

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA
CURSO DE MEDICINA

MARCUS HENRIQUE BANDEIRA DOURADO

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES PORTADORES DE
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA EM UM HOSPITAL PÚBLICO DA REGIÃO
TOCANTINA**

IMPERATRIZ
2018

MARCUS HENRIQUE BANDEIRA DOURADO

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES PORTADORES DE
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA EM UM HOSPITAL PÚBLICO DA REGIÃO
TOCANTINA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Medicina da Universidade Federal
do Maranhão, Campus Imperatriz, como parte
dos requisitos para a obtenção do título de
Bacharel em Medicina

Orientadora: Prof^a Me. Aldicléya Lima Luz

IMPERATRIZ
2018

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Henrique Bandeira Dourado, Marcus.

Avaliação da qualidade de vida em paciente portadores de Insuficiência Cardíaca em um Hospital Público da Região Tocantina / Marcus Henrique Bandeira Dourado. - 2018.
24 f.

Orientador(a): Aldicléya Lima Luz.

Curso de Medicina, Universidade Federal do Maranhão, Imperatriz, 2018.

1. Cardiologia. 2. Estilo de Vida. 3. Indicadores de Qualidade de Vida. 4. Insuficiência Cardíaca. I. Lima Luz, Aldicléya. II. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA
CURSO DE MEDICINA

Candidato: Marcus Henrique Bandeira Dourado

Título do TCC: Avaliação da Qualidade de Vida em Pacientes Portadores de Insuficiência Cardíaca em um Hospital Público da Região Tocantina

Orientadora: Aldicléya Lima Luz

A Banca Julgadora de trabalho de Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso, em sessão pública realizada a¹³...../.....⁰⁷...../.....2017., considerou

() Aprovado

() Reprovado

Examinador (a): Assinatura:
Nome:Antonia.Iracilda.e.Silva.Viana.....
Instituição: Universidade Federal do Maranhão-Medicina CCSST

Examinador (a): Assinatura:
Nome:Rodson.Glauber.Ribeiro.Chaves.....
Instituição: Universidade Federal do Maranhão-Medicina CCSST

Presidente: Assinatura:
Nome:Aldicléya.Lima.Luz.....
Instituição: Universidade Federal do Maranhão-Medicina CCSST

COMITÊ DE ÉTICA

PROCOLO PARA PESQUISA

USO EXCLUSIVO DA COMISSÃO
PROCOLO Nº 017-1 / 2017

1. Título do Projeto de Pesquisa

Avaliação da qualidade de vida em pacientes portadores de insuficiência cardíaca em um Hospital Público da região Tocantina

2. Pesquisador Responsável

Nome completo Marcus Henrique Bandeira Dourado

3. Colaboradores

Nome completo

4. Orientador

Nome completo Aldicléya Lima Luz

5. Especificação da finalidade acadêmica da pesquisa

Monografia

Iniciação Científica

Outras (especificar)

Artigo Científico

6. Unidades e Instituições envolvidas (especificar)

Universidade Federal do Maranhão

Curso: Medicina

Outras

7. Investigação

Retrospectiva

Prospectiva

8. Materiais e Métodos (preencher mais de um se necessário)

Seres Humanos

Animais

Laboratorial

Consulta de Prontuários de pacientes

Entrevistas e questionários

Tecidos, órgãos, fluidos orgânicos.

Empresas

Outros (especificar)

9. Cronograma de execução da pesquisa

Início 13/02/2017

término 13/02/2018

10. Observações

Sem observações.

11. Parecer da Comissão de Ética e Bioética

A Comissão de Ética e Bioética, da Faculdade de Imperatriz (COEB), na sua reunião de 13/02/2017, APROVOU os procedimentos constantes deste Protocolo.

.....
Presidente da Comissão

AGRADECIMENTOS

À Deus acima de tudo, à minha família pelo sacrifício e investimento ao longo dos anos do curso. Aos amigos com os quais compartilhamos os sonhos, desafios e conquistas. À Universidade Federal do Maranhão, campus Centro de Ciências Sociais, Saúde e Tecnologia – CCSST e à minha orientadora, Prof^a Aldicléya Lima Luz.

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS

IAM: Infarto Agudo do Miocárdio

IC: Insuficiência Cardíaca

ICFEr: Insuficiência Cardíaca com fração de ejeção reduzida

ICFEi: Insuficiência Cardíaca com fração de ejeção intermediária

ICFEp: Insuficiência Cardíaca com fração de ejeção preservada.

