NÍVEL DE QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES HIPERTENSOS DO SETOR DE REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Felipe Ribeiro, Romy Buck Sonoda, Carolina Takahashi, Dayane Andrade Genoni Corazza, Luiz Carlos Marques Vanderlei.

Universidade Estadual Paulista – UNESP, Departamento de Fisioterapia, Presidente Prudente, SP. E-mail: ribeiro-felipe@outlook.com.

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica promove influência tanto na saúde física quanto na saúde mental de indivíduos hipertensos e avaliar o nível de qualidade de vida desses indivíduos, é de grande importância para fomentar ações educacionais e programas preventivos que visam as mudanças nos hábitos de vida. Assim, o presente estudo tem por objetivo avaliar o nível de qualidade de vida dos pacientes hipertensos que frequentam um programa de reabilitação cardiovascular por meio do questionário MINICHAL. Avaliou-se o nível de qualidade de vida de 46 hipertensos ($66,63 \pm 10,75$) por meio do questionário MINICHAL. Para análise dos dados foi utilizado estatística descritiva. Os indivíduos apresentaram uma média total de $6,52 \pm 5,24$ pontos, $3,93 \pm 3,67$ pontos no domínio mental e $2,57 \pm 2,29$ pontos no domínio somático. Conclui-se que os hipertensos participantes de um programa de reabilitação cardiovascular apresentam baixa pontuação no questionário em questão, refletindo assim, uma boa qualidade de vida.

Palavras-chave: Hipertensão, Doença Cardiovascular, Qualidade de Vida e Reabilitação Cardíaca.

LEVEL OF QUALITY OF LIFE IN HYPERTENSIVE PATIENTS OF THE CARDIOVASCULAR REHABILITATION SECTOR OF THE PUBLIC UNIVERSITY OF SÃO PAULO STATE

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension (SAH) promotes both the physical and mental health of hypertensive individuals and the level of quality of life of these individuals is of great importance to promote educational actions and preventive programs that aim at changes in lifestyle habits. Thus, the present study aims to evaluate the level of quality of life of hypertensive patients who attend a cardiovascular rehabilitation program through the MINICHAL questionnaire. The quality of life of 46 hypertensive patients (66.63 ± 10.75) was evaluated using the MINICHAL questionnaire. Descriptive statistics were used to analyze the data. The subjects had a mean of 6.52 ± 5.24 points, 3.93 ± 3.67 points in the mental domain and 2.57 ± 2.29 points in the somatic domain. It is concluded that the hypertensive participants of a cardiovascular rehabilitation program present low scores in the questionnaire in question, reflecting, thus, a good quality of life.

Keywords: Hypertension, Cardiovascular Disease, Quality of Life and Cardiac Rehabilitation.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é definida por valores persistentes de pressão arterial sistólica acima de 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica acima de 90 mmHg, e sua etiologia está relacionada a causas multifatoriais¹. Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, a HAS está presente em cerca de 36 milhões de indivíduos adultos brasileiros, ou seja, cerca de 32,5% da população na faixa de idade entre 18 a 59 anos¹. Ainda, alguns dados tem mostrado que a HAS atinge cerca de 60% dos indivíduos brasileiros com mais de 60 anos e está relacionada com cerca de 50% de todas as mortes por doenças cardiovasculares (DCV)².

A HAS está relacionada também a diversas complicações sistêmicas que podem ser potencializadas quando existe a presença de fatores de risco cardiovasculares (FR)³, dessa forma, o indivíduo se torna mais suscetível a desenvolver insuficiência renal, acidente vascular cerebral⁴ e principalmente as DCV⁵, que são responsáveis por aproximadamente 15 milhões de mortes a cada ano⁶, por exemplo.

Além disso, vários estudos⁷⁻¹⁰ tem demonstrado que existe uma relação entre um baixo nível de qualidade de vida e a presença da HAS quando relacionada a idade mais avançada, bem como também, a presença de fatores de risco e/ou doenças cardiovasculares.

Como uma alternativa para a melhora da qualidade de vida desses indivíduos, podemos destacar os programas de reabilitação cardiovascular, que incluem a prática de atividade física e ações educacionais que visam a mudança de hábitos diários, contribuindo assim, para uma melhora no nível de qualidade de vida^{11,12}.

Uma das ferramentas mais comumente usadas para a avaliação do nível de qualidade de vida em diversos tipos de população são os questionários auto reportados. Em relação a avaliação do nível de qualidade de vida em indivíduos hipertensos podemos citar o Mini-Questionário de Qualidade de Vida em Hipertensão Arterial (MINICHAL), um questionário específico que abrange o estado mental e as manifestações somáticas, além de uma questão que verifica a influência da hipertensão, bem como o seu tratamento, na qualidade de vida do indivíduo hipertenso¹³.

