

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE INDIVÍDUOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL*

HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE AMONG PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE INDIVIDUOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Patrícia Magnabosco¹
Maria Suely Nogueira²

RESUMO

Introdução: A qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) dos hipertensos é menor se comparada com a população geral. A avaliação da QVRS dos hipertensos pode servir de subsídio para os profissionais de saúde no planejamento de estratégias mais eficazes na assistência dessa população. **Objetivos:** Identificar as dimensões de maior impacto na qualidade de vida relacionada à saúde de indivíduos com hipertensão arterial, utilizando instrumento genérico de avaliação. **Material e métodos:** Foi realizado um estudo descritivo do tipo transversal com 131 sujeitos com diagnóstico de hipertensão arterial, residentes no município de Sacramento-MG, cadastrados no grupo de convivência. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi o Medical Outcomes Short-Form Health Survey (SF-36). Para análise dos dados, foi utilizado o programa Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 11.5. A análise descritiva foi realizada por meio de tabelas e gráficos de distribuição de frequência e medidas descritivas como média e desvio-padrão. **Resultados:** Dos 131 sujeitos, 98 eram mulheres e 33 homens, a maioria idosa 88 (67,2%), com predomínio na faixa etária de 60 a 69 anos 43 (32,8%). As dimensões do SF-36 que obtiveram menores escores foram vitalidade (64,4) e dor (70,3), enquanto as dimensões que apresentaram maiores escores foram aspectos sociais (86,7) e capacidade funcional (79,4). As dimensões que mais impactaram a QVRS dessa população coincidiram com os achados de outros estudos. **Conclusão:** Os resultados colaboram no planejamento, execução e avaliação dos profissionais de saúde na busca de meios efetivos que vão ao encontro da melhoria da qualidade de vida dessa população.

Palavras-chave: Qualidade de Vida; Hipertensão.

ABSTRACT

Introduction: Health-related quality of life (HRQoL) among patients with high blood pressure is reduced when compared to the general population. The evaluation of factors that influence HRQoL may be useful to elaborate a more efficient treatment planning for this population. **Aims:** This study aims to identify the main variables that reduce HRQoL in patients with high blood pressure by using a generic tool for evaluation. **Methods and Materials:** We performed a cross-sectional descriptive study with 131 individuals over 18 years of age who suffered from high blood pressure. All patients lived in the city of Sacramento - MG and had been attending a support group for at least one year before the interview. **Data were collected using** the Medical Outcomes Short-Form Health Survey (SF-36). **Results:** Out of 131 patients, 98 were female and 33 were male. Most patients were elderly (67.2%) and the most frequent age range was 60 to 69 years old (32.8%). The SF-36 dimensions with the lowest scores were: vitality (64.4) and pain (70.3), whereas the dimensions with the highest scores were: social functioning (86.7) and functional status (79.4). The factors which most influenced the HRQoL were similar to other studies. **Conclusion:** These results may help health care providers to plan, perform and evaluate effective ways to improve quality of life in this population.

Key words: Quality of Life; Hypertension.

RESUMEN

Introducción: La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en hipertensos es inferior a la de la población en general. La evaluación de la CVRS de hipertensos podrá ayudar a que los profesionales de la salud planifiquen estrategias más eficaces para atender a dicha población. **Objetivos:** Identificar las dimensiones de mayor impacto en la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en individuos con hipertensión arterial utilizando instrumentos genéricos de evaluación. Fue realizado un estudio descriptivo transversal con 131 sujetos con más de 18 años diagnosticados con hipertensión arterial, residentes en el municipio de Sacramento - MG registrados en esta comunidad por un período mínimo de un año anterior a la fecha de la entrevista. El instrumento utilizado para recoger los datos fue el Medical Outcomes Short-Form Health Survey (SF-36). **Resultados:** entre los pacientes había 98 mujeres y 33 varones, la mayoría eran personas mayores 88 (67,2%), 43 entre 60 y 69 años (32,8%). Las dimensiones del SF-36 mejor clasificadas fueron: Vitalidad (64,4) y dolor (70,3) y las peores: Aspectos sociales (86,7) y capacidad funcional (79,4). Las dimensiones que más impactaron la CVRS de esta población fueron las mismas de otros estudios anteriores. **Conclusión:** Los resultados sirven para los profesionales de la salud descubran, planifiquen, ejecuten y evalúen medios efectivos para mejorar la calidad de vida de esta población.