IECA: Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina

FE: Fração de Ejeção

SF-36: Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida do Medical Outcome Study Short Form 36

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

RESUMO

Fundamento: A Insuficiência Cardíaca (IC) é responsável por pelo menos 20% das internações entre pacientes com mais de 65 anos de idade. Os pacientes diagnosticados com IC apresentam uma limitação gradual funcional, como consequência da própria fisiopatologia da doença que a torna com prognóstico reservado e que, conseqüentemente, vem impactar na qualidade de vida e reabilitação dos mesmos. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, transversal e quantitativo que visa avaliar a qualidade de vida em uma população específica, utilizando o questionário de Avaliação da Qualidade de Vida do Medical Outcome Study Short Form 36 (SF36), que avalia os domínios capacidade funcional, estado geral, dor, vitalidade, limitação por aspectos físicos, saúde mental, aspectos sociais e emocionais. A amostra deste estudo (n=45) foi obtida na enfermaria de cardiologia do Hospital Municipal de Imperatriz, Maranhão. **Resultados:** Observou-se que a maioria era do sexo masculino (68,9%) e que os domínios Capacidade Funcional (28,33±26,02), Limitação por Aspectos Físicos (10,00±22,23) e Aspectos Emocionais (9,60±24,20), mostraram-se comprometidos pela doença cardíaca. **Conclusão:** Conclui-se que a amostra estudada apresentava uma baixa qualidade de vida com base no questionário SF36, quando correlacionado a variáveis clínicas e epidemiológicas.

Palavras-chave: Cardiologia. Insuficiência Cardíaca. Indicadores de Qualidade de Vida. Estilo de Vida.

ABSTRACT

Groundwork: Heart Failure (HF) is responsible for at least 20% of hospitalizations in patients over 65 years of age. Patients diagnosed with HF show a gradual gradualness, as a consequence of the pathophysiology of the disease, which becomes with reserved and consequent prognosis, impacts on the quality of life and rehabilitation of the same.

Methods: This is a descriptive, cross-sectional and quantitative study aimed at evaluating the quality of life of a questionable population using the Questionnaire on Quality of Life in the Short-Term Study 36 (SF36), which evaluates the functional status general, pain, vitality, resources of physical limits, mental health, social and emotional aspects. A sample of this study (n = 45) was obtained from the cardiology ward of the Municipal Hospital of Imperatriz, Maranhão. **Results:** It was observed that the majority were male (68.9%) and that the domains Functional Capacity (28.33 ± 26.02), Limitation by Physical Aspects (10.00 ± 22.23) and Emotional Aspects ($9,60 \pm 24,20$), showed to be compromised by heart disease. **Conclusion:** It was concluded that a sample studied presented a low quality of life based on SF36, when correlated to clinical and epidemiological variables.

Keywords: Cardiology. Heart Failure. Indicators of Quality of life. Life Style.

SUMÁRIO

Introdução	10
Metodologia.....	11
Instrumento de Avaliação e Análise Estatística	11
Resultados.....	12
Perfil Sociocultural e Clínico dos Pacientes	13
Análise do Questionário SF-36	14
Discussão	15
Conclusão	20
Referências.....	21

Introdução

O envelhecimento populacional tem sido associado ao constante aumento da prevalência de doenças crônicas degenerativas não transmissíveis. A Insuficiência Cardíaca (IC) se destaca, dessa forma, uma vez que está associada diretamente ao aumento da idade e é uma das principais causas de hospitalizações¹⁻³.

Ela é responsável por pelo menos 20% das internações entre pacientes com mais de 65 anos de idade, com tendência a um aumento gradativo tendo em vistas as inúmeras tecnologias que aumentam a expectativa de vida dos pacientes⁴, portanto, um problema de saúde pública, uma vez que gera altos custos ao Estado^{5,6}.

A IC apresenta um prognóstico reservado que é reflexo da limitação funcional gradual. Essa patologia tem impacto diretamente na qualidade de vida dos pacientes e em sua reabilitação. Porém, a influência dessa síndrome sobre a qualidade de vida tem como fator dependente o sujeito e suas características individuais uma vez que passa por particularidades orgânicas e psicológicas^{5,7}.

A qualidade de vida consiste na autoestima e o bem-estar pessoal, incluindo uma série de aspectos. Entre eles, destacam-se, sobretudo a capacidade funcional, bem como nível socioeconômico, o estado emocional, a capacidade de interação social, as atividades intelectuais, a capacidade de autocuidado, o suporte familiar, além do próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, o estilo de vida e a satisfação com atividades diárias e o ambiente em que se vive⁸.

Nesse sentido, vários autores avaliam a qualidade de vida em diferentes doenças, sobretudo, no que diz respeito às doenças crônicas, uma vez que essas geram um comprometimento tanto da função física quanto psíquica de um indivíduo. Partindo desse pressuposto, as doenças cardiovasculares têm sido apontadas como causas de comprometimento na qualidade de vida dos indivíduos, uma vez que geram comprometimento nessa série de aspectos devido à deterioração da função cardíaca⁹.

