Qualidade de Vida de Pacientes Hipertensos e Comparação entre dois Instrumentos de Medida de QVRS

Quality of Life of Hypertensive Patients and Comparison of two Instruments of HRQOL Measure

Michelle Adler Normando Carvalho, Isabela Bispo Santos Silva, Sarah Brito Pinheiro Ramos, Laura Fernandes Coelho, Isabela Dias Gonçalves, José Albuquerque de Figueiredo Neto

Universidade Federal do Maranhão – São Luiz, MA – Brasil

Resumo

Fundamento: Medir Qualidade de Vida relacionada à saúde (QVRS) auxilia na avaliação da eficiência de um tratamento e identifica problemas de maior impacto na qualidade de vida do paciente. No entanto, essas medidas são mais seguras se avaliadas por instrumentos genéricos e específicos conjuntamente, fazendo-se necessário verificar se há compatibilidade entre esses e evitar repetições e contradições entre os domínios.

Objetivo: Descrever o perfil de qualidade de vida de pacientes hipertensos e avaliar a compatibilidade de um instrumento específico (MINICHAL) e outro genérico (SF-36).

Métodos: Cem pacientes hipertensos adultos em tratamento ambulatorial entrevistados. A média da QVRS medida pelo MINICHAL foi de 6,64 (DP 6,04) no estado mental e média de 5,03 (DP 4,11) no estado manifestações somáticas. As médias para o instrumento SF-36 foram por ordem de classificação: limitação por aspectos físicos 47,3 (DP 42,9), vitalidade 57,4 (DP 19,7), limitação por aspectos emocionais 58 (DP 44,7), capacidade funcional 58,7 (DP 27,8), dor 60,4 (DP 26,3), estado geral de saúde 60,7 (DP 22,7), saúde mental 66,8 (DP 22,1) e aspectos sociais 78 (DP 26,1).

Resultados: O MINICHAL apresentou correlação significativa ($p < 0,001$) com o SF-36 em todos os domínios.

Conclusão: O MINICHAL provou ser um instrumento útil na avaliação da QVRS em pacientes hipertensos. (Arq Bras Cardiol 2012;98(5):442-451)

Palavras-chave: Hipertensão, pacientes ambulatoriais, qualidade de vida, questionários.

Abstract

Background: Measuring health-related quality of life (QOL) helps evaluating the efficiency of a treatment and identifies problems with major impact on the patient's QOL. However, these measures are safer if assessed by generic and specific instruments together, where it is necessary to check for compatibility between these and avoid repetitions and contradictions between the domains.

Objective: To describe the quality of life of hypertensive patients and to evaluate the compatibility of a specific instrument (MINICHAL) and a generic instrument (SF-36).

Methods: One hundred adult hypertensive under outpatient care were interviewed. The mean HRQOL as measured by MINICHAL was 6.64 (SD 6.04) in mental status and average of 5.03 (SD 4.11) in the state of somatic manifestations. The means for the instrument SF-36 were in ranking order: limitation due to physical aspects 47.3 (SD 42.9), vitality 57.4 (SD 19.7), limitation due to emotional aspects 58 (SD 44.7), functional capacity 58.7 (SD 27.8), pain 60.4 (SD 26.3), general health condition 60.7 (SD 22.7), mental health 66.8 (SD 22.1) and social aspects 78 (SD 26.1).

Results: The MINICHAL significantly correlated ($p < 0.001$) with the SF-36 in all domains.

Conclusion: The MINICHAL proved to be a useful tool in the assessment of HRQOL in patients with hypertension. (Arq Bras Cardiol 2012;98(5):442-451)

Keywords: Hypertension; outpatients; quality of life; questionnaires.

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

Correspondência: José Albuquerque de Figueiredo Neto •

Rua Rui Ribeiro Mesquita - Ed. Dom Gabriel, apto 402 - Calhau - 65075-260 - São Luiz, MA - Brasil
E-mail: jafneto@cardiol.br, jafneto@terra.com.br

Artigo recebido em 25/10/11, revisado recebido em 25/10/11; aceito em 21/01/12.

Introdução

A Hipertensão Arterial (HA) é, isoladamente, o fator de risco mais importante para as Doenças Cardiovasculares (DCV), principal causa de mortalidade mundial. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS)¹, no Brasil, no total de óbitos, 20% a 50% são ocasionados por doenças cuja causa está associada à HA. Sua prevalência, com base em inquéritos populacionais, varia de 22,3% a 43,9% da população acima de 18 anos².

Estudos mostram que os efeitos secundários do tratamento da HA estão associados a menor aderência e a abandono do tratamento medicamentoso, podendo interferir na Qualidade de Vida (QV) desses pacientes.

A OMS³ conceitua qualidade de vida como sendo “a percepção do indivíduo, de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

QV serve como indicador nos julgamentos clínicos de doenças específicas, avalia o impacto físico e psicossocial que as enfermidades podem acarretar para as pessoas acometidas, permitindo o melhor conhecimento acerca do paciente e de sua adaptação à condição de estar doente.

Existe uma variedade de instrumentos para avaliar a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS). Esses permitem avaliar o impacto de uma doença crônica sobre a vida do paciente e oferecem um tipo de resultado do tratamento baseado na percepção do próprio indivíduo sobre seu estado geral de saúde⁴.