Palabras clave: Calidad de Vida; Hipertensión.

* Este trabalho apresenta parte dos resultados da dissertação de mestrado "Qualidade de vida relacionada a saúde entre hipertensos participantes de um grupo de convivência" da autora principal, defendido em agosto de 2007 pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP.

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação do Departamento Enfermagem Geral e Especializada da EERP/USP. Docente da Universidade Federal de Uberlândia-MG. E-mail:magnabosco@famed.ufu.br.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da EERP-USP. E-mail: msnog@eerp.usp.br. Endereço para correspondência: Av. Mato Grosso, 3.545 - Bairro Umuarama - CEP: 38405-314. Uberlândia-MG.

INTRODUÇÃO

Desde 1948, quando a OMS definiu saúde como não apenas a ausência de doença, mas também como bem-estar físico, mental e social, a qualidade de vida tem sido constantemente muito importante na prática dos cuidados de saúde e pesquisas.¹

O tema “qualidade de vida” tem despertado o interesse de pesquisadores das várias áreas da saúde em todo o mundo. Uma busca na base de dados MEDLINE/PUBMED, utilizando como descritor *quality of life* (qualidade de vida), demonstrou um crescente número de estudos nas últimas décadas. Entre 1970 e 1980, foram localizados 573 artigos e, a partir de 2001 a 2006, esse número aumentou para 27.931 artigos sobre o tema.²

No Brasil, em uma revisão bibliográfica da produção acadêmica sobre a temática “qualidade de vida” em quatro universidades públicas do Estado de São Paulo, entre 1999 e 2001, verificou-se que 70,9% das pesquisas incluíam essa variável.³

A discussão sobre qualidade de vida ganhou relevância. O avanço tecnológico na medicina e o desenvolvimento de novas drogas aumentaram a preocupação com a qualidade de vida, uma vez que esses fatores podem influenciá-la.⁴

Associar uma doença crônica com qualidade de vida tem sido um desafio para os profissionais da saúde, para as pessoas que vivenciam a doença crônica e para seus familiares.⁵

Diversos motivos justificam o interesse na pesquisa em Qualidade de Vida (QV), especialmente nos casos de doenças crônicas: conhecimento do impacto da doença sobre as atividades diárias, avaliação do impacto dos tratamentos com intenção de cura ou paliativos, obtenção de informações que permitam a comparação entre diferentes tratamentos, possibilidade de melhoria dos cuidados e reabilitações, avaliação das preferências do paciente perante o tratamento proposto,⁶ e, ainda, respaldo de decisões de políticas de saúde direcionadas à diminuição do ônus das doenças.⁷

Qualidade de vida é um conceito amplo, subjetivo e polissêmico que tem motivado inúmeros estudos na área da saúde, especialmente voltados para pessoas com doenças crônicas. Trata-se de “uma noção eminentemente humana que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial”⁸

A qualidade de vida compreendida subjetivamente é um objeto de prioridade no planejamento, na implementação e na avaliação das políticas de saúde e das decisões de tratamento⁹. A QV engloba, de modo geral, a percepção da saúde e seu impacto sobre as dimensões sociais, psicológicas e físicas.⁸

No contexto da avaliação de resultados de ensaios clínicos e na aplicação específica da prática clínica, que inclui aspectos relacionados à saúde, mas exclui outros

fatores mais genéricos contemplados na abordagem ampliada do conceito de QV como rendimento, liberdade e qualidade do meio ambiente, a expressão mais usada é “qualidade de vida relacionada à saúde” (QVRS) – *health related quality of life*.⁸⁻¹⁰

