

## Determinantes da qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes ambulatoriais com insuficiência cardíaca<sup>1</sup>

Viviane Martinelli Pelegrino<sup>2</sup>

Rosana Aparecida Spadoti Dantas<sup>3</sup>

Alexander Michael Clark<sup>4</sup>

Trata-se de estudo descritivo e exploratório que analisou as variáveis associadas à qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), de 130 pacientes com insuficiência cardíaca, em seguimento ambulatorial. A QVRS foi avaliada pelo Minnesota Living with Heart Failure e realizada análise de regressão linear. A média da QVRS foi de 34,9 (dp=24,8; intervalo de 0 a 99). Foram encontradas associações significantes entre a medida da QVRS e idade ( $r=-0,177$ ;  $p=0,044$ ), vitalidade ( $r=-0,625$ ;  $p<0,001$ ) e saúde mental ( $r=-0,672$ ;  $p<0,001$ ), domínios do SF-36. A regressão linear mostrou que a gravidade dos sintomas da insuficiência cardíaca, e dois domínios do SF-36, vitalidade e saúde mental, explicaram 54% da variação da medida da QVRS. Controlar os sintomas e manter bem-estar mental é essencial para a manutenção da QVRS e são essenciais para o cuidado eficaz da insuficiência cardíaca.

Descritores: Insuficiência Cardíaca; Qualidade de Vida; Saúde Mental; Sintomas.

<sup>1</sup> Trabalho extraído da dissertação de mestrado "Avaliação do estado de saúde percebido e do impacto da insuficiência cardíaca por pacientes em seguimento ambulatorial", apresentada a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, SP, Brasil.

<sup>2</sup> Enfermeira, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Brasil. Mestranda, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, SP, Brasil. E-mail: vivi.pelegrino@bol.com.br.

<sup>3</sup> Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professor Associado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, SP, Brasil. E-mail: rsdantas@eerp.usp.br.

<sup>4</sup> Professor Associado, Faculty of Nursing, University of Alberta, Edmonton, Canadá. E-mail: alex.clark@ualberta.ca.

Endereço para correspondência:

Viviane Martinelli Pelegrino  
Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto  
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada. Sala 69  
Av. dos Bandeirantes, 3900  
Bairro: Monte Alegre  
CEP: 14040-902 Ribeirão Preto, SP, Brasil  
E-mail: vivi.pelegrino@bol.com.br

## Health-related Quality of Life Determinants in Outpatients With Heart Failure

This descriptive and exploratory study analyzed variables associated with health-related quality of life among 130 outpatients. Health-related quality of life was measured through the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. Significant associations were found between patients' health-related quality of life and their age ( $r=-0.177$ ;  $p=0.044$ ), vitality ( $r=-0.625$ ;  $p<0.001$ ) as well as mental health ( $r=-0.672$ ;  $p<0.001$ ), which are both SF-36 domains. The linear regression showed that heart failure symptom severity, vitality and mental health explained 54% of HRQOL measurement variation. To control symptoms and preserve good mental well-being are important to maintain health-related quality of life and to deliver effective heart failure care.

Descriptors: Heart Failure; Quality of Life; Mental Health; Symptoms.

## Determinantes de la calidad de vida relacionada a la salud en pacientes atendidos en ambulatorios con insuficiencia cardíaca

Se trata de un estudio descriptivo y exploratorio que analizó las variables asociadas a la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) de 130 pacientes con insuficiencia cardíaca en seguimiento en ambulatorio. La CVRS fue evaluada por el Minnesota Living with Heart Failure y realizado análisis de regresión lineal. El promedio de la CVRS fue de 34,9 (DE = 24,8; intervalo de 0 a 99). Fueron encontradas asociaciones significantes entre la medida de la CVRS y edad ( $r=-0,177$ ;  $p=0,044$ ), vitalidad ( $r=-0,625$ ;  $p<0,001$ ) y salud mental ( $r=-0,672$ ;  $p<0,001$ ), dominios del SF-36. La regresión lineal mostró que la gravedad de los síntomas de la Insuficiencia Cardíaca, y dos dominios del SF-36, vitalidad y salud mental, explicaron 54% de la variación de la medida de la CVRS. Controlar los síntomas y mantener el bienestar mental es esencial en la manutención de la CVRS y son esenciales para el cuidado eficaz de la Insuficiencia Cardíaca.