Portanto, o presente estudo foi desenvolvido para avaliar a qualidade de vida dos pacientes portadores de Insuficiência Cardíaca internados na enfermaria de cardiologia de um hospital público de Imperatriz, Maranhão, verificando a relação entre o perfil clínico e epidemiológico, a fração de ejeção e a qualidade de vida.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, transversal e quantitativo, no qual amostra foi escolhida por conveniência baseada na demanda de pacientes portadores de Insuficiência Cardíaca internados na enfermaria do Hospital Municipal de Imperatriz, Maranhão, no período de março a junho de 2017. A pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética e Bioética da Faculdade de Imperatriz (COEB), sob número de protocolo Nº 017-1 / 2017.

Foram incluídos no estudo todos os pacientes portadores de IC diagnosticados por meio de ecocardiograma, de ambos os sexos, com idade maior ou igual a 18 (dezoito) anos que estavam internados na enfermaria de cardiologia por agudização e/ou descompensação da doença cardíaca (IAM, Hipertensão arterial sistêmica, cardiopatia isquêmica, angina instável, insuficiência cardíaca congestiva) na enfermaria do Hospital Municipal de Imperatriz, Maranhão, que concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para avaliação da Fração de Ejeção (FE), utilizou-se o método de Teichholz.

Foram excluídos os pacientes que tinham o diagnóstico de IC, mas estavam internados por outras doenças de origem não cardíaca, como Insuficiência Renal Agudo/ Crônica, Insuficiência Respiratória Aguda, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, pacientes com doenças neurodegenerativas que apresentavam distúrbio cognitivo, pacientes que por algum motivo não responderam o questionário completamente, bem como aqueles que não concordaram em assinar o TCLE.

Instrumento de Avaliação e Análise Estatística

Para avaliação da qualidade de vida dos pacientes foi utilizado o questionário de Avaliação da Qualidade de Vida do Medical Outcome Study Short Form 36 (SF-36), traduzido e validado para a língua portuguesa (Brasil) por Ciconelli e colaboradores¹⁰.

O questionário SF-36 contém 36 itens, incorporados em 8 categorias. Estes itens graduam as respostas de 0 a 100, que indicam a maior pontuação como melhor estado de saúde. Para a análise dos escores é realizada a ponderação dos dados, onde cada questão recebe um valor previamente estabelecido, em seguida

são calculados os domínios, chamados de RAW SCALE, pois o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida. O cálculo é feito por meio da seguinte fórmula:

$$\text{Domínio: } \frac{(\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{Limite inferior}) \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$$

Na fórmula, os valores de Limite Inferior e Variação (Score Range) são fixos e estão estipulados abaixo (Tabela 1):

Tabela 1 – Score Range

Domínio	Questões respondidas	Limite Inferior	Variação
Capacidade Funcional	03	10	20
Limitação por Aspectos Físicos	04	04	04
Dor	07 + 08	2	10
Estado Geral de Saúde	01 + 11	5	20
Vitalidade	09 (itens a + e + g + i)	04	20
Aspectos Sociais	06 + 10	02	08
Limitação por Aspectos Emocionais	05	03	03
Saúde Mental	09 (itens b + c + d + f + h)	05	25

Fonte: adaptado de Ciconelli¹⁰.

Para tabulação dos dados foi utilizado o programa Microsoft Office Excel (2016). Para análise estatística, o programa IBM Statical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 23.0.0, para realizar uma descrição das frequências, medidas de distribuição normal – média e desvio padrão, e inferencial utilizando os testes Qui-quadrado, ANOVA e LEVENE, considerando um valor de $p < 0,05$ e intervalo de confiança (IC) de 95% estatisticamente significativa.

Resultados

A amostra deste estudo foi obtida na enfermaria de cardiologia do Hospital Municipal de Imperatriz, Maranhão, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão e constou de um total de 45 pacientes.

Perfil Sociocultural e Clínico dos Pacientes

A caracterização sociodemográfica dos pacientes entrevistados está apresentada conforme segue a Tabela 2. Os pacientes foram divididos em quatro grupos de faixa etária de idade: 18-30 anos, 31-50 anos, 51-70 anos e acima de 70 anos, sendo que houve uma frequência maior de pacientes na faixa etária de 51-70 anos, sendo a maioria era do sexo masculino (68,9%). Do total, 42,2% dos pacientes eram casados. Já em relação ao nível de escolaridade, percebeu-se um baixo nível de escolaridade (22% não estudaram, 17,8% com ensino primário incompleto e 22% com ensino fundamental incompleto).

Tabela 2 – Perfil sociocultural e clínico dos pacientes portadores de Insuficiência Cardíaca. Imperatriz – MA, 2017.