Na tentativa de distinguir os conceitos de QV e QVRS, alguns autores atribuem ao primeiro o significado do bem-estar do indivíduo de modo mais generalizado, que é determinado tanto pelo estado de saúde como por outras variáveis, tais como relações sociais, situação de trabalho, dentre outras. Já QVRS corresponde aos aspectos de saúde valorizados pelas pessoas e que se sobrepõem aos componentes da QV geral. Explicam os autores que essa área de sobreposição compreende os estados de saúde e funções que são valorizados pelas pessoas e que influenciam diretamente a percepção subjetiva de bem-estar. Ressaltam que as medidas de saúde (estado e função de saúde) podem ser categorizadas como aquelas que as pessoas intrinsecamente valorizam (por exemplo, a habilidade de caminhar sem sentir falta de ar) e aquelas que não são valorizadas da mesma forma (por exemplo, o desempenho em testes laboratoriais), não dependendo, necessariamente da avaliação subjetiva das pessoas.¹¹

Outros autores conceituam QVRS como a expressão que engloba outros conceitos, tais como a percepção da saúde, as funções sociais, psicológicas e físicas, bem como os danos a eles relacionados.^{12,13} A QVRS é definida como o valor atribuído à vida, ponderado pelas deteriorações funcionais, as percepções e condições sociais que são induzidas pela doença, agravos, tratamentos, e a organização política e econômica do sistema assistencial.¹² Um conceito similar apresenta a QVRS como o valor atribuído à duração da vida quando modificada pela percepção de limitações físicas, psicológicas, funções sociais e oportunidades influenciadas pela doença, tratamento e outros agravos, tornando-se o principal indicador para a pesquisa avaliativa sobre o resultado de intervenções.¹³

Portanto, os referidos autores, destacam a dependência das respostas subjetivas dos pacientes na medida da QVRS como o fator que a diferencia dos outros aspectos do estado de saúde.

Ainda não existe um consenso entre os autores sobre o conceito de qualidade de vida e também de QVRS, dada a complexidade e a subjetividade do assunto. Na tentativa de chegar numa totalidade, novos temas passam a englobar sua definição. No entanto, para este estudo, consideramos como conceito de qualidade de vida relacionada à saúde aquele que abrange atributos valorizados pelo paciente incluindo a sensação de bem-estar, as atividades para as quais eles são capazes de manter razoável função física, emocional e intelectual, e o grau no qual eles conservam suas habilidades para participar das atividades de valores na família, no trabalho e na comunidade.¹⁴

Ao acompanharmos os pacientes com hipertensão, é importante considerarmos que os métodos usados para reduzir a pressão arterial não devem interferir na qualidade de vida desses pacientes.¹⁵

Alguns autores citam fatores que podem ser influentes na qualidade de vida dos pacientes hipertensos: os efeitos colaterais das drogas, as doenças que podem estar associadas à hipertensão, a necessidade de mudanças no hábito de vida e, também, o simples diagnóstico da doença, o qual provoca, aparentemente, a perda do silêncio do corpo e a lembrança da doença como fator de mortalidade.¹⁶ Contudo, outros autores concluem que por ser a hipertensão arterial sistêmica (HAS) uma doença frequentemente assintomática, torna-se importante a avaliação da qualidade de vida dos sujeitos hipertensos a fim de contribuir para adequação do plano terapêutico.¹⁷

Em estudo realizado para avaliar a percepção da gravidade da doença e da qualidade de vida entre adultos hipertensos, concluiu-se que, embora a HAS seja doença grave que leva a sérias complicações cardiovasculares, na visão do hipertenso, sua doença não é grave e sua qualidade de vida é boa.¹⁸

Outro estudo com 5.404 pessoas, usando o instrumento Medical Outcomes Short-Form Health Survey (SF-36), mostrou que, mesmo com a ideia tradicional de que HAS é uma doença assintomática, pessoas com HAS têm pior qualidade de vida relacionada à saúde do que as não hipertensas.¹⁷ Alguns autores afirmam que isso se deve ao fato de perceberem que a saúde deles irá piorar se souberem que são portadores de uma doença crônica.^{19,20}

Com este trabalho, objetivou-se avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde em indivíduos com hipertensão arterial participantes de um grupo de convivência.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo exploratório de corte transversal e abordagem quantitativa.

