelines (BHS-IV). *J Fam Pract*. 2004; 53 (7): 528-50.
16. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL Jr, et al. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection,

- Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension*. 2003; 42 (6): 1206-52.
17. 2003 European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. European Society of Hypertension, European Society of Cardiology Guidelines Committee. *J Hypertens*. 2003; 21 (6): 1011-53.
 18. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol*. 2007; 89 (3): e24-e79.
 19. Robbins MA, Elias MF, Croog SH, Colton T. Unmedicated blood pressure levels and quality of life in elderly hypertensive women. *Psychosom Med*. 1994; 56: 251-6.
 20. Lalonde L, O'Connor A, Joseph L, Grover SA, Group TCCCA. Health-related quality of life in cardiac patients with dyslipidemia and hypertension. *Qual Life Res*. 2004; 13: 793-804.
 21. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. *World Health Organ Tech Rep Ser*. 2000; 894: i-xii, 1-253.
 22. Garrison RJ, Kannel WB, Stokes J 3rd, Castelli WP. Incidence and precursors of hypertension in young adults: The Framingham Offspring Study. *Prev Med*. 1987; 16: 234-51.
 23. Whitworth JA; World Health Organization, International Society of Hypertension Writing Group. 2003 World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. *J Hypertens*. 2003; 21 (11): 1983-92.
 24. Gus I, Harzheim E, Zaslavsky C, Medina C, Gus M. Prevalence, awareness, and control of systemic arterial hypertension in the state of Rio Grande do Sul. *Arq Bras Cardiol*. 2004; 83 (5): 429-33.
 25. Piccini RX, Victora CG. How well is hypertension managed in the community? A population-based survey in a Brazilian city. *Cad Saúde Pública*. 1997; 13 (4): 595-600.
 26. Farmer ME, Kittner SJ, Abbot RD, Wolz MM, Wolf PA, White LR. Longitudinal measured blood pressure, antihypertensive medication use, and cognitive performance: The Framingham Study. *J Clin Epidemiol*. 1990; 43: 475-80.
 27. Elias PK, Elias MF, Robbins MA, Budge MM. Blood pressure-related cognitive decline: does age make a difference? *Hypertension*. 2004; 44 (5): 631-6.
 28. Roca-Cusachs A, Badia X, Dalfo A, Gascon G, Abellan J, Lahoz R, et al. Relationship between clinical and therapeutic variables and health-related quality of life in patients with hypertension. MINICHAL Study. *Med Clin (Barc)*. 2003; 121 (1): 12-7.
 29. Bland JM, Altman DG. Cronbach's alpha. *BMJ*. 1997; 314: 572.
 30. Grimm RHJ, Grandits GA, Cutler JA, Stewart AL, McDonald RH, Svendsen K, et al. Relationships of quality-of-life measures to long-term lifestyle and drug treatment in the treatment of mild hypertension study. *Arch Intern Med*. 1997; 157 (6): 638-48.
 31. Hollis LA. Sex comparison in life satisfaction and psychosocial adjustment scores with an older adult sample: examining the effect of sex role differences in older cohorts. *J Women Aging*. 1998; 10 (3): 59-77.
 32. Anderson RT, Hogan P, Appel L, Rosen R, Shumaker SA. Baseline correlates with quality of life among men and women with medication-controlled hypertension. The trial of nonpharmacologic interventions in the elderly (TONE). *J Am Geriatr Soc*. 1997; 45 (9): 1080-5.
 33. Fletcher AE, Bulpitt CJ, Tuomilehto J, Browne J, Bossini A, Kawcka-Jaszcz K, et al. Quality of life of elderly patients with isolated systolic hypertension: baseline data from Syst-Eur trial. *J Hypertens*. 1998; 16: 1117-24.
 34. Gaynes BN, Burns BJ, Tweed DL, Erickson P. Depression and health-related quality of life. *J Nerv Ment Dis*. 2002; 190 (12): 799-806.