Um instrumento largamente utilizado com a finalidade de refletir a QV dos pacientes em uma ampla variedade de populações, incluindo aspectos como função, disfunção e bem-estar emocional e físico, é o SF-36 (The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey)⁵⁻⁷. Os instrumentos específicos avaliam conceitos de saúde próprios de uma doença ou de uma intervenção. Em relação à hipertensão, existe um instrumento validado no Brasil: Mini-Questionário de Qualidade de Vida em Hipertensão Arterial (MINICHAL)^{8,9}. O uso simultâneo de ambos os instrumentos (genérico e específico) tem sido utilizado como estratégia para medir de forma completa a QVRS⁴.

O objetivo deste trabalho foi conhecer e mensurar a QV do paciente hipertenso em tratamento ambulatorial, utilizando dois instrumentos, um genérico e outro específico, além de verificar a concordância entre eles.

Métodos

Realizou-se estudo observacional transversal com pacientes hipertensos acompanhados na Liga de Hipertensão Arterial, do Hospital Universitário Presidente Dutra, no período de março a maio de 2009.

Neste estudo, os pacientes foram incluídos independentemente do sexo a que pertencem, desde que maiores de 18 anos. A escolha dos pacientes foi por conveniência, sendo questionado a todos quais concordariam em participar da pesquisa. Foram excluídos os pacientes com diagnóstico psiquiátrico de doença mental, pacientes com problemas associados ao uso de álcool ou outras drogas e mulheres grávidas ou em período de lactância.

Foram convidados para participar da pesquisa 109 pacientes hipertensos: 9 recusaram-se a participar, ficando um total de 100 participantes, sendo 61 mulheres e 39 homens.

Foram analisados dados sociodemográficos (idade, sexo, anos de estudo, estado civil e cor da pele, nível socioeconômico) e clínicos (pressão arterial sistólica e diastólica, tempo de diagnóstico de HAS, levantamento de comorbidades e fatores de risco cardiovascular como diabetes, dislipidemia, histórico de infarto, histórico de AVC, depressão, obesidade e problema renal), que foram coletados por meio de entrevista estruturada e os pacientes relatavam suas comorbidades. Nos casos de dúvida os dados eram confirmados no prontuário do paciente. A medida do peso na faixa ideal foi obtida pelo Índice de Massa Corporal (IMC), calculado a partir do peso e altura dos pacientes. A classificação empregada foi da OMS¹⁰. A pressão arterial foi medida três vezes consecutivas para cada paciente, com intervalo mínimo de 3 minutos entre as medidas. Foi utilizado o aparelho automático digital da marca OMRON HEM – 722C (OMRON Healthcare Inc., Kyoto, Japão), validado pelos protocolos da Association for the Advancement of Medical Instrumentation e British Hypertension Society para pesquisas internacionais¹¹.

Para a realização de análises, os valores da PA foram estratificados conforme os estágios de HAS, seguindo as diretrizes brasileiras de hipertensão, em controlados (PA < 140/90 mmHg), hipertensão estágio 1 (PAS entre 140-159 e PAD entre 90-99); estágio 2 (PAS entre 160-179 e PAD entre 100-109) e estágio 3 (PAS ≥ 180 e PAD ≥ 110)¹².

O conhecimento sobre a doença foi avaliado mediante 10 perguntas, com respostas do tipo sim/não, padronizado por Strelec e cols.¹³ e utilizado em publicações nacionais^{8,14}. O conhecimento considerado satisfatório foi para os pacientes que obtinham notas ≥ a 7, e insatisfatório, para aqueles que obtinham notas < 7⁸.

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

Questionários para medir a qualidade de vida relacionada a saúde

Para avaliação da QVRS foram utilizados um instrumento específico de avaliação da QV em hipertensão (MINICHAL) e um instrumento genérico para avaliação da QV (SF-36), ambos validados no Brasil. O MINICHAL foi desenvolvido na Espanha em 2001 e contém 16 itens. Dez itens estão agrupados no domínio estado mental, e seis itens, no domínio manifestações somáticas. O domínio estado mental inclui as questões de 1 a 9 e possui pontuação máxima de 27 pontos. O domínio manifestações somáticas inclui as questões de 10 a 16, com pontuação máxima de 21 pontos¹⁵. Tanto a versão original em espanhol como a brasileira incluem uma última questão relativa ao impacto geral da HAS na QV do paciente.

Na entrevista com os pacientes foi solicitado que respondessem baseando-se nos últimos sete dias. A escala de pontuação é do tipo Likert com quatro possíveis respostas (0 = não, absolutamente; 1 = sim, um pouco; 2 = sim, bastante; 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)¹⁶.

O MINICHAL foi originalmente desenvolvido para ser autoadministrado; entretanto, neste estudo, em razão da baixa escolaridade dos pacientes, o instrumento foi aplicado mediante entrevista estruturada.

Por fim, foi utilizado o questionário genérico SF-36 para avaliar aspectos qualitativos e quantitativos da QV dos pacientes⁶. Esse instrumento é um questionário multidimensional formado por 36 itens, englobados em 8 escalas: capacidade funcional (10 itens), aspectos físicos (4 itens), dor (2 itens), estado geral de saúde (5 itens), vitalidade (4 itens), aspectos sociais (2 itens), aspectos emocionais (3 itens), saúde mental (5 itens) e mais uma questão de avaliação das alterações de saúde ocorridas no período de um ano e que, embora não seja usado para pontuar nenhuma das oito escalas anteriores, é de suma importância para o conhecimento da doença do paciente.