Os dados foram obtidos por meio do cadastro de pacientes com hipertensão arterial do grupo "Renascer" junto à equipe do Centro de Referência de Especialidades e Serviços (CRES). A população deste estudo foi estimada em 180 sujeitos com hipertensão arterial, a fim de assegurar melhor representatividade, devidamente inscritos no grupo "Renascer" do Centro de Referência de Especialidades e Serviços (CRES) do Município de Sacramento-MG.

Dos 180 pacientes com hipertensão arterial, 21 foram excluídos do estudo em razão da incompatibilidade com os critérios de inclusão, 22 não foram localizados e 6 foram a óbito. Portanto, a população do estudo foi composta por 131 pacientes com hipertensão arterial participantes do grupo "Renascer".

Os critérios de inclusão foram: sujeito com diagnóstico de hipertensão arterial, ter se cadastrado no grupo de educação em saúde no período mínimo de um ano anterior à data da coleta de dados (entrevista), morar no município de Sacramento-MG, ter idade superior a 18 anos, consentir em participar da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada no período entre o final do mês de maio ao final do mês de agosto de 2006.

Na coleta de dados, optou-se por trabalhar com dois avaliadores. As entrevistas que abordaram a questão da QVRS foram realizadas por uma pessoa que não possuía vínculo com o grupo e que fora previamente treinada pela autora deste estudo. As outras informações da pesquisa foram obtidas pela autora e pesquisadora principal do estudo.

O formulário usado para coleta de dados sociodemográficos e clínicos foi previamente submetido a pré-teste com cinco pacientes com as mesmas características da população em estudo, quando possíveis falhas na formulação das questões poderiam ser identificadas, a clareza dos itens poderia ser confirmada, bem como a necessidade de adequação do vocabulário. O formulário constituiu-se por um questionário contendo questões fechadas e abertas abrangendo: dados sociodemográfico e econômico, comorbidades, uso de medicamentos, tempo (anos) progressão da HAS.

Para avaliar a QVRS, foi utilizado o Medical Outcomes Short-Form Health Survey (SF-36)²¹ na versão em língua portuguesa.²² O SF-36 é um instrumento genérico de avaliação de QVRS com 36 itens distribuídos entre 8 domínios: capacidade funcional (10), aspectos físicos (4 itens), dor (2 itens), estado geral de saúde (5), vitalidade (4), aspectos sociais (2 itens), aspectos emocionais (3 itens), saúde mental (5 itens) e mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e a de um ano atrás. A abrangência do escore total do SF-36 é de 0 a 100 (0 pior QVRS e 100 melhor QVRS).²²

A utilização do SF-36 na avaliação do ônus das doenças e na comparação de doenças específicas com o padrão da população geral é demonstrada em inúmeros artigos abrangendo mais de 200 doenças e condições. Dentre essas doenças estudadas, a hipertensão arterial está entre as mais frequentes.²³

O interesse internacional pelo SF-36 tem aumentado. A tradução do SF-36 foi realizada em mais de 60 países e tem sido tema de destaque em de mais de 800 publicações.²⁴

A escolha do SF-36 para este estudo ocorreu por ser um instrumento traduzido e validado no Brasil,²⁵ bem desenhado, multidimensional, de fácil e rápida administração e compreensão e de utilização em diversas doenças crônicas, além de ótima confiabilidade, apresentando α de Cronbach de 0,90 em um trabalho realizado com pacientes portadores de artrite.²²

A análise descritiva foi apresentada por meio de tabelas e gráficos, com distribuição de frequência e medidas descritivas como média, mediana e desvio-padrão.

Para analisar a consistência interna das respostas dos domínios do SF-36, foi utilizado alfa (∞) de Cronbach. As correlações entre os domínios do SF-36 e outras variáveis contínuas foram calculadas com o teste de correlação de Spearman.

Foi utilizado o programa SPSS *Windows Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 11.5.