Diante do impacto que a HAS promove, tanto na saúde física quanto na saúde mental de indivíduos hipertensos, é importante avaliar o nível de qualidade de vida de hipertensos que frequentam programas de reabilitação cardiovascular, afim de promover ações educacionais e programas preventivos que visam as mudanças nos hábitos de vida desses indivíduos. Portanto, o presente estudo tem por objetivo avaliar o nível de qualidade de vida dos pacientes hipertensos que frequentam um programa de reabilitação cardiovascular por meio do questionário MINICHAL.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo transversal realizado com pacientes hipertensos que frequentam um programa de reabilitação cardíaca de uma universidade pública do estado de São Paulo. Como critério de inclusão, consideramos que os indivíduos deveriam apresentar o diagnóstico de HAS, associado ou não a demais fatores de risco cardiovascular e/ou doenças cardiovasculares, fazer ou não uso de fármacos para o tratamento hipertensivo e que estivessem inseridos no programa a pelo menos 01 mês, bem como aceitassem participar do estudo.

Foram excluídos aqueles que não tivessem o diagnóstico de HAS, que não apresentassem condições cognitivas para responder ou entender plenamente os questionamentos realizados e aqueles que se recusaram a participação do estudo. Os procedimentos do estudo foram aprovados pelo Comitê de Ética em pesquisa da FCT/UNESP – P. Prudente (CAAE nº: 35535724.9.0000.5402). Todos os voluntários foram devidamente informados sobre os procedimentos e objetivos deste estudo e após concordarem, assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

Um total de 46 indivíduos participaram do estudo. Para a caracterização da população inicialmente foi realizada uma avaliação física, composta por mensuração do peso corporal por

meio de uma balança digital eletrônica (Plenna, Lumina mea 02550, Brasil) com o voluntário sem sapatos e vestindo roupas leves, bem como a de sua estatura, realizada por meio de um estadiômetro (Sanny, Personal Caprice, Brasil) com o voluntário em posição ereta e sem sapatos. A partir dos dados obtidos foi calculado o índice de massa corporal (IMC) pela seguinte equação: $IMC = \text{peso}/\text{altura}^2 \text{ (kg/m}^2\text{)}$ ¹³.

Ainda, foi realizada a mensuração da pressão arterial de forma indireta, seguindo as recomendações da 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial¹. Para essa medida o indivíduo permaneceu em repouso por 3 a 5 minutos na posição sentada e, posteriormente, um esfigmomanômetro aneróide (Welch Allyn - Tycos, New York, USA) foi posicionado no seu braço esquerdo e a ausculta dos batimentos foi realizada por meio de um estetoscópio (Littmann, Saint Paul, USA).

Por fim, foi feita a avaliação da qualidade de vida dos indivíduos por meio do questionário MINICHAL. O instrumento em questão, contém 16 questões de múltipla escolha organizadas em dois fatores: Estado Mental (10 questões), Manifestações Somáticas (6 questões) e uma questão para verificar como o paciente avalia que a hipertensão e o seu tratamento têm influenciado na sua qualidade de vida¹⁴.

As perguntas realizadas apresentam pontuação de 0 (Não, absolutamente) a 3 (Sim, muito), sendo que a pontuação máxima para o Estado Mental é de 30 pontos e para as Manifestações Somáticas é de 18 pontos¹⁴. Os resultados mais próximos a 0 indicam um melhor nível de qualidade de vida, quanto que valores mais altos indicam um pior nível de qualidade de vida. A questão 17, que avalia a percepção geral de saúde do paciente, não é incluída em nenhum dos dois domínios¹³.

Para análise dos dados foi utilizado estatística descritiva e os resultados foram apresentados em média, desvio-padrões, números absolutos e percentuais.

RESULTADOS

A tabela 1 mostra os valores médios, seguidos de seus respectivos desvio padrões, e valores mínimos e máximos das variáveis idade, peso, altura, IMC, PAS e PAD dos voluntários analisados.

Tabela 1. Características dos indivíduos com HAS avaliados.

Variáveis	Média ± DP	Mínimo/Máximo
Idade (anos)	66,63 ± 10,75	[39,00 – 85,00]
Peso (Kg)	81,44 ± 14,57	[53,00 – 109,30]
Altura (m)	1,66 ± 0,10	[1,47 – 1,90]
IMC (Kg/m ²)	29,59 ± 4,42	[20,65 – 39,28]
PAS (mmHg)	122,83 ± 17,21	[90,00 – 160,00]
PAD (mmHg)	75,65 ± 12,23	[60,00 – 90,00]

Legenda: DP = Desvio padrão; kg = quilogramas; m = metros; mmHg = milímetros de mercúrio; PAS = pressão arterial sistólica; PAD = pressão arterial diastólica.