	%
Idade (anos)	
18-30	4,4
31-50	8,9
51-70	53,3
>70	33,3
Sexo	
Feminino	31,1
Masculino	68,9
Estado Civil	
Solteiros	13,3
Casados	42,2
Divorciados	8,9
Viúvos	35,6
Escolaridade	
Não estudou	22,2
Ensino primário incompleto	17,8
Ensino fundamental incompleto	22,2
Ensino Médio completo	33,3
Variáveis Clínicas	
Hipertensão Arterial Sistêmica	71,1
Diabetes Mellitus	40
Infarto Agudo do Miocárdio	15,6
Dislipidemia	15,6
Acidente Vascular Cerebral	6,7
Angina Instável	2,2
Total (n=45)	100

Fonte: Dados primários.

No que se refere as variáveis clínicas, observou-se nos diagnósticos clínicos associados a presença de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Dislipidemia, Angina Instável, Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC). Em relação à quantidade de diagnósticos observou-se que os pacientes apresentavam em média um valor de $1,64 \pm 0,98$, com um valor máximo de quatro diagnósticos clínicos associados.

Além disso, observou-se que entre as medicações em uso habitual os anti-hipertensivos Furosemida teve a maior frequência de uso, seguido da droga Losartana (Tabela 3), sendo que os pacientes usavam em média $3,29 \pm 1,84$ medicamentos, sendo oito a quantidade máxima encontrada.

Tabela 3 – Medicações em uso pelos pacientes portadores de Insuficiência Cardíaca. Imperatriz – MA, 2017.

	%
Furosemida	66,7
Losartana	48,9
Carvedilol	40
Aldactone	37,8
Metformina	20
Glibenclamida	17,8
Enalapril	15,6
AAS	15,6
Digoxina	13,3
Deslanosídeo	13,3
Captopril	11,1
Espironolactona	8,9
Sinvastatina	8,9
Insulina	6,6
Bisoprolol	2,2
Amiodarona	2,2
Valsartana	2,2
Canaglifozina	2,2
Total (n=45)	100

Fonte: Dados primários.

Análise do Questionário SF-36

Analisando os valores de média e desvio padrão observou-se que o domínio que apresentou melhor valor (mais próximo de 100) foi do domínio Saúde Mental enquanto que o domínio que apresentou os piores valores foi o domínio

Aspectos Emocionais, demonstrando um comprometimento na qualidade de vida dos pacientes em decorrência da doença cardíaca (Tabela 4).

Tabela 4 – Análise do questionário SF-36 dos pacientes portadores de insuficiência cardíaca. Imperatriz – MA, 2017.

Domínios	MD ± DP	Mínimo	Máximo
Capacidade Funcional	28,33±26,02	0	80
Estado Geral de Saúde	30,06±18,22	0	70
Limitação por Aspectos Físicos	10,00±22,23		75
Dor	41,15±26,29	0	90
Vitalidade	33,3±20,91	0	80
Saúde Mental	59,20±19,66	8	92
Aspectos Sociais	44,95±26,67	0	100
Aspectos Emocionais	9,60±24,20	0	100
SF-36	32,08±16,73	5	77

Fonte: Dados próprios. MD: Média; DP: Desvio Padrão.

Discussão

Nos últimos anos tem-se observado uma inversão no padrão da pirâmide etária, sendo uma consequência da elevação da expectativa de vida, devido aos avanços diagnósticos e à otimização do manejo clínico das patologias. No entanto, algumas cardiopatias, dentre elas a Insuficiência Cardíaca, tem ganhado destaque pelo seu surgimento, sobretudo na população mais idosa uma vez que há um grau de acometimento na qualidade de vida significativo¹¹.

De acordo com o estudo de Framingham¹², bem como em outros estudos^{9,11-14} observou-se que a idade de maior acometimento da doença cardíaca é por volta dos 65 anos de idade. Nesse estudo, verificou-se que os pacientes tinham em média 63,35±14,89 anos com uma variância de 18-97 anos de idade. Diferentemente ao descrito na literatura¹⁵, no que diz respeito ao sexo, encontrou-se um predomínio do sexo masculino.

A cardiopatia hipertensiva e isquêmica foram as principais etiologias registradas nesse estudo, dados semelhantes aos encontrados em outros estudos^{16,17,18}, tal fato que leva a crer que exista uma grande negligência no que diz respeito à adesão terapêutica, visto que o uso de medicação domiciliar prescrito aos pacientes constituíam-se principalmente de drogas de primeira classe, em contraste com o estudo de Nogueira¹¹ que apontou a etiologia chagásica como a principal.

Porém, há de se ressaltar o viés da elevada incidência de casos de Doença de Chagas na região desse estudo¹⁹.

Diferentemente dos outros estudos que evidenciaram o captopril como a principal droga anti-hipertensiva que altera a sobrevida dos pacientes utilizada^{9,20} nesse estudo foi evidenciado uma preferência dos bloqueadores da angiotensina (Losartana) e betabloqueadores (Carvedilol) em relação aos IECA's (Captopril), algo semelhante ao encontrado no estudo de Barbosa⁵. Acredita-se que exista duas linhas de explicação para essa preferência: a primeira devido ao efeito colateral de tosse seca dos IECA's (especialmente Captopril), culturalmente difundido na cidade do estudo; a segunda, pela boa disponibilidade das duas classes nas Unidades Básicas de Saúde.