Para a realização desta pesquisa foi obtida, inicialmente, autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Sacramento-MG, órgão responsável pelo grupo de educação em saúde. Posteriormente, foi submetida à análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Em todas as entrevistas realizadas era entregue ao indivíduo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, garantindo, assim, sua autorização para a participação na pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos pacientes participantes, 98 eram mulheres e 33 homens, a maioria idosa 88 (67,2%), com predomínio da faixa etária de 60 a 69 anos 43 (32,8%). Quase a metade, 65 (49,6%), ganhava entre um a dois salários mínimos e 47 (35,8%) ganhava menos de um salário mínimo.

A TAB. 1 apresenta as médias, desvios-padrão, medianas, amplitudes interquartílicas, mínimos, máximos e alfa de Cronbach para cada item do SF-36.

TABELA 1 – Estatística descritiva e coeficiente alfa de Cronbach dos domínios do SF-36. Sacramento-MG, 2007

Domínios-SF-36	Média	Desvio-padrão	Mediana	Mínimo	Máximo	Amplitude interquartílica	α Cronbach
Capacidade funcional(10)	79,4	16,1	85,0	0,0	100,0	15,0	0,85
Aspectos físicos (4)	72,9	43,4	100,0	0,0	100,0	75,0	0,98
Dor (2)	70,3	23,2	72,0	22,0	100,0	49,0	0,91
Estado geral de saúde (5)	75,8	13,6	82,0	12,0	100,0	10,0	0,77
Vitalidade (4)	64,4	19,3	70,0	15,0	100,0	25,0	0,83
Aspectos sociais (2)	86,7	20,1	100,0	25,0	100,0	25,0	0,81
Aspectos emocionais (3)	75,8	42,3	100,0	0,0	100,0	33,3	0,99
Saúde mental (5)	76,2	16,0	80,0	24,0	100,0	20,0	0,83

Em todas, os domínios do SF-36 obteve-se uma consistência interna, medida pelo (α) de Cronbach, superior a 0,70, sendo que o menor valor foi 0,77 e o maior, 0,99 indicando consistência do instrumento.

Os valores médios dos escores encontrados variaram de 64,4 a 86,7. Considerando que o escore do SF-36 possui abrangência de 0 a 100, onde 0 representa o pior estado e 100 o melhor, e os valores obtidos neste estudo foram acima de 50 para todas as dimensões, verificamos que os sujeitos da pesquisa perceberam que tinham uma boa QVRS.

As dimensões que apresentaram maiores médias foram: aspectos sociais (86,7), capacidade funcional (79,4) e saúde mental (76,2). As que apresentaram menores escores foram: vitalidade (64,4), dor (70,3) e aspectos físicos (72,9). Percebe-se que os domínios referentes à saúde físicas afetaram mais a QVRS dos hipertensos que os domínios referentes à saúde mental. Esse resultado foi também demonstrado em outros estudos realizados nesta população.^{26,27}

Em estudo realizado na Suécia com o objetivo de comparar a QVRS de hipertensos e não hipertensos, utilizando o SF-36, os autores observaram que os hipertensos apresentaram escores menores em todos

os domínios comparados à população geral, exceto para os componentes aspectos emocionais e saúde mental. O domínio que apresentou menor escore foi estado geral de saúde, enquanto o aspecto social apresentou maior escore.¹⁷ Em nosso estudo, o valor do componente aspecto social também foi o mais elevado entre os oito componentes.

Em outro estudo, também utilizando o SF-36 para avaliar a QVRS de indivíduos com hipertensão, os resultados revelaram comprometimento dos sujeitos hipertensos em relação à vitalidade, domínio que apresentou escores menores (56), enquanto que os aspectos sociais apresentaram escores maiores (77).²⁸

Um estudo desenvolvido com 256 sujeitos hipertensos utilizando o SF-36 objetivando descrever a QVRS dessa população revelou, também, resultados semelhantes: o domínio vitalidade apresentou menores escores (64,7) e o domínio aspectos sociais maiores escores (87,7).²²

Observou-se também, nos estudos citados, escores menores no domínio vitalidade, que é composto de quatro itens relacionados a vigor, energia, esgotamento e cansaço, e escores maiores no domínio aspectos sociais, que é composto por dois itens relacionados à interferência dos problemas físicos ou emocionais nas

atividades sociais normais. Os resultados foram similares aos do nosso estudo.