Levando em consideração o nível de qualidade de vida geral, os indivíduos apresentaram uma pontuação média de $6,52 \pm 5,24$ (mediana = 5), sendo o máximo 48 pontos. Cerca de 89,13% (N = 41) dos indivíduos apresentaram resultados entre 0 – 12 pontos, 8,69% (N = 4) entre 13 – 24 pontos, 2,19% (N = 1) entre 25 – 36 pontos e nenhum indivíduo apresentou pontuação entre 37 – 48 na soma total.

Em relação ao domínio do estado mental, os indivíduos apresentaram uma média de $3,93 \pm 3,67$ (mediana = 4) de um máximo de 30 pontos. Dos indivíduos analisados 93,47% (N = 43) apresentaram pontuação para o estado mental entre 0 – 10 pontos, 4,34% (N = 2) entre 11 – 20 pontos e 2,19% (N = 1) apresentou resultados entre 21 – 30 pontos.

Quanto ao domínio somático, os indivíduos apresentaram uma pontuação média de $2,57 \pm 2,29$ (mediana = 2) de um máximo de 18 pontos. Um total de 91,30% (N = 42) apresentou resultados entre 0 a 6 pontos, 8,70% (N = 4) tiveram resultados entre 7 a 12 pontos e nenhum indivíduo apresentou resultados entre 13 a 18 pontos.

Um total de 2,10% (N = 1) relatou que a HAS e o tratamento afetam muito sua qualidade de vida, 4,34% (N = 2) relataram que afetam bastante e 93,47% (N = 43) relataram que a HAS e o tratamento afetam em nada ou pouco a sua qualidade de vida.

DISCUSSÃO

Por meio do presente estudo pode-se identificar que a maior parte dos hipertensos frequentadores dos PRCV apresentam uma baixa pontuação no instrumento de avaliação em questão, sugerindo que esses indivíduos tem uma boa qualidade de vida, visto que os resultados próximos a 0 são mais satisfatórios.

Em relação a idade dos hipertensos, os resultados apontam indivíduos com média de idade de $66,63 \pm 10,75$ anos. Segundo Malta et al. 2017¹⁵ em um estudo brasileiro e populacional, a prevalência de HAS é de 60,4% quando a faixa etária em questão é maior ou igual a 65 anos. O estudo afirma ainda que indivíduos entre 35 – 44 anos apresentam uma prevalência de 19,8% relacionada a HAS, justificando assim, os indivíduos presentes em nossos resultados com idade inferior a 65 anos.

Quanto aos valores de IMC, observa-se que os indivíduos apresentam valores acima de $25,00 \text{ kg/m}^2$, o que corresponde a um risco pouco elevado de desenvolver DCV¹³. Segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial, a associação da HAS com a obesidade promove diversas modificações negativas para o organismo, como por exemplo, resistência à insulina, alteração do sistema renina-angiotensina, aumento da atividade simpática e disfunção endotelial vascular¹⁶, portanto é fundamental o controle da obesidade nos pacientes hipertensos.

A maioria dos indivíduos avaliados apresentam valores de PA médios dentro da normalidade, o que pode ser justificado pelo tipo de tratamento que os mesmos realizam, onde além da utilização de fármacos, os indivíduos estão inseridos em um programa de exercícios físicos supervisionados, o que também auxilia no controle da PA. Entretanto, ao analisarmos os dados máximos e mínimos, observamos que existem pacientes que não estão dentro dos valores de normalidade, o que pode ser justificado devido a algum evento adverso e que possivelmente não alteraria o resultado do teste de qualidade de vida.

Em relação aos resultados obtidos por meio do questionário MINICHAL, os hipertensos avaliados apresentaram uma pontuação baixa, o que reflete uma qualidade de vida considerada boa.

O estudo de Silva et al.¹⁷ comparou o nível de qualidade de vida em uma população hipertensa e normotensa com idade ≥ 65 anos, e demonstrou que os indivíduos hipertensos apresentaram uma pior de qualidade de vida quando comparada a dos indivíduos normotensos, entretanto, todos os indivíduos analisados no estudo foram classificados como sedentários.

Esses achados divergem dos achados do nosso estudo, uma vez que os nossos indivíduos estão inseridos em um programa de reabilitação cardiovascular composto por prática de atividade física regular, bem como medidas preventivas e educativas, o que podem contribuir de forma positiva e significativa para a melhora da qualidade de vida dessa população, justificando assim a baixa pontuação presente na avaliação dos hipertensos.