Descritores: Insuficiencia Cardíaca; Calidad de Vida; Salud Mental; Síntomas.

## Introdução

A insuficiência cardíaca (IC) tem sido problema crescente de saúde pública nos países desenvolvidos. Esse aumento geralmente está associado à idade da população, à prevalência de fatores de risco cardiovasculares e de outras doenças. A IC está associada a complicações, como diabetes e obesidade, e ao aumento das taxas de sobrevivência ao infarto agudo do miocárdio<sup>(1)</sup>.

A IC é também preocupação crescente nos países em desenvolvimento. No Brasil, a IC afeta mais de dois milhões de pessoas, com 240.000 novos casos diagnosticados por ano<sup>(2)</sup>. A IC está presente em um terço dos pacientes que são tratados pelo sistema de saúde pública no Brasil, o qual atende principalmente pessoas mais velhas e de menor renda. A IC é a principal causa de internações, decorrentes de problemas cardíacos, pelo sistema público de saúde (293.759 internações em 2007), com taxa de

mortalidade anual em torno de 8% e cerca de 23.442 mortes a cada ano<sup>(2)</sup>.

Pacientes com IC enfrentam grande variedade de sintomas que podem afetar negativamente a sua qualidade de vida. Os sintomas físicos e psicológicos são amplamente divulgados. Eles enfrentam diminuições significativas no estado funcional, múltiplas hospitalizações, alta mortalidade, vários sintomas físicos e psicológicos e diminuição da qualidade de vida<sup>(3)</sup>.

É sabido que a IC piora significativamente a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), reduzindo a capacidade funcional dos pacientes e a capacidade de realizar atividades da vida diária. A QVRS abrange vários aspectos do bem-estar do indivíduo, relacionados à presença da doença e/ou do tratamento<sup>(3)</sup>.

O impacto da doença sobre a QVRS é influenciado por vários fatores, incluindo idade, sexo, disfunção ventricular esquerda, classe funcional da New York Heart Association (NYHA), gravidade da IC, risco de mortalidade e saúde mental<sup>(3-4)</sup>. Pacientes com IC enfrentam grande variedade de sintomas físicos (dispneia, fadiga, dor, edema e perda de apetite) e psicológicos (ansiedade e depressão), os quais podem afetar negativamente a qualidade de vida<sup>(3)</sup>. Pacientes do sexo feminino tendem a relatar mais limitações físicas e sintomas depressivos em relação aos pacientes do sexo masculino<sup>(5)</sup>.

Em conjunto, esses fatores colocam sérias limitações em suas atividades da vida diária e podem ter efeitos adversos sobre a saúde física e mental e na qualidade de vida percebida. Por exemplo, a fadiga reduz a autonomia e independência para as atividades diárias<sup>(6)</sup>. No entanto, apesar da qualidade de vida ser mensurável, é também constructo complexo e multifacetado que está sujeito às diferenças culturais e sociais. Até o momento, a QVRS na insuficiência cardíaca tem sido estudada principalmente nos Estados Unidos<sup>(7-10)</sup>, Canadá<sup>(11)</sup>, Europa<sup>(12-14)</sup> e Ásia<sup>(15)</sup>. Devido à falta de estudos, pouco se sabe como a IC influencia a QVRS sobre as populações da América do Sul<sup>(16-17)</sup>.

Este estudo foi orientado pela seguinte questão: "quais são as associações entre a qualidade de vida relacionada à saúde, variáveis demográficas e clínicas em pacientes com insuficiência cardíaca acompanhados em um ambulatório de um hospital público no Brasil?".

Para preencher essa lacuna no conhecimento, o presente estudo buscou identificar os indicadores de qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com insuficiência cardíaca, acompanhados em um hospital público no Brasil.

## Método

### Design, local e sujeitos

Trata-se de um grande estudo que utilizou desenho observacional e de corte transversal, em um hospital universitário, o Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, que atende população mista, proveniente da zona rural e urbana, de toda a Região Sudeste do Brasil. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da referida instituição. Os participantes foram recrutados no ambulatório de Clínica Especializada em Cardiomiopatia da Divisão de Cardiologia do Hospital Universitário. Os critérios de inclusão foram pessoas com 18 anos ou mais, diagnóstico de IC com base em sinais clínicos, radiológicos e ecocardiográficos e consulta

médica do participante no ambulatório do referido hospital, durante o período do estudo. Os critérios de exclusão foram presença de doença neurológica, doença psiquiátrica (como a demência ou esquizofrenia) ou disfunção cognitiva.