Para avaliação de seus resultados é dado um escore para cada questão, que posteriormente são transformados numa escala de 0 a 100, onde zero corresponde a um pior estado de saúde e 100, a um melhor, analisando cada dimensão separadamente. Propositamente, não existe um único valor que resuma toda a avaliação, traduzindo-se num estado geral de saúde melhor ou pior, justamente para que, numa média de valores, evite-se o erro de não se identificar os verdadeiros problemas relacionados à saúde do paciente ou mesmo de subestimá-los¹⁷.

Como o trabalho presente propõe-se a correlacionar o SF-36 com o questionário MINICHAL, é necessário fazer a descrição do SF-36 em dois componentes. Ware e cols.¹⁸ propuseram a classificação dos domínios do SF-36 em dois grandes componentes: componente físico envolve os domínios capacidade funcional, aspectos físicos, dor e estado geral de saúde; e componente mental envolvendo os domínios saúde mental, aspectos emocionais, aspectos sociais e vitalidade. Os domínios estado geral da saúde e vitalidade também podem estar de forma indireta relacionados ao outro componente. Essa separação tem por finalidade visualizar, de forma genérica, esses dois grandes componentes que podem estar envolvidos de maneira distinta nas diversas doenças.

Na análise estatística, inicialmente, foi feita a análise descritiva (média, desvio padrão, máximo, mínimo, quartis, mediana) das variáveis numéricas, bem como tabelas de frequência e gráficos. Posteriormente, foi feita regressão múltipla entre as variáveis dependentes PAS e PAD e as variáveis independentes idade, sexo, tempo de diagnóstico, comorbidades, fatores de risco e número de medicamentos. Foi feita análise de variância (ANOVA) entre as variáveis PAS e PAD e, quando houvesse diferenças significativas ($p < 0,05$), realizado teste de Turkey para comparar as médias duas a duas. A correlação de Pearson foi realizada entre os domínios do MINICHAL e do SF-36. O nível de significância estatística utilizado foi de 5%.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA), sendo realizada conforme as exigências da Resolução CNS nº 196/96, onde os sujeitos envolvidos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assegurando assim, sua participação na pesquisa.

Resultados

Foram entrevistados 100 pacientes hipertensos em tratamento ambulatorial, sendo 39 homens e 61 mulheres. Na tabela 1 encontra-se o perfil clínico e sociodemográfico desses pacientes.

A média de idade dos pacientes foi de 61,7 anos (DP 12,4); variando de 20 a 82 anos, onde 59% da população deste estudo

Tabela 1 – Características clínica e sociodemográficas dos pacientes do estudo

Variável	N (%)
Idade	
20 – 39 anos	5 (5,0)
40 – 59 anos	36 (36,0)
60 – 79 anos	53 (53,0)
79 >	6 (6,0)
Sexo	
Feminino	61 (61,0)
Masculino	39 (39,0)
Anos de estudo	
Sem estudo	13 (13,0)
1 – 4 anos	37 (37,0)
5 – 8 anos	30 (30,0)
9 – 12 anos	14 (14,0)
> 12 anos	6 (6,0)
Estado civil	
Solteiro	15 (15,0)
Casado/união estável	46 (46,0)
Separado/divorciado	16 (16,0)
Viúvo	23 (23,0)
Cor	
Branca	19 (19,0)
Não Branca	81 (81,0)
Nº de pessoas na casa	
1 – 4	69 (69,0)
5 – 8	28 (28,0)
9 – 12	3 (3,0)
Diarista ou empregada	
Sim	5 (5,0)
Não	95 (95,0)
Casa	
Própria	91 (91,0)
Alugada	9 (9,0)
Renda	
Sem renda	9 (9,0)
< 1 salário	9 (9,0)
1 - 2 salários	58 (58,0)
> 2 salários	26 (26,0)
Ocupação	
Aposentado	33 (33,0)
Do lar	33 (33,0)
Empregado	33 (33,0)
Desempregado	1 (1,0)

Continuação	
Fatores de Risco CV	
Dislipidemia	58 (58,0)
Histórico Familiar DCV	43 (43,0)
Diabetes	23 (23,0)
Obesidade	23 (23,0)
AVC prévio	19 (19,0)
Depressão	15 (15,0)
Insuficiência Renal em tratamento conservador	11(11,0)
Tabagismo	9 (9,0)
IAM prévio	4 (4,0)

eram idosos (≥ 60 anos). A escolaridade foi em média 5,4 anos formais de estudo.

Quanto ao tempo de diagnóstico da HAS, a média foi de 9,39 anos (DP 7,32). A PAS apresentou média de 143,43 mmHg (DP 24,1) e a PAD, de 83,62 mmHg (DP 12,6). No que se refere ao controle da PA, 46% dos pacientes estão com a PA controlada. Quanto ao estágio da PA, 30% dos pacientes encontravam-se no estágio I; 17%, no estágio II; e 7% no estágio III da doença.

Em relação à variável Conhecimento sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica, a tabela 2 traz os acertos obtidos para cada pergunta com suas frequências.

Na tabela 3 estão relacionados os domínios e os escores dos instrumentos SF-36 e MINICHAL.