Uma explicação para esses resultados, referentes aos valores baixos dos escores do domínio vitalidade, seria a associação da hipertensão com sintomas de cefaleia, ansiedade e astenia. Outra explicação seriam os efeitos colaterais dos medicamentos anti-hipertensivos, como mudanças de humor, fadiga e distúrbio do sono.^{29,30}

Outro estudo mostrou a relação de alguns sintomas com os níveis pressóricos alterados, em que pessoas hipertensas com PA diastólica acima de 95 mmHg relataram significantes sintomas de ansiedade e distúrbios do sono mais que pessoas hipertensas limítrofes ou normotensas.³¹

Por ser a hipertensão uma doença crônica e na maioria das vezes considerada assintomática pelos pacientes, a dor não constitui um sintoma frequente. A queixa de dor aparece em decorrência de outras patologias ou da

presença das complicações da hipertensão, como o infarto agudo do miocárdio.³²

Ainda no estudo desenvolvido com 256 hipertensos, a dor ocupou o terceiro pior escore, 41,4% responderam que a intensidade da dor no corpo era muito grave, geralmente decorrente de problemas de mobilidade (dores articulares e na coluna lombar).²⁷

Neste estudo, a dor representou o segundo pior escore. A maioria (30,5%) dos hipertensos cadastrados no grupo respondeu que a intensidade da dor no corpo era moderada. Apenas 5,3% responderam que era grave e nenhum respondeu que era muito grave.

Na TAB. 2, encontram-se os coeficientes de correlação de Spearman entre as dimensões do SF-36 e as variáveis sociodemográficas, econômicas e clínicas para os 131 indivíduos com hipertensão arterial cadastrados no grupo de convivência.

TABELA 2 – Correlação de Spearman entre as dimensões do SF-36 e as variáveis sociodemográficas, econômicas e clínicas. Sacramento-MG, 2007

Variáveis sociodemográficas, econômicas e clínicas	Capacidade funcional	Aspectos físicos	Dor	Estado geral de saúde	Vitalidade	Aspectos sociais	Aspectos emocionais	Saúde mental
Anos de estudo	0,12	0,01	0,12	0,28**	0,16	0,06	0,10	0,08
Renda familiar	0,24**	0,18*	0,07	0,15	0,21*	0,24**	0,20*	0,24**
Numero de medicamentos	-0,09	-0,03	-0,07	-0,02	-0,02	-0,11	0,00	-0,09
Numero de morbidade	-0,36**	-0,23**	-0,28**	-0,09	-0,35**	-0,34**	-0,22*	-0,37**
Tempo(anos) progressão da HAS	-0,07	0,01	-0,01	-0,03	-0,007	-0,018	0,02	-0,002

** Estatisticamente significante para $p < 0,01$, na hipótese de que o grupo estudado constituísse uma amostra probabilística de uma população com características similares

* Estatisticamente significante para $p < 0,05$, na hipótese de que o grupo estudado constituísse uma amostra probabilística de uma população com características similares

Foram investigadas, neste estudo, nove comorbidades: diabetes *mellitus* (DM), insuficiência renal (IR), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca congestiva (ICC), acidente vascular encefálico (AVE), insuficiência coronariana obstrutiva (ICO), angina do peito, obesidade e doença vascular periférica (DVP). A constatação da presença ou não dessas morbidades entre os participantes foi verificada por meio dos prontuários dos sujeitos.

A maioria dos participantes – 90 (68,8%) – apresentou pelo menos uma dessas morbidades, sendo que 54 (41,2%) apresentavam apenas uma e 20 (15,3%) apresentavam duas morbidades. Entre as comorbidades de maior frequência, em ordem decrescente, foram encontradas a obesidade 41(30,5%), a diabetes *mellitus* 21(16%) e a ICO 17 (13%).

O número de comorbidades apresentou correlação na qualidade de vida dos participantes. Essa constatação foi confirmada pelo teste de coeficiente de correlação de Spearman com resultado negativo e estatisticamente significante para todos os domínios do SF-36, exceto para estado geral de saúde (TAB. 2).