O período de coleta de dados foi de fevereiro de 2005 a agosto de 2006 e 138 pacientes foram convidados a participar do estudo. Dois pacientes se recusaram a participar e seis não puderam participar devido às suas condições físicas, psicológicas e cognitivas. Amostra de conveniência, formada por 130 pacientes, foi analisada no presente estudo.

### A coleta de dados e instrumentos

Os dados foram coletados imediatamente após a consulta médica do paciente. Outros dados clínicos foram obtidos por meio da revisão dos prontuários dos participantes. Para testar a compreensão e relevância dos instrumentos de coleta de dados, foi realizado teste piloto com dez participantes. Como nenhuma alteração foi necessária, eles foram incluídos na amostra final.

Os instrumentos utilizados para medir as variáveis de interesse estão mostrados a seguir.

- *A qualidade de vida relacionada à saúde*: medida pelo escore total do *Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire* (MLHFQ)<sup>(8)</sup>. O escore total do MLHFQ variou de zero a 105, com escores menores significando melhor QVRS. Esse instrumento de medida é válido e confiável<sup>(3)</sup>. A versão em português do MLHFQ<sup>(17)</sup> foi utilizada no presente estudo e a consistência interna para a escala total foi de 0,93, na amostra estudada.

- *A percepção do estado de saúde mental*: medida utilizando-se dois domínios do *Medical Outcomes Study Short-Form SF-36*: saúde mental (sofrimento psíquico e o bem-estar) e vitalidade (energia e fadiga)<sup>(18)</sup>. Os intervalos possíveis variam de zero a 100, os escores mais elevados refletem melhor percepção de saúde em ambos os domínios. O SF-36 foi adaptado culturalmente para o Brasil<sup>(19)</sup> e se mostrou válido e confiável quando usado em pacientes com IC<sup>(16)</sup>.

- *Outras variáveis*: os dados demográficos coletados, durante a entrevista, foram idade, sexo, escolaridade (em anos), situação conjugal (casado/com um parceiro *versus* não) e atividade laboral (trabalho remunerado *versus* não). Os dados clínicos incluídos foram: etiologia da IC, acompanhamento da doença IC, tempo de acompanhamento (em anos), fração de ejeção ventricular esquerda (FEVE), teste de ecocardiograma para avaliar disfunção ventricular esquerda, classificação

funcional da New York Heart Association (CF NYHA I, II, III e IV) para medir os sintomas de IC, o número de comorbidades, número de medicamentos prescritos e presença de marca-passo artificial ou de terapia de ressincronização cardíaca. Duas dessas variáveis clínicas foram agrupadas: FEVE (menos de 30% e entre 30 e 44%) e da CF NYHA (CF NYHA I para IC assintomática e CF NYHA II a IV para insuficiência cardíaca sintomática).

### A análise dos dados

Os dados foram analisados utilizando-se o programa SPSS (*Statistical Package for Social Science*, versão 15.0). A análise descritiva foi realizada para todas as variáveis. Para avaliar a correlação das variáveis demográficas e clínicas com a medida da QVRS, foi utilizado o teste de correlação de Pearson. Para as variáveis categóricas, realizou-se o teste t de *Student* para avaliar as diferenças na pontuação média do valor total do MLHFQ, entre as categorias. As correlações de Pearson foram calculadas entre as variáveis contínuas (idade, formação educacional, tempo de seguimento da doença no ambulatório de IC e fração de ejeção ventricular esquerda) e QVRS (medida pelo escore total MLHFQ). Análise de regressão linear, utilizando um modelo de regressão múltipla, foi realizada para examinar a associação entre a medida da QVRS e variáveis demográficas, clínicas e da saúde mental percebida. Idade e sexo foram considerados fatores que antecedem a presença na IC e ajustados no modelo antes da entrada das variáveis clínicas. O nível de significância foi de 0,05.

### Resultados

Foram incluídos no estudo 130 pacientes com idade média de 55,1 anos (dp=14,9), sendo que a maior parte deles tinha menos de 60 (78,60%). A maioria era de participantes do sexo masculino (n=77; 59,2%), casados ou que viviam com um parceiro (80, 61,5%), com baixo nível educacional (quatro anos de estudo formal, em média) e não possuíam trabalho remunerado (107, 82,3%) (Tabela 1).