Em relação ao SF-36 este estudo demonstrou que a IC provoca uma alteração significativa na qualidade de vida dos pacientes, justificada quando observamos sobretudo os domínios Capacidade Funcional ($28,33 \pm 26,02$), Limitação por Aspectos Físicos ($10,00 \pm 22,23$) e Aspectos Emocionais ($9,60 \pm 24,20$), que que justifica-se pela limitação a realização de atividades habituais dos pacientes pelo acometimento da patologia.

Quando analisou-se a relação entre os domínios do questionário SF36 e o sexo dos pacientes, pode observar-se que o sexo feminino foi o mais acometido (tabela 5), algo semelhante ao encontrado em outros estudos^{5, 21}. Riedinger et al²¹ tenta explicar essa diferença ao afirmar que as mulheres, mesmo após ao atingir a idade de aposentadoria, continuam a realizar algum tipo de atividade, como do lar e de cuidadoras, nesse sentido pela limitação da doença, há um efeito negativo profundo sobre seus sentimentos de autoestima e bem-estar psicossocial.

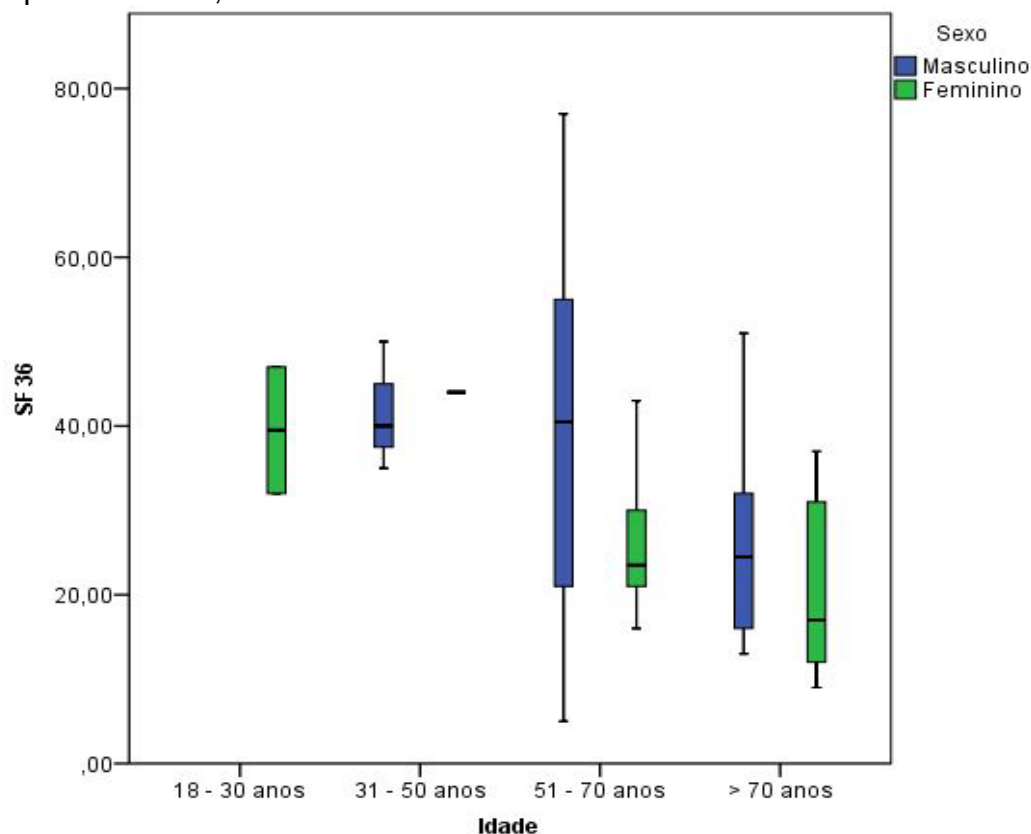
Tabela 5 – Relação entre o sexo dos pacientes e os domínios do questionário SF-36. Imperatriz – MA, 2017.

	MD ± DP		*p valor
	Masculino	Feminino	
Capacidade Funcional	29,03 ± 27,24	26,78 ± 23,98	0,419
Estado Geral de Saúde	33,41 ± 19,29	22,64 ± 13,39	0,037
Limitação por Aspectos Físicos	12,09 ± 24,89	5,35 ± 14,47	0,050
Dor	41,32 ± 27,99	40,78 ± 23,03	0,950
Vitalidade	35,80 ± 23,02	27,85 ± 14,50	0,020
Saúde Mental	61,03 ± 21,83	55,14 ± 13,51	0,033
Aspectos Sociais	47,77 ± 28,37	38,71 ± 22,12	0,297
Aspectos Emocionais	12,87 ± 28,11	2,35 ± 8,81	0,006
SF-36	34,12 ± 18,23	27,57 ± 12,19	0,112

Fonte: dados próprios. MD: média; DP: Desvio Padrão. * $p < 0,05$: estatisticamente significativo (Teste de Levene).