Não houve diferença significativa entre os níveis de PA e os domínios que avaliam a QV pelos instrumentos SF-36 e MINICHAL.

Em relação à variável sexo, houve diferença significativa ($p < 0,05$) no domínio estado mental do MINICHAL e nos domínios de capacidade funcional, dor, limitação por aspectos emocionais e saúde mental do SF-36 (tab. 4).

Dentre as comorbidades/fatores de risco CV: obesidade, depressão, histórico de infarto, histórico de AVC, insuficiência renal em tratamento conservador, história familiar de DCV, diabetes, dislipidemia e tabagismo, as que tiveram diferença significativa ($p < 0,05$) com a QV foram: depressão, obesidade e histórico familiar de DCV. Os dados se encontram nas tabelas 5, 6 e 7.

O MINICHAL e o SF-36 apresentaram correlação significativa entre si ($p < 0,001$) em todos os domínios (tabela 8).

Discussão

Avaliar a QV é de extrema importância, pois esse conceito serve como um indicador nos julgamentos clínicos de doenças específicas, avalia o impacto físico e psicossocial que as enfermidades podem acarretar para as pessoas acometidas, permitindo melhor conhecimento acerca do paciente e de sua adaptação à condição de estar doente. Roca-Cusachs e cols.¹⁹ relataram que pacientes hipertensos possuíam diminuição significativa da QV quando comparados com normotensos.

Nesse estudo, 46% dos pacientes estão com a PA controlada. A PAS apresentou média de 143,4 mmHg e a PAD, de 83,6 mmHg. No Brasil, estudos de prevalência que relatam pacientes com PA controlada utilizando tratamento anti-hipertensivo apresentam taxa de variação de 20% a 33%².

Observou-se que a amostra, apesar de apresentar baixo nível de escolaridade, possuía conhecimento satisfatório sobre a doença. A maioria deles obteve acerto em sete ou mais quesitos no questionário específico para avaliação do conhecimento da doença. Resultado similar foi encontrado em outro estudo, realizado no sul do país, que também apresentava uma amostra com nível educacional baixo, o que sugere que o conhecimento da doença não é afetado pela baixa escolaridade²⁰. Em nosso caso, por se tratar de uma Liga Acadêmica de Hipertensão Arterial, existe uma preocupação especial em fornecer ao paciente um grande número de informações sobre a doença.

Tabela 2 – Conhecimento da hipertensão arterial sistêmica

Pergunta	N
1 Pressão alta é uma doença para toda a vida?	76
2 Quem tem pressão alta, na maioria das vezes não sente nada diferente?	53
3 A pressão é alta, quando for maior ou igual a 14 por 9?	81
4 Pressão alta pode trazer problemas para o coração, cérebro e rins?	100
5 O tratamento para a pressão alta é para toda a vida?	92
6 A pressão alta pode ser tratada sem remédios?	25
7 Exercícios físicos regulares ajudam a controlar a pressão alta?	94
8 Para quem é obeso, perder peso ajuda a controlar a pressão alta?	97
9 Diminuir o sal da comida ajuda a controlar a pressão alta?	99
10 Diminuir o nervosismo ajuda a controlar a pressão?	95

n total - 100 n para respostas certas.*

Tabela 3 – Resultado dos valores mínimos, máximos, médios e respectivo desvio padrão para cada um dos domínios do SF-36 e do MINICHAL

Domínios	Média	Desvio padrão	Valor Mínimo	Valor Máximo
SF-36				
Aspectos físicos	47,3	42,9	0	100
Vitalidade	57,4	19,7	15	100
Aspectos emocionais	58	44,7	0	100
Capacidade funcional	58,7	27,8	5	100
Dor	60,4	26,3	0	100
Estado geral de saúde	60,7	22,7	0	97
Saúde mental	66,88	22,1	4	100
Aspectos sociais	78	26,1	0	100
MINICHAL				
Estado mental	6,6	6	0	27
Manifestações somáticas	5,0	4,1	0	16

Tabela 4 – Qualidade de vida e sexo

Sexo		MINICHAL			QUESTIONÁRIO GENÉRICO SF-36								
		EM	Somático	QV	CF	C.saúde	AF	Dor	EGS	VIT	AS	AE	SM
M	N	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39
	Média	4,6	4,2	0,7	66,9	2,9	52,6	67,2	62,4	61,3	82,4	70,1	72,3
	DP	3,6	3,1	0,9	24,3	10,8	42,5	22,3	18,1	17,9	20,8	41,7	18,2
F	N	61	61	61	61	61	61	61	61	61	61	61	61
	Média	8,0	5,6	0,9	53,4	2,7	43,9	56,1	59,7	54,8	75,0	50,8	63,4
	DP	6,9	4,6	1,0	28,8	1,1	43,2	27,9	25,4	20,5	28,8	45,3	23,8
Total	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	Média	6,6	5,0	0,8	58,7	2,8	47,3	60,4	60,7	57,4	77,9	58,3	66,9
	DP	6,0	4,1	1,0	27,8	1,0	42,9	26,3	22,7	19,7	26,1	44,7	22,1
ANOVA		0,006	0,099	0,361	0,017	0,230	0,325	0,039	0,563	0,108	0,169	0,035	0,049

Em relação à Avaliação da QV pelo questionário genérico SF-36, os domínios tiveram os seguintes resultados:

Capacidade Funcional (CF). Em relação aos escores, o valor médio para CF foi de 58,7 (DP 27,8). No estudo realizado por Silqueira⁷, a média para esse domínio foi de 68,0. Já no estudo de Lima²¹, a média para o domínio CF foi de 75,0. Fazendo uma comparação do nosso estudo com os demais citados, percebe-se que no nosso existe uma pior QV no domínio CF, quando comparado a esses estudos, tais resultados podem ser atribuídos a alta prevalência de comorbidades obtida em nossa amostra.