O tempo de acompanhamento no ambulatório foi de 1,5 anos em média, variando de zero (isto é, os participantes que estavam começando o acompanhamento no dia da entrevista) até 4,8 anos. A maioria era de pacientes (80, 61,6%) sintomáticos, em classe, CF NYHA II-IV. A média da FEVE foi de 27% (dp=29; variando de 10 a 43%), 46,9% tinham disfunção ventricular grave e 32,3% apresentavam disfunção moderada de ventrículo esquerdo. Vinte e um pacientes (15,4%) tinham marca-

passo, devido à bradicardia, e nenhum deles utilizava terapia de ressincronização cardíaca (Tabela 1).

Cinquenta e nove participantes (44,3%) relataram pelo menos uma comorbidade e 86 (47%) apresentaram doenças associadas, tais como: hipertensão arterial sistêmica, fibrilação atrial crônica, arritmias e hipertireoidismo. Entre os participantes, houve grande variação em relação ao uso de medicamentos, com indivíduos usando de uma a dez classes diferentes de medicamentos (média=5,8 e dp=1,8). Os medicamentos mais comuns utilizados pelos pacientes e relatados nos prontuários foram diuréticos, enzima conversora da angiotensina, betabloqueadores e digitálicos.

Tabela 1 – Características da amostra (n=130)

Variáveis	Média (dp) ou n (%)
Idade	55,1 (14,9)
Menor que 60	78 (60,0%)
60 ou mais	52 (40,0%)
Masculino	77 (59,2%)
Situação conjugal (casado/parceiro)	80 (61,5%)
Escolaridade (anos)	3 (3,9)
Trabalho (sem atividade remunerada)	107 (82,3%)
Tempo de seguimento ambulatorial da IC (anos)	1,5 (1,4)
Classe funcional (NYHA)	
I (assintomático)	49 (37,7%)
II/III ou IV (sintomático)	80 (61,6%)
Não informado	1 (0,7%)
Fração de ejeção ventricular esquerda	27% (29)
Menor que 30% (disfunção grave)	61 (46,9%)
30 a 40% (moderado)	42 (32,3%)
Não informado	27 (20,8%)
Presença de marca-passo (sim)	21(15,4%)

Quando à medida da QVRS, a média do MLHFQ foi de 34,9 (dp=24,8; intervalo obtido entre 0 e 99). A associação entre a medida da QVRS e a idade foi negativa e fraca ( $r=-0,177$ ,  $p=0,044$ ), embora estatisticamente significativa. Foi observada fraca associação entre a medida da QVRS e o período de seguimento ambulatorial da IC ( $r=-0,233$ ,  $p=0,015$ ), bem como a medida da QVRS e a fração de ejeção do ventrículo esquerdo ( $r=-0,236$ ,  $p=0,017$ ) (Tabela 2). Não foi encontrada correlação entre a medida da QVRS e escolaridade ( $r=0,004$ ,  $p=0,960$ ). No entanto, as medidas da percepção de saúde mental, variável exploratória de interesse no estudo, as quais foram obtidas pelos domínios do SF-36, vitalidade ( $r=-0,625$ ,  $p<0,001$ ) e saúde mental ( $r=-0,672$ ,  $p<0,001$ ) tiveram forte e significativa correlação com a QVRS (Tabela 2).

Tabela 2 – Coeficientes de correlação de Pearson, entre as medidas de QVRS (escore total do MLHFQ) e variáveis explanatórias

Variáveis explanatórias	r*	p†
Idade (anos)	-0,177	0,044
Escolaridade (anos)	0,004	0,960
Tempo de seguimento da IC (anos)	-0,0213	0,015
Fração de ejeção ventricular esquerda	-0,236	0,017
Vitalidade (domínio SF-36)	-0,625	< 0,001
Saúde mental (domínio SF-36)	-0,672	< 0,001

\*correlação de Pearson; †p

Não foram encontradas associações entre a medida de QVRS e as variáveis demográficas. Embora os pacientes mais jovens e do sexo feminino apresentassem escores mais altos, na medida total do MLHFQ (indica a percepção de mais efeitos negativos da IC na qualidade de vida), do que pacientes mais velhos e do sexo masculino, essas diferenças não foram estatisticamente significativas ( $p=0,092$  e  $p=0,052$ , respectivamente). A QVRS também não variou com o estado civil (Tabela 3). A QVRS foi menor e estatisticamente significativa considerando a presença de sintomas ( $p<0,001$ ), mas as diferenças não foram significativas quando considerados os grupos, segundo a disfunção ventricular esquerda ( $p=0,054$ ) (Tabela 3).