Já quando foi comparado os domínios do SF36 e a idade dos pacientes, percebeu-se que os indivíduos mais idosos apresentavam maior comprometimento na qualidade de vida ($p = 0,151$), conforme abaixo na imagem 1.

Imagem 1 – Relação entre a idade e o SF-36 total dos pacientes portadores de IC. Imperatriz – MA, 2017.



Outro dado a ser comparado foi a Classificação Funcional NYHA e sua relação com a qualidade de vida, não observou relação estatisticamente significativa; Capacidade Funcional ($p=0,331$), Limitação por Aspectos Físicos ($p=0,808$), Dor ($p=0,362$), Vitalidade ($p=0,457$), Aspectos Sociais ($p=0,656$), Aspectos Emocionais ($p=0,809$), Saúde Mental ($p=0,951$) e SF-36 Total ($p=0,941$), diferentemente do encontrado por Nogueira¹⁸ e de Meyer²², que apresentaram uma associação entre a qualidade de vida e a classe funcional, sobretudo classe II e III, além de outros autores que também evidenciaram tal relação^{23,24}. Isso pode ser justificado porque nos estágios maiores da classificação funcional NYHA os pacientes apresentam maior sintomatologia e isso interfere de forma significativa na sua qualidade de vida.

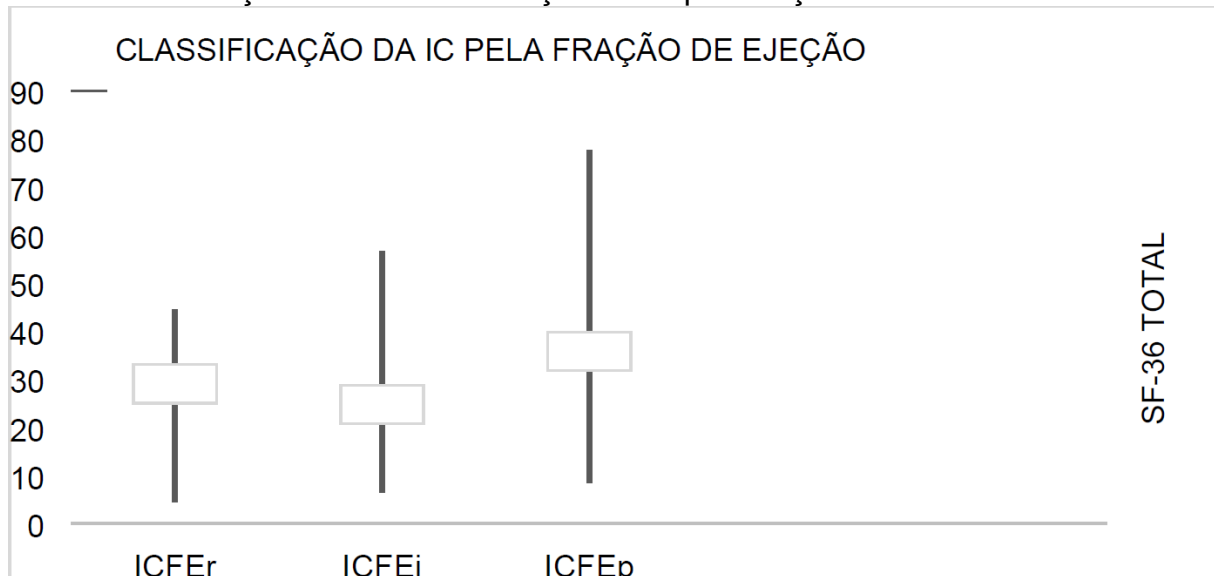
Em relação a Classificação da IC pela Fração de Ejeção pode se observar que os pacientes com fração de ejeção preservada apresentaram melhores valores de qualidade de vida (Tabela 6 e Gráfico 1)

Tabela 6 – Relação entre a classificação da IC pela fração e os domínios do questionário SF-36. Imperatriz – MA, 2017.