Limitação por Aspectos Físicos (AF). Esse domínio foi o que apresentou o menor escore, revelando maiores dificuldades dos pacientes em razão de limitações nos AF. O valor médio encontrado foi de 47,2 (DP 42,9). Comparando esse resultado

a outros estudos, o que obteve resultado aproximado foi o de Cavalcante⁵, com o valor médio de 55,7. Nos estudos de Gusmão e Pierin²², Silqueira⁷ e Magnobosco²³, a média foi de 72. A presença de comorbidades influencia também negativamente as limitações físicas dos pacientes⁷, o que pode justificar o baixo escore obtido nesse domínio, já que nossa prevalência de comorbidades é similar à obtida por Cavalcante⁵, 89% e 87%, respectivamente. O estudo de Silqueira⁷ excluiu pacientes com história atual ou pregressa de patologias associadas.

Dor. O valor médio desse domínio foi de 60,4 (DP 26,3). Em outros estudos, a média dos resultados foi semelhante, variando de 56,64²⁴ a 69,0⁷. A HAS, apesar de ser uma doença crônica, é considerada silenciosa e assintomática, pois a dor não é um

Artigo Original

Tabela 5 – Qualidade de vida e histórica familiar de DCV

MINICHAL					QUESTIONARIO GENÉRICO SF-36								
História Familiar de DCV		EM	Somático	QV	CF	CS	AF	Dor	EGS	VIT	AS	AE	SM
Não	N	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57
	Média	6,0	4,0	0,7	59,4	2,8	56,1	63,1	65,1	58,9	82,4	70,7	68,5
	DP	5,6	3,4	0,9	28,5	1,0	42,9	25,9	20,3	19,4	24,4	41,4	20,7
Sim	N	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43
	Média	7,5	6,4	1,0	57,8	2,7	35,5	57,0	54,9	55,3	71,8	41,9	64,7
	DP	6,6	4,6	1,1	27,2	1,0	40,5	26,8	24,6	20,2	27,3	44,1	24,0
Total	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	Mean	6,6	5,0	0,8	58,7	2,8	47,3	60,4	60,7	57,4	77,9	58,3	66,9
	DP	6,0	4,1	1,0	27,8	1,0	42,9	26,3	22,7	19,7	26,1	44,7	22,1
	ANOVA	0,225	0,002	0,193	0,778	0,798	0,016	0,252	0,026	0,376	0,043	0,001	0,405

Tabela 6 – Qualidade de vida e depressão

MINICHAL					QUESTIONÁRIO GENÉRICO SF-36								
Depressão		EM	Somático	QV	CF	C. S	AF	Dor	EGS	VIT	AS	AE	SM
Não	N	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85
	Média	5,6	4,4	0,7	61,5	2,7	50,6	61,4	63,8	60,4	81,3	61,5	69,6
	D P	5,2	3,9	0,8	27,0	1,0	43,5	25,3	20,4	18,3	22,6	44,3	20,2
Sim	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
	Média	12,8	8,5	1,5	43,0	2,9	28,3	54,9	43,2	40,3	58,3	40,0	51,5
	D. P	6,8	3,8	1,4	28,1	1,0	35,2	32,1	27,8	19,5	35,9	44,0	26,6
Total	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	Média	6,6	5,0	0,8	58,7	2,8	47,3	60,4	60,7	57,4	77,9	58,3	66,9
	D.P	6,0	4,1	1,0	27,8	1,0	42,9	26,3	22,7	19,7	26,1	44,7	22,1
	ANOVA	0,0001	0,0001	0,002	0,017	0,619	0,064	0,382	0,001	0,0001	0,001	0,085	0,003

sintoma que acompanha os pacientes hipertensos. Black e Matassarín-Jacobs²⁴ discorrem que a dor, normalmente, aparece no paciente quando esse apresenta outras doenças, ou quando apresenta alguma outra complicação cardiovascular como infarto agudo do miocárdio. Dessa forma, a alta prevalência de comorbidades e fatores de risco CV na nossa amostra também pode ter sido um agravante para um escore no domínio da dor baixo.

Estado Geral de Saúde (EGS). O escore médio encontrado foi de 60,7 (DP 22,7). No estudo de Silqueira⁷, o valor médio

encontrado foi de 77,8; no de Gusmão e Pierin²² a média foi de 73,0; e no de Cavalcante⁵, o escore obtido foi de 72,0. No estudo de Brito e cols.²⁵, o EGS foi o que obteve o menor escore, 53,5. Os autores acreditam que esse resultado provavelmente se deu em decorrência das manifestações clínicas relacionadas à etiologia da HA e ao tratamento instituído; ainda segundo os autores, os pacientes perceberam a hipertensão como uma situação grave; essa ideia é corroborada no nosso estudo.