Os participantes que faziam uso de um ou dois medicamentos apresentaram escores maiores em todos os domínios do SF 36, comparados aos participantes que fazem uso de três ou quatro medicamentos anti-hipertensivos. Embora a correlação tenha sido negativa com todos os domínios, exceto para aspectos emocionais, os valores não foram estatisticamente significativos.

Autores têm argumentado que a baixa QVRS entre hipertensos está relacionada às consequências das complicações causadas pela HAS, e não pela hipertensão isoladamente.³³⁻³⁵

Estudos apontam que a presença de outra doença crônica interfere na QVRS de indivíduos hipertensos, tornando-se essencial a abordagem dessas na análise da QVRS dos hipertensos.¹⁷

Em todos os domínios do SF36, a classe que ganha menos de um salário mínimo apresentou escores menores se comparada às classes de maior renda *per capita*, que ganham mais de um salário mínimo. Exceto no domínio dor, todos os outros domínios apresentaram correlação com média salarial estatisticamente

significante. Esses dados indicam que a renda representa um fator influente na QVRS dos hipertensos participantes do grupo de convivência. Aqueles que possuem melhor renda têm melhor QVRS. Esse resultado apresenta concordância com outros estudos que encontraram melhor QVRS entre indivíduos com maior rendimento.¹⁷⁻³⁶

CONCLUSÃO

Foram detectados alguns fatores relacionados à QVRS dos hipertensos cadastrados no grupo “Renascença”, o que torna importante para a implementação de atividades educativas visando à melhoria da QVRS desses hipertensos.

A renda familiar *per capita* e o número de comorbidades foram os fatores que mais apresentaram correlação com

a QVRS dos hipertensos cadastrados no grupo de convivência “Renascença”. O único domínio que não apresentou correlação estatisticamente significativa com renda familiar foi o da dor, e entre o número de comorbidades foi o estado geral de saúde.

O tempo de progressão da HAS parece não interferir na QVRS dos hipertensos cadastrados no grupo Renascença em nenhum domínio.

Dada a importância da avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde nas decisões terapêuticas, torna-se indispensável o desenvolvimento de estudos que investiguem a percepção do paciente e do impacto que a própria doença causa-lhes na vida.

Os resultados deste estudo oferecem subsídios para a implementação e a otimização de serviços que colaborem para a melhoria da qualidade de vida de hipertensos.