Os nossos resultados ainda indicam que os indivíduos hipertensos apresentam uma menor pontuação no estado somático, quando comparado com o estado mental, sugerindo que nesses indivíduos o quadro de HAS tem maior efeito sobre o estado mental do que o estado somático. Esse resultado parece indicar que o programa de reabilitação cardiovascular desempenha um importante papel para o controle de possíveis sintomas associados a HAS.

Por fim, a maior parte dos indivíduos em questão relataram que a HAS e o tratamento para a mesma não interfere de maneira significativa ou apresentam limitações em seu nível de qualidade de vida, o que representa que os mesmos consideram sua qualidade de vida “boa”.

Novos estudos podem ser conduzidos sobre o nível de qualidade de vida em indivíduos hipertensos, uma vez que a partir do instrumento de avaliação utilizado no presente estudo, torna-se possível comparar a influência de diferentes PCRV, diferentes intervenções de promoção à saúde e diferentes formas de tratamento para a HAS.

CONCLUSÃO

A partir dos achados, conclui-se que indivíduos hipertensos frequentadores de um programa de reabilitação cardiovascular apresentaram uma baixa pontuação no questionário MINICHAL, o que representa resultados considerados satisfatórios para uma “boa” qualidade de vida. Ainda, os indivíduos em questão apresentam menor pontuação no aspecto somático, quando comparado ao aspecto mental.

REFERÊNCIAS

1. Malachias MVB, Souza WKS, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol* 2016; 107(3Supl.3):1-83.
2. Scala LC, Magalhães LB, Machado A. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica. In: Moreira SM, Paola AV; Sociedade Brasileira de Cardiologia. Livro Texto da Sociedade Brasileira de Cardiologia. São Paulo: Manole. 2015;2:780-5.
3. Radovanovic CAT, Santos LA, Carvalho MDB, Marcon SS. Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014;22(4):547-53. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3345.2450>.
4. Noblat ACB, Lopes MB, Lopes GB, Lopes AA. Complicações da Hipertensão Arterial em Homens e Mulheres Atendidos em um Ambulatório de Referência. *Arq Bras Cardiol*. 2004; 83(4):308-13. <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2004001600006>.
5. Mendis S, Puska P, Norrving B. World Health Organization (WHO) Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control. Geneva: World Health Organization; 2011.
6. Simão M, Hayashida M, Santos CB et al. Hypertension among undergraduate students from Lubango, Angola. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2008;16:672-78. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692008000400004>.
7. Arbex FS, Almeida EA. Qualidade de vida e hipertensão arterial no envelhecimento. *Rev Bras Clin Med*. 2009; 7(5):339-342.
8. Carvalho ED, Valadares ALR, Costa-Paiva LH, Pedro AO, Moraes SS, Pinto-Neto AM. Atividade física e qualidade de vida em mulheres com 60 anos ou mais: fatores associados. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. 2010; 32(9):433-440.

9. Wang HM, Beyer M, Gensichen J, Gerlach FM. Health-related quality of life among general practice patients with differing chronic diseases in Germany: cross sectional survey. *BMC Public Health*. 2008;8:246.
10. Wang R, Zhao Y, He X, Ma X, Yan X, Sun Y, et al. Impact of hypertension on health-related quality of life in a population-based study in Shanghai, China. *Public Health*. 2009; 123(8):534-539.
11. Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge. Doenças Cardiovasculares. Brasil. 2016.
12. Sociedade Brasileira de Cardiologia - SBC. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, *Arq. Bras. Cardiol*. 2007;89(3) e24-e79.
13. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica Diretrizes brasileiras de obesidade 2016 / ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. – 4.ed. - São Paulo, SP. Disponível em: <https://goo.gl/khYCDs>.
14. Schulz RB, Rossignoli P, Correr CJ, Fernández-Llimós F, Toni PM. Validação do Mini-Questionário de Qualidade de Vida em Hipertensão Arterial (MINICHAL) para o Português (Brasil). *Arq Bras Cardiol*. 2008; 90(2):139-144.
15. Deborah Carvalho Maltal, Regina Tomie Ivata Bernalli, Silvânia Suely Caribé de Araújo Andradell, Marta Maria Alves da SilvaV, Gustavo Velasquez-MelendezI. Prevalência e fatores associados com hipertensão arterial autorreferida em adultos brasileiros. *Rev Saude Publica*. 2017;51 Supl 1:11s. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000006>.
16. Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial - SBHA. Obesidade e hipertensão arterial. *Hipertensão*. 2009; 12(1): 4–12.
17. Silva PS, Tibana RA, Sousa NMF, Pinheiro VDC, Santos RA, Bastos ESM, et al. Qualidade de vida e nível de atividade física de idosos normotensos e hipertensos cadastrados na estratégia de saúde da família. *Rev Bras Ativ Fís Saúde* 2016;21(3):222-229. DOI: <http://10.12820/rbafs.v.21n3p222-229>.