Vitalidade (VIT). Esse domínio apresentou o segundo menor escore, com média de 57,3 (DP 19,7). No estudo de

Tabela 7 – Qualidade de vida e obesidade

		MINICHAL			QUESTIONÁRIO GENÉRICO SF-36								
Obesidade		EM	Somático	QV	CF	C S	AF	Dor	Saúde	VIT	AS	AE	SM
Não	N	77	77	77	77	77	77	77	77	77	77	77	77
	Média	5,7	4,3	0,7	60,8	2,7	51,3	62,4	61,9	59,7	80,8	60,6	69,5
	D.P	5,1	3,7	0,9	26,8	1,0	43,5	24,6	20,4	17,9	22,1	43,8	19,5
Sim	N	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23
	Média	9,9	7,5	1,3	51,7	2,8	33,7	54,0	57,0	49,6	67,9	50,7	58,3
	D.P	7,8	4,5	1,2	30,5	1,1	38,9	31,2	29,6	23,7	35,3	48,1	28,2
Total	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	Média	7	5	1	59	3	47	60	61	57	78	58	67
	D.P	6	4	1	28	1	43	26	23	20	26	45	22
ANOVA		0,003	0,001	0,015	0,172	0,673	0,084	0,185	0,367	0,030	0,037	0,356	0,033

Tabela 8 – Correlação de Pearson entre os domínios dos questionários do MINICHAL e do SF-36

	EM	Somático	CF	AF	Dor	EGS	VIT	AS	AE
EM									
Somático	,677**								
CF	-,494**	-,405**							
AF	-,410**	-,480**	,474**						
Dor	-,439**	-,469**	,578**	,475**					
Saúde	-,463**	-,476**	,294**	,321**	,401**				
VIT	-,566**	-,468**	,437**	,445**	,480**	,511**			
AS	-,650**	-,457**	,428**	,436**	,475**	,394**	,475**		
AE	-,475**	-,525**	,406**	,531**	,294**	,322**	,287**	,448**	
SM	-,629**	-,506**	,354**	,341**	,450**	,554**	,725**	,502**	,360**

* $p < 0,05$ ** $p < 0,001$.

Lima²¹, o domínio vitalidade apresentou o pior escore, com média 56,0. Um baixo escore em vitalidade aponta certo comprometimento dos pacientes hipertensos em relação a ânimo e disposição para enfrentamento de situações cotidianas⁷. No estudo de Gusmão e Pierin²², o resultado foi semelhante ao presente estudo, com média de 56,0. No estudo de Cavalcante⁵, esse domínio obteve uma média de 68,8. O estudo que obteve o escore mais baixo foi o de Souza¹⁴, com média de 45,1. No estudo de Brito e cols.²⁵, obteve-se o valor médio de 63,3, os autores ainda sugerem que conviver com a hipertensão interfere na disposição, ressaltados os comentários relacionados à fadiga ligada à idade, tempo de doença e outros.

Aspectos Sociais (AS). Dentre os demais, esse domínio apresentou o maior escore, com valor médio de 77,8 (DP 26,1), em concordância com outros estudos, nos quais esse domínio também apresentou o maior escore, com valores entre 69,3 a 77,0^{5,21,25}. A influência da HA nesse aspecto pode ser em razão da necessidade de mudar o estilo de vida, incluindo o hábito alimentar, o que algumas vezes implica a ausência a reuniões familiares para evitar a ingestão de alimentos inadequados. Assim, a condição crônica de saúde pode levar a diversas perdas nos relacionamentos sociais, nas atividades de lazer e de prazer, conduzindo o paciente ao comprometimento da QV²⁵.

Aspectos Emocionais (AE). A média nesse domínio foi de 58,3 (DP 44,7), indicando prejuízo na QV dos pacientes.

Conforme Maciel²⁶, outro aspecto que se faz necessário enfatizar é a frequência entre médicos e pacientes de rotularem a doença hipertensiva como “emocional” e “nervosa”, evidenciando uma explicação reducionista da doença. Dessa forma, os pacientes parecem se isentar da responsabilidade de controlar a pressão, mantendo a crença de que seu estado emocional depende dos outros. Isso, provavelmente, implicará o comprometimento da QV.

Saúde Mental (SM). Em relação aos escores encontrados, o valor médio foi de 66,8 (DP 22,1). A HAS, por sua cronicidade, pode interferir diretamente em diversos aspectos da vida do paciente. A autoestima pode ser abalada levando a sentimentos negativos como depressão e ansiedade²⁷. Apenas o fato de o indivíduo ser rotulado como hipertenso pode conduzi-lo a manifestações de ansiedade e insegurança, sendo o esclarecimento da doença um ponto fundamental na redução dessas manifestações²⁸.

Em relação à avaliação da QV pelo questionário específico MINICHAL, os resultados dos domínios foram os seguintes:

Estado Mental (EM). Em relação aos escores encontrados, o valor médio foi de 6,6 (DP 6). Quando comparada ao resultado encontrado no estudo de Schulz e cols.¹⁵, média de 5,3, demonstra uma menor QV nos nossos pacientes. No estudo de validação do MINICHAL na Espanha¹⁶, a média obtida foi de 6,8, similar à encontrada neste estudo.

Estado Somático (ES). O valor médio foi 5,0 (DP 4,1). Outros estudos encontraram valores de 1,8¹⁹ e de 2,8¹⁶, demonstrando que no estudo atual os pacientes apresentam um comprometimento maior na QV.