REFERÊNCIAS

1. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality of life outcomes. *N Engl J Med*. 1996; 334(13):835-4.
2. Zanei SSV. Análises dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida WHOQOL- bref e SF-36: confiabilidade, validade e concordância entre pacientes de Unidade de Terapia Intensiva e seus familiares. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2006.
3. Dantas RAS, Sawada NO, Malerbo M. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo. *Rev Latinoam Enferm*. 2003 jul/ago; 11(4):532-8.
4. Pierin AMG. Hipertensão arterial uma proposta para o cuidar. Barueri: Manole; 2004. 372 p.
5. Silva DMGV, Souza SS, Francioni FF, Betina HSM. Qualidade de vida na perspectiva de pessoas com problemas respiratórios crônicos: a contribuição de um grupo de convivência. *Rev Latinoam Enferm*. 2005 jan/fev; 13(1):7-14.
6. Taylor SE. *Health psychology*. 4ª. ed. Boston: Mc GrawHill; 1999.
7. Fletcher A. Economic of hypertension control. *Bull WHO*. 1995; 73(4):417-24.
8. Minayo MCS, Hartz ZMA, Kimura M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2000 jan/jun; 5(1):7-18.
9. Oleson M. Subjectively perceived quality of life. *Image J Nurs School*. 1990; 22(3):187-90.
10. Fayers PM, Machin D. *Quality of life: assessment, analysis and interpretation*. Chichester: Wiley & Sons; 2000.
11. Heyland DK, Guyatt GH, Cook DJ, Mead M, Juniper E, Cronin et al. Frequency and methodologic rigor of quality of life assessment in the critical care literature. *Crit Care Med*. 1998; 26(3):591-8.
12. Auquier P, Simeoni MC, Mendizabal H. Approches théoriques et méthodologiques de la qualité de vie liée à la santé. *Revue Prevenir*. 1997; 33:77-86.
13. Gianchello AL. Health outcomes research in Hispanics/Latinos. *J Med Systems*. 1996; 21(5):235-54.
14. Wenger NK, Furberg CD. Cardiovascular disorders. In: Silker B. *Quality of life assessment in clinical trials*. New York: Raven Press; 1990.
15. Fletcher A. Quality of life in the management of hypertension. *Clin Exp Hyperten*. 1999; 21(5-6):961-72.
16. Bulpitt CJ, Dollery CT, Carnes S. Change in symptoms of hypertension patients after referral to hospital clinic. *J Br Heart*. 1976; 38:121-8.
17. Bardage C, Isacson DGL. Hypertension and health-related quality of life: an epidemiological study in Sweden. *J Clin Epidemiol*. 2001; 54:172-81.
18. Reis MG, Glashan RQ. Adultos hipertensos hospitalizados: percepção de gravidade da doença e de qualidade de vida. *Rev Latinoam Enferm*. 2001; 9(3):51-7.
19. Mchorney CA, WARE JE, Raczek AE. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): II. Psychometric and clinical test of validity in measuring physical health and mental constructs. *Med Care*. 1993; 31:247-63.
20. Ware JE, Snow K, Kosinski M, Gandek B. *Health survey manual and interpretation guide*. Boston: New England Medical Center; 1993.
21. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med. Care*. 1992; 30(6):473-83.
22. 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/UNIFESP; 1997.
23. Turner DMB, Bartley PJ, Ware Jr JE. *SF-36® Health Survey & “SF” Bibliography*: 3th ed. (1988-2000). Lincoln, RI: Quality Metric Incorporated; 2002.

24. IQOL International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. [Cited 2007 Mar 20]. Available from: < <http://www.iqola.org/>>.
25. Ware JE, Kosinski M, Keller SK. SF-36 Physical and mental health summary scales: a user's manual. Boston, MA: Health Institute; 1994.
26. Fernandez LJA, Siegrist J, Hernandez MR, Broer M, Cuetoespinar A. A study of quality of life on rural hypertensive patients. Comparison with the general population of the same environment. *J Clin Epidemiol.* 1994; 47:1373-80.
27. Silqueira, SMF. O questionário genérico SR-36 como instrumento de mensuração da qualidade de vida relacionada a saúde de pacientes hipertensos [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2005. 117 p.
28. 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: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2002. 154f.
29. Avorn J, Everitt De, Weiss S. Increased antidepressant use in patients prescribed beta-blockers. *JAMA.* 1986; 255:357-60.
30. Dimenas E, Wiklund I, Sahlof CG, Lindvall KG, Olofsson BK, De Faire UH. Differences in the subjective well-being and symptoms of normotensives: borderline hypertensives and hypertensives. *J Hypertens.* 1989; 7:885-90.
31. Cote I, Moisan J, Chabot I, Grégoire JP. Health-related quality of life in hypertension: impact of a pharmacy intervention programme. *J Clin Pharm Ther.* 2005; 30:355-362.
32. Black JM, Matassarín J, Luckman S. Enfermagem médico cirúrgica: uma abordagem psicofisiológica. 4ª. ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan; 1996. 1271p.
33. Stewart AL, Greenfield S, Hays RD, Well K, Rogers WH, Berry SD et al. Functional status and well-being of patients with chronic conditions. *JAMA.* 1989; 262: 907-13.
34. Kullman S, Svardsudd K. Differences in perceived symptoms: quality of life in untreated hypertensive and normotensive men. *Scand J Prim Health Care.* 1990; 1:47-53.
35. Lahad A, Yodfar Y. Impact of comorbidity on well-being in hypertension: case control study. *J Hum Hypertens.* 1993; 7:611-4.
36. Marmot M, Smith G, Stansfeld S, Patel C; North F, Head J et al. Health inequalities among British civil servants: the Whichall II study. *Lancet.* 1991; 337:1387-93.

Data de submissão: 30/6/2008

Data de aprovação: 13/7/2009