	MD ± DP			<i>p</i> <i>valor</i>
	ICFEr	ICFEi	ICFEp	
Capacidade Funcional	25,00±35,00	14,61±15,29	34,82±27,39	0,062
Estado Geral de Saúde	29,00±9,64	26,46±19,82	31,79±18,38	0,687
Limitação por Aspectos Físicos	8,33±14,43	3,84±13,86	12,93±25,54	0,479
Dor	49,33±42,72	39,53±25,14	41,01±26,01	0,850
Vitalidade	33,33±20,20	26,15±21,61	36,55±20,57	0,337
Saúde Mental	52,00±38,57	47,69±21,56	65,10±14,09	0,020
Aspectos Sociais	37,66±37,50	32,07±21,88	51,48±26,67	0,080
Aspectos Emocionais	0	7,69±27,73	11,44±24,00	0,707

Fonte: dados próprios. MD: média; DP: desvio padrão. ICFEr: insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida; ICFEi: insuficiência cardíaca com fração de ejeção intermediária; ICFEp: insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada. * $p<0,05$: estatisticamente significativo (Teste ANOVA).

Gráfico 1 – Relação entre a classificação da IC pela fração e a média total do SF-36*



Fonte: dados próprios. ICFEr: Insuficiência cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida; ICFEi: Insuficiência cardíaca com Fração de Ejeção Intermediária; ICFEp: Insuficiência cardíaca com Fração de Ejeção Preservada. * $p=0,135$.

Em outra margem, quando foi relacionada a quantidade de medicações, tomando como base o valor médio de medicações por pacientes, com a piora da qualidade de vida, percebeu-se que os pacientes que faziam uso de uma quantidade superior a 3 medicações apresentaram alteração estatisticamente significativa apenas no domínio Aspectos emocionais ($p=0,011$), valores diferentes aos encontrados por Carvalho²⁵ em um estudo em que foi avaliado a interferência de drogas anti-hipertensivas na qualidade de vida, por meio do SF36, bem como no estudo de Taylor²⁶, porém semelhante ao que Neto et al²⁷ demonstrou em seu estudo sobre o uso de medicações em idosos.

Além disso, ao analisar a presença dos diagnósticos clínicos associados aos domínios do questionário SF36, encontrou-se que os domínios Estado Geral e Limitação por Aspectos Físicos tiveram uma redução estatisticamente relevante ($p=0,022$ e $0,019$), respectivamente, ou seja, a quantidade de diagnósticos clínicos interferem na qualidade de vida do paciente. Acredita-se que isso se deve pela deficiência de informações prestadas ao pacientes pelos profissionais da saúde a respeito do processo de evolução da doença e as suas consequências, como explicado por Zaponi⁷, Santos²⁸ e Pelegrino²⁹.

Nesse sentido, percebe-se que a Insuficiência cardíaca gera uma diminuição da qualidade de vida dos pacientes em alguns domínios específicos. Dessa forma, sugere-se mais estudos em outros locais na cidade a ponto de atender

uma demanda maior de pacientes, como por exemplo, os pacientes que fazem acompanhamento nas unidades básicas de saúde a fim de comparar e ratificar a relação entre a qualidade de vida e a doença cardíaca, tendo em vista as particularidades da população local.

Somado a isso, promover uma maior preocupação por parte da esfera pública no que diz respeito à qualidade de atendimento dos profissionais de saúde e, sobretudo, àqueles que dependem dos mesmos.

Conclusão

Conclui-se que a amostra estudada apresentava uma baixa qualidade de vida com base no questionário SF36, quando correlacionado a variáveis clínicas e epidemiológicas. Portanto, a avaliação da qualidade de vida revela-se uma importante ferramenta para a construção de um projeto de prevenção terciária, a fim de minimizar os sintomas para estes pacientes como: estabilização do paciente quanto às suas limitações para atividades funcionais, melhora dos sintomas, promoção de conforto e terapia medicamentosa, bem como ao estado emocional e de saúde mental dos pacientes para o aumento de sua expectativa de vida.