Não houve correlação entre os níveis de PA e a QV avaliada pelos instrumentos SF-36 e MINICHAL, o que está em acordo com outros trabalhos realizados no Brasil^{8,23}. Entretanto, esses resultados diferem de um estudo chinês²⁹ de base populacional, o qual verificou que em hipertensos com níveis pressóricos controlados a QV era superior à daqueles com níveis pressóricos não controlados.

Em relação à variável sexo, houve diferença significativa no domínio estado mental do MINICHAL e nos domínios de capacidade funcional, dor, limitação por aspectos emocionais e saúde mental do SF-36, demonstrando menor QV no sexo feminino. Esse resultado também foi observado no estudo original do MINICHAL, no qual o sexo feminino obteve pior pontuação no domínio estado mental¹⁶, assim como no estudo de tradução e validação do MINICHAL para o português (Brasil)¹⁵. Um estudo condizente com a pesquisa atual foi o de Liberman³⁰ que, utilizando o SF-36, demonstrou que os pacientes do sexo masculino apresentaram valores maiores, com diferença significativa, em quase todos os domínios desse instrumento.

Mulheres referem mais frequentemente sentimentos de insatisfação e frustração, o que influi na QV, especialmente no domínio psicológico³¹. Além disso, homens têm em geral melhor capacidade para tolerar doenças crônicas sem serem afetados emocionalmente³².

Dentre as comorbidades e fatores de risco CV avaliados, as que estiveram associadas a uma menor QV foram: depressão, obesidade e história familiar de DCV. Indivíduos com diagnóstico de depressão mostraram pior avaliação da QV tanto no SF-36

(nos domínios capacidade funcional, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais e saúde mental) como nos dois domínios do MINICHAL. Esse resultado é semelhante ao estudo de Melchior⁸, onde depressão foi a única variável que influenciou significativamente no resultado da QVRS em todos os domínios de ambos os instrumentos por ela utilizados (MINICHAL e WHOQOL-bref). Isso reforça o forte impacto da depressão na QVRS dos pacientes como já foi observado no Epidemiological Follow-up Study (NHEFS) of the first National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES I)³³.

Quanto à obesidade, os pacientes apresentaram pior avaliação da QV tanto no SF-36 (os domínios vitalidade, aspectos sociais e saúde mental) como nos dois domínios do MINICHAL. No estudo de Magnobosco²³, obesidade e diabetes parecem influenciar a QVRS dos participantes. Os participantes que não possuíam nenhuma dessas comorbidades apresentaram médias maiores dos escores em todos os domínios do SF-36. Quanto à obesidade isoladamente, apenas os domínios aspectos físicos, estado geral de saúde e aspectos emocionais apresentaram resultados estatisticamente significantes. No estudo de Melchior⁸, pacientes obesos obtiveram um comprometimento na QV nos seguintes domínios: estado mental e estado somático (MINICHAL) e domínio físico (WHOQOL-bref). Alguns estudos mostram que obesos têm uma pior percepção da QV³⁴ e verificou-se que melhora na dieta dos pacientes e perda de peso estiveram relacionadas a melhor QV³⁵.

Indivíduos com história familiar de DCV apresentaram pior avaliação no SF-36 no domínio aspectos físicos, estado geral de saúde, aspectos sociais e limitação por aspectos emocionais. No MINICHAL, o estado somático foi o único afetado. No estudo de Melchior⁸, indivíduos com história familiar de DCV apresentaram diferença significativa para o domínio psicológico do instrumento genérico WHOQOL-bref.

Quanto à análise de validade concorrente do MINICHAL, por meio dos índices de correlação, pode-se verificar que o MINICHAL apresentou correlação significativa com o SF-36 em todos os domínios. Houve correlação entre o domínio estado mental (MINICHAL) e o componente mental (domínios saúde mental, aspectos emocionais, aspectos sociais e vitalidade) do SF-36. Essa mesma correlação também foi observada em relação ao domínio manifestações somáticas (MINICHAL) e componente físico (domínios capacidade funcional, aspectos físicos, dor e estado geral de saúde) do SF-36. O MINICHAL demonstrou ser um instrumento útil para avaliação da QV em pacientes hipertensos, cujos resultados apresentaram correlação significativa com o instrumento genérico SF-36.

Limitação do estudo

É necessário enfatizar que os resultados obtidos neste trabalho possuem um diferencial por se tratar de pacientes que pertencem a uma Liga de Hipertensão de um Hospital Universitário, onde provavelmente se encontrem mais informados e assistidos clinicamente, o que pode ter concorrido, por exemplo, para uma maior frequência de pacientes com a PA controlada e um alto nível do conhecimento da doença. No entanto, apesar dessa melhor assistência, os pacientes apresentaram uma diminuição na

QV, o que está de acordo com outros estudos que avaliaram QV em hipertensos.

Conclusão

O MINICHAL apresentou correlação significativa com o SF-36 em todos os domínios, demonstrando ser um instrumento útil para a avaliação da QV em pacientes hipertensos, onde essas medidas de avaliação podem ser úteis no auxílio da escolha do tratamento mais adequado para pacientes hipertensos e em estudos populacionais que visem avaliar a QV dessa população.