A análise múltipla foi realizada utilizando o modelo de regressão com método *stepwise*, em três fases ou etapas. Na primeira, foi inserida no modelo a variável classe funcional da NYHA e, em seguida, as escalas de saúde

mental e vitalidade. Depois de entrar na primeira fase, o  $R^2$  ajustado foi de 0,204. Assim, a presença dos sintomas da IC, por si só, explicou cerca de 20% da variância da medida de QVRS. Com a adição das escalas de saúde mental e vitalidade ao  $R^2$  foi aumentado para 0,496 (49% da variância QVRS) e esse aumento foi estatisticamente significativo (valor  $p<0,001$ ). O modelo final explicou 54% do total da variação da medida do questionário de Minnesota, e também a vitalidade e a saúde mental, em conjunto com classe funcional, explicou 34% da variância (Tabela 4).

Tabela 3 – Média dos valores do MLHFQ total por categorias das variáveis explanatórias

Variáveis explanatórias	Média (dp)	p*
Sexo		0,092
Feminino	39,3 (23,3)	
Masculino	31,8 (25,4)	
Idade (anos)		0,052
Menor que 60	38,3 (25,6)	
60 ou mais	29,7 (22,7)	
Situação conjugal		0,869
Casado/vivendo parceiro	35,4 (25,7)	
Viúvo/divorciado/separado/solteiro	34,6 (23,5)	
Classe funcional (NYHA)		<0,001
I (assintomático)	21,0 (16,7)	
II/III or IV (sintomático)	42,7 (23,9)	
Fração de ejeção ventricular esquerda		0,054
Menor que 30% (disfunção grave)	39,6 (26,6)	
30 a 40% (moderada)	29,8 (22,2)	

\*valores de p provenientes do teste t de Student

Tabela 4 – Análise de regressão do MLHFQ total e as variáveis explanatórias

Variável explanatória	Coefficiente	Erro padrão	p*	r <sup>2</sup> †	p ‡
Fase 1					
Classe funcional NYHA (ref.: classe I)					
Classes II, III, IV	0,460	4,537	0,00	0,204	0,000
Fase 2					
Classe funcional	0,300	3,764	0,00		
Saúde mental	-0,566	0,78	0,00	0,496	0,00
Fase 3					
Classe funcional NYHA	0,208	3,725	0,00		
Saúde mental	-0,477	0,096	0,00		
Vitalidade	-0,195	0,104	0,33	0,541	0,00

\*p valor pelo teste t de Student; † correlação de Pearson ‡ p valor

## Discussão

A contribuição da percepção da saúde mental (medida pela vitalidade e saúde mental, dois domínios do SF-36), que explica a variação da QVRS, foi alta (31%), após o ajuste para variáveis demográficas e clínicas, e é consistente com os resultados normalmente obtidos a partir de estudos observacionais em estudos clínicos<sup>(14)</sup>.

Esses resultados apoiam a hipótese de que a gravidade dos sintomas e fatores psicológicos (tais como depressão, humor e ansiedade) contribuem significativamente para a QVRS em pacientes com IC<sup>(9-10,20)</sup>. Os níveis de QVRS, neste estudo, foram semelhantes aos encontrados em outros pacientes com insuficiência cardíaca no Brasil<sup>(16,19,21)</sup> e nos EUA<sup>(5,10,14)</sup>.

Os participantes deste estudo têm, predominantemente, idade inferior a 60 anos, são do sexo masculino, casados, com baixo nível educacional e não têm emprego remunerado. A maioria dos pacientes era sintomática e eles foram classificados como tendo disfunção moderada a grave. Entre os participantes, a menor QVRS foi associada à gravidade dos sintomas da IC (classes II, III e IV da NYHA), e disfunção ventricular esquerda grave. Esses resultados são coerentes com estudos realizados no Reino Unido<sup>(14)</sup> e nos Estados Unidos<sup>(4,7-8)</sup>. Em consonância com outros estudos, os pacientes mais jovens e mulheres apresentaram baixa QVRS<sup>(3-4)</sup>, mas não houve associação com o estado civil. Os sintomas físicos foram os mais poderosos preditores da QVRS em pacientes com insuficiência cardíaca<sup>(22)</sup>.