Referências

- 1 Roger VL, GO AS, Lloyd-Jones DM et al. Executive summary: heart disease and stroke statistics--2012 update: a report from the American Heart Association. 2012; 125 (1): 188- 97.
- 2 Nobre F. Apresentação: Diretrizes Brasileiras de Hipertensão VI. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. J Bras Nefrol. 2010; 32 (Suppl. 1): III.
- 3 Ulbrich AZ, Netto AS, Angarten VG et al. Capacidade funcional como preditor de qualidade de vida na insuficiência cardíaca. Fisioter Mov. 2013 set/dez; 26 (4): 845-53.
- 4 Calles ACN, Moreira ET, Lira JLF et al. Correlação entre a qualidade de vida e a classificação funcional em pacientes com insuficiência cardíaca congestiva em internamento hospitalar. Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde Fits. Maceió. Maio, 2013. v. 1. n.2. p. 111-120.
- 5 Barbosa RR, Franklin RV, Stefoni AV et al. Análise da Qualidade de Vida em Homens e Mulheres Portadores de Insuficiência Cardíaca. Rev Bras Cardiol. 2014; 27 (2): 97- 103.
- 6 Bocchi EA, Braga FG, Ferreira SM, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. Arq Bras Cardiol. 2009; 93 (supl. 1): 3-70.
- 7 Zaponi RS, Frez AR, Mora CTR et al. Avaliação da qualidade de vida de portadores de insuficiência cardíaca congestiva e sua correlação com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Acta Fisiatr. 2015; 22 (3): 105-110.
- 8 Vecchia RD, Ruiz T, Bocchi SCM et al. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. Rev Bras Epidemiol. 2005; 8 (3): 246-52.
- 9 Christmann M, Costa CC, Moussalle LD. Avaliação da qualidade de vida de pacientes cardiopatas internados em um hospital público. Revista da AMRIGS, Porto Alegre. Jul.- set. 2011. 55 (3): 239 – 243.
- 10 Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF36). Rev Bras Reumatol – Mai/Jun, 1999. vol. 39 – nº 3.
- 11 Nogueira PR, Rassi S, Corrêa KS. Perfil epidemiológico, clínico e terapêutico da insuficiência cardíaca em hospital terciário. Arq Bras Cardiol. 2010; 95(3): 392-8.
- 12 Ho KKL, Pinsky JL, Kannel WB et al. The epidemiology of heart failure: the Framingham study. J Am Coll Cardiol. 1993; 22 (Suppl A): 6-13.

- 13 Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz brasileira de insuficiência cardíaca crônica. *Arq Bras Cardiol.* 2009; 92 (supl. 1): 1-71.
- 14 Bhardwaj AMD, Rehman SU, Mohammed AA et al. Quality of life and chronic heart failure therapy guided by natriuretic peptides: results from the ProBNP Outpatient Tailored Chronic Heart Failure Therapy (PROTECT) study. *Am Heart J.* 2012; 164(5): 793-9e.
- 15 Rassi S, Barreto ACP, Porto CC et al. Sobrevida e fatores prognósticos na insuficiência cardíaca sistólica com início recente dos sintomas. *Arq Bras Cardiol.* 2005; 84 (4): 309-13.
- 16 Alves AJ, Ribeiro F, Goldhammer E et al. Exercise training improves diastolic function in heart failure patients. *Med Sci Sports Exerc.* 2012; 44(5): 776-85.
- 17 Fuji Ta B, Franz M, Goebel B et al. Prognostic relevance of heart rate at rest for survival and the quality of life in patients with dilated cardiomyopathy. *Clin Res Cardiol.* 2012; 101(9): 701-7.
- 18 Nogueira ID, Servantes DM, Nogueira PA et al. Correlation between quality of life and functional capacity in cardiac failure. *Arq Bras Cardiol.* 2010; 95(2): 238-43.
- 19 Braga JCV, Reis F, Aras R et al. Aspectos clínicos e terapêuticos da insuficiência cardíaca por doença de Chagas. *Arq Bras Cardiol.* 2006; 86 (4): 297-302.
- 20 Lessa I. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil. *Rev Bras Hipert.* 2001; 8(4): 383-92.
- 21 Riedinger MS, Dracup KA, Brecht ML et al. Quality of life in patients with heart failure: do gender differences exist? *Heart Lung.* 2001; 30(2): 105-16.
- 22 Meyer K, Laederach-Hofmann K. Effects of a comprehensive rehabilitation program on quality of life in patients with chronic heart failure. *Prog Cardiovasc Nurs.* 2003; 18 (4): 169-76.
- 23 Bennet SJ, Oldridge NB, Eckert GJ et al. Discriminant properties of commonly used quality of life measures in heart failure. *Qual Life Res.* 2002; 11 (4): 349-59.
- 24 Myers J, Zaheer N, Quaglietti S et al. Association of functional and health status measures in heart failure. *J Card Fail.* 2006; 12 (6): 439-45.
- 25 Carvalho MV, Siqueira LB, Sousa ALL et al. A Influência da Hipertensão Arterial na Qualidade de Vida. *Arq Bras Cardiol.* 2013;100(2):164-174.
- 26 Taylor AL. The African American Heart Failure Trial: a clinical trial update. *Am J Cardiol.* 2005; 96 (7B): 44-8.
- 27 Neto JAC, Delgado AAA, Galvão CCG et al. Uso de medicamentos por idosos de Juiz de Fora: um olhar sobre a polifarmácia. *HU Revista, Juiz de Fora, v. 37, n. 3, p. 305-313, jul./set. 2012.*

28 Santos JJA, Plewka JEA, Brofman PRS. Qualidade de vida e indicadores clínicos na insuficiência cardíaca: análise multivariada. *Arq Bras Cardiol.* 2009; 93(2): 159 - 66.

29 Pelegrino VM, Dantas RAS, Clark AM. Determinantes da qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes ambulatoriais com insuficiência cardíaca. *Rev. LatinoAm Enferm.* 2011; 19(3): 451-7.