Referências

- 1999 World Health Organization – International Society of Hypertension guidelines for the management of hypertension. Guidelines Subcommittee. *J Hypertens*. 2001;19(4):679-82.
- 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.
- Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOWOL Group. *Psychol Med*. 1998;28(3):551-8.
- Diniz DP, Schor N. *Qualidade de vida*. São Paulo: Manole; 2006.
- Cavalcante MA. *Qualidade de vida de pacientes hipertensos em tratamento ambulatorial*. [dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2007.
- Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do Questionário Genérico de Avaliação de qualidade de vida “Medical outcomes study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)” [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1997.
- Silqueira SM. O questionário genérico SF-36 como instrumento de mensuração da qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes hipertensos [tese]. Ribeirão Preto, SP: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2005.
- Melchioris AC. Hipertensão arterial: análise dos fatores relacionados com o controle pressórico e a qualidade de vida [dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2008.
- Schulz RB. Tradução e Validação do Mini Questionário de Qualidade de Vida em Hipertensão Arterial (MINICHAL) para o Português (Brasil) [monografia]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2006.
- World Health Organization – Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: WHO, 1998.
- 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.
- Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol*. 2007;89(3):e24-79.
- Strelec MA, Pierin AM, Mion D Jr. The influence of patient’s consciousness regarding high blood pressure and patient’s attitude in face of disease controlling medicine intake. *Arq Bras Cardiol*. 2003;81(4):349-54.
- Souza WA. *Avaliação da adesão ao tratamento e dos resultados clínicos e humanísticos na investigação da hipertensão arterial resistente* [tese]. Campinas, SP: Universidade Estadual de Campinas; 2008.
- Schulz RB, Rossignoli P, Correr CJ, Fernández-Limós F, Toni PM. Validation of the short form of Spanish hypertension quality of life questionnaire” (MINICHAL) for Portuguese (Brasil). *Arq Bras Cardiol*. 2008;90(2):127-31.
- Badia C, Roca-Cusachs A, Dalfo A, Gascón G, Abellán 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.
- Ware JE Jr, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health survey: manual and interpretation guide. Boston: New England Medical Center; 1993.
- Ware JE Jr, Kosinski M, Bayliss MS, McHorney CA, Rogers WH, Raczec A. Comparison of methods for the scoring and statistical analysis of SF-36 health profile and summary measures: summary of results from the Medical Outcomes Study. *Med Care*. 1995;33(4 Suppl):AS264-79.
- Roca-Cusachs A, Dalfo A, Badia X, Arístegui I, Roset M. Relation between clinical and therapeutic variables and quality of life in hypertension. *J Hypertens*. 2001;19(10):1913-9.
- Melchioris AC, Correr CJ, Pontarolo R, Santos FO, Souza RA. Quality of life in hypertensive patients and concurrent validity of Minichal-Brazil. *Arq Bras Cardiol*. 2010;94(3):337-44.
- Lima JC. Tradução para o português e validação do questionário específico para avaliação da qualidade de vida em hipertensos de Bulpitt e Fletcher [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2002.
- Gusmão JL, Pierin AM. Instrumento de avaliação da qualidade de vida para hipertensos de Bulpitt e Fletcher. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(Esp):1034-43.
- Magnobosco P. *Qualidade de vida relacionada à saúde do indivíduo com hipertensão arterial integrante de um grupo de convivência* [dissertação]. Ribeirão Preto, SP: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2007.
- Black JM, Matassarín-Jacobs L. *Enfermagem médico-cirúrgica: uma abordagem psicofisiológica*. 4ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996.
- Brito DM, Araujo TL, Galvão MT, Moreira TM, Lopes MV. Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(4):933-40.
- Maciel CL. Emoção, doença e cultura: o caso da hipertensão essencial. In: Romano BW. *A prática da psicologia nos hospitais*. São Paulo: Pioneira; 1994. p. 1-38.
- Shapiro AP, Miller RE, King HE, Ginchereau EH, Fitzgibbon K. Behavioral consequences of mild hypertension. *Hypertension*. 1982;4(3):355-60.

Potencial Conflito de Interesses

Declaro não haver conflito de interesses pertinentes.

Fontes de Financiamento

O presente estudo não teve fontes de financiamento externas.

Vinculação Acadêmica

Este artigo é parte de dissertação de Mestrado de Michelle Adler Normando Carvalho pela Universidade Federal do Maranhão.

Artigo Original

28. Moreira TM, Araújo TL. Sistema interpessoal de Imogene King: as relações entre pacientes com hipertensão não aderentes ao tratamento e profissionais de saúde. *Acta Paul Enferm.* 2002;15(3):35-42.
29. Gu D, Reynolds K, Wu C, Chen J, Duan X, Muntner P, et al. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in China. *Hypertension.* 2002;40(6):920-7.
30. Liberman A. Estudo da qualidade de vida em pacientes com urgência hipertensiva [dissertação]. Campinas, SP: Pontifícia Universidade Católica; 2001.
31. Hollis LA. Sex comparisons 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. 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.
33. Gaynes BN, Burns BJ, Tweed DL, Erickson P. Depression and health-related quality of life. *J Nerv Ment Dis.* 2002;190(12):799-806.
34. Fletcher AE, Bulpitt CJ, Tuomilehto J, Browne J, Bossini A, Kawecka-Jaszcz K, et al. Quality of life of elderly patients with isolated systolic hypertension: baseline data from Syst-Eur trial. *Syst-Eur Trial Investigators. J Hypertens.* 1998;16(8):1117-24.
35. Grimm RH Jr, 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.