Os pacientes deste estudo pertencem, essencialmente, ao baixo estado socioeconômico e têm altas taxas de analfabetismo, situação comum entre os pacientes tratados em hospitais públicos brasileiros<sup>(16,19,21-23)</sup>. A amostra de pacientes com IC também foi similar às populações de outros estudos no Brasil<sup>(16,21,24)</sup>. Embora as amostras utilizadas em outros estudos, realizados nos EUA<sup>(8,25)</sup> e na Espanha<sup>(20)</sup>, apresentem características semelhantes, a maioria das amostras apresentou níveis socioeconômicos e educacionais consideravelmente mais elevados. No futuro, propõe-se, aqui, a inclusão de novo estudo com pacientes com melhores condições educacionais e socioeconômicas, a fim de melhorar o conhecimento sobre a saúde dessa população.

O impacto dos sintomas da IC é tanto físico quanto psicossocial, e saber lidar com esses sintomas de forma eficaz é aspecto fundamental para o sucesso da gestão e autocuidado da IC<sup>(3,10)</sup>. Dada a importância da QVRS para o paciente, a adaptação das intervenções de controle da doença para tornar o autocuidado eficaz para a IC, no Brasil, é prioridade<sup>(16-17,24)</sup>. Programas de apoio ao autocuidado devem incluir tanto os pacientes e parceiros bem como análise de várias formas para garantir que as muitas facetas dessas intervenções estejam disponíveis e sejam benéficas para os pacientes com níveis socioeconômico e educacional muito baixos<sup>(9,24-25)</sup>.

Estes resultados sugerem que o desenvolvimento e a oferta das intervenções para melhorar o estado psicológico podem melhorar o estado dos sintomas físicos e a QVRS, em pacientes com IC<sup>(22)</sup>. Os pacientes com IC que têm maior risco para apresentar menor qualidade de vida quando forem adultos, com idade menor que 60 anos, apresentaram pior estado funcional e maior prevalência e sobrecarga dos sintomas<sup>(3)</sup>. Embora o oferecimento de psicoterapias para expressiva população com sintomas depressivos possa ser oneroso, essa estratégia poderá

compensar os custos pela redução das taxas de re-hospitalização, as quais também são comuns em pacientes com insuficiência cardíaca no Brasil.

## Conclusão

Quanto aos efeitos da IC na QVRS, houve fraca associação entre a QVRS e o período de seguimento da insuficiência cardíaca bem como entre a QVRS e a fração de ejeção do ventrículo esquerdo. No entanto, a percepção de saúde mental, a variável exploratória de interesse, medida pela vitalidade e de saúde mental, domínios do SF-36, teve associação significativa com a QVRS. A contribuição da percepção da saúde mental explicou a variação da QVRS e foi maior após o ajuste para variáveis demográficas e clínicas. Estes resultados apoiam a hipótese de que fatores psicológicos e sintomas de gravidade podem contribuir significativamente para melhorar a QVRS, em pacientes com IC. Estes resultados indicam a importância de se manter o controle sobre os sintomas de insuficiência cardíaca e a melhora da saúde mental.

O estudo é limitado pelo seu delineamento transversal e pelas limitações relacionadas ao número de variáveis que poderiam ser medidas. Futuramente, estudos longitudinais são necessários para examinar a influência das dimensões clínicas e psicossociais sobre QVRS, durante a evolução da insuficiência cardíaca. Os resultados sugerem que as intervenções voltadas para melhorar a vitalidade e a saúde mental podem ser úteis para a manutenção de elevado nível de QVRS entre pacientes com IC crônica.

## Referencias

1. Rosamond W, Flegal K, Furie K, Go A, Greenlund K, Haase N, et al. Heart disease and stroke statistics-2008 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation*. 2008;117(4):e25-146.
2. Datasus - Departamento de Informática do SUS. [homepage na Internet] Brasília: Ministério da saúde c2008-2009 [acesso 1 dez 2009]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2008/matriz.htm>.
3. Zambroski CH, Moser DK, Bhat G, Ziegler C. Impact of symptom prevalence and symptom burden on quality of life in patients with heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2005; 4(3):198-206.
4. Clark DO, Tu W, Weiner M, Murray MD. Correlates of health-related quality of life among lower-income, urban adults with congestive heart failure. *Heart Lung*. 2003;32(6):391-401.

5. Littik ML, Lesman-Leegte I, Jaarsma T. Quality of life and depressive symptoms in heart failure patients and their partners: the impact of role and gender. *J Card Fail.* 2009;15(7):580-5.
6. Fini A, Cruz DALM. Characteristics of fatigue in heart failure patients: a literature review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2009;17(4):557-65.
7. Carels RA. The association between disease severity, functional status, depression and daily quality of life in congestive heart failure patients. *Qual Life Res.* 2004;13:63-72.
8. Rector TS, Kubo SH. Patients' self-assessment of their congestive heart failure. *Heart Fail.* 1987;(3):198-209.
9. Heo S, Lennie TA, Okoli C, Moser DK. Quality of life in patients with heart failure: ask the patients. *Heart Lung.* 2009;38(2):100-8.10.
10. Artinian NT, Harden JK, Kronenberg MW, Vander JS, Daher E, Stephens Q, et al. Pilot study of a Web-based compliance monitoring device for patients with congestive heart failure. *Heart Lung.* 2003;32(4):226-33.
11. Ducharme A, Doyon O, White M, Rouleau JL, Brophy JM. Impact of care at a multidisciplinary congestive heart failure clinic: a randomized trial. *CMAJ.* 2005;173(1):40-5.
12. Ekman I, Fagerberg B, Lundman B. Health-related quality of life and sense of coherence among elderly patients with severe chronic failure in comparison with healthy controls. *Heart Lung.* 2002;31(2):94-101.
13. Middel B, Bouma J, Jongste M, van Sonderen E, Niemeijer MG, van den Heuvel W. Psychometric properties of the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHF-Q). *Clin Rehabil.* 2001;15(5):489-500.
14. Hobbs FD, Kenkre JE, Roalfe AK, Davis RC, Hare R, Davies MK. Impact of heart failure and left ventricular systolic dysfunction on quality of life: a cross-sectional study comparing common chronic cardiac and medical disorders and a representative adult population. *Eur Heart J.* 2002;23(23):1867-76.
15. Jeng C, Yang MH, Chen PL, Ho CH. The influence of exercise tolerance on quality of life among patients with heart failure. *Qual Life Res.* 2004;13:925-32.
16. Scattolin FAA, Diogo MJD, Colombo RCR. Correlation between instruments for measuring health-related quality of life and functional independence on elderly with heart failure. *Public Health.* 2007;23(11):2705-15.
17. Carrara D. Avaliação prospectiva da qualidade de vida em pacientes com miocardiopatia dilatada submetidos à ventriculectomia parcial esquerda. [dissertação de mestrado]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2001. 77 p.
18. 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.
19. Ciconelli RM, Ferraz MF, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Brazilian-Portuguese version of the SF-36. A reliable and valid quality of life outcome measure. *Rev Bras Reumatol.* 1999;39(3):143-50.
20. Rodríguez-Artalejo F, Guallar-Castillon P, Pascual CR, Otero CM, Montes AO, Garcia AN, et al. Health-related quality of life as a predictor of hospital readmission and death among patients with heart failure. *Arch Intern Med.* 2005;165(11):1274-9.
21. Saccomann IC, Cintra FA, Gallani MCBJ. Psychometric properties of the Minnesota Living with Heart Failure-Brazilian version--in the elderly. *Qual Life Res.* 2007;16(6):997-1005.
22. Heo S, Doering LV, Widener J, Debra K, Moser DK. Predictors and effect of physical symptom status on health-related quality of life in patients with heart failure. *Am J Crit Care.* 2008;17(2):124-32.21.
23. Dantas RAS, Ciol MA. Quality of life after coronary artery bypass surgery. *West J Nurs Res* 2008;30(4):477-90.
24. Rabelo ER, Aliti GB, Domingues FB, Ruschel KB, Brun AO. What to teach to patients with heart failure and why: the role of nurses in heart failure clinics. *Rev Latino-Am. Enfermagem.* 2007;15(1):165-70.
25. Clark AM, Thompson DR. The future of heart failure disease management programs. *Lancet.* 2008;372(9641):784-6.

Recebido: 5.5.2010

Aceito: 15.3.2011

### Como citar este artigo:

Pelegriño VM, Dantas RAS, Clark AM. Determinantes da qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes ambulatoriais com insuficiência cardíaca. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. maio-jun 2011 [acesso em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_];19(3):[07 telas]. Disponível em: \_\_\_\_\_

URL

dia | mês abreviado com ponto | ano