

# Associação das condições sociais e clínicas à qualidade de vida de pacientes com insuficiência cardíaca



*Association of social and clinical conditions to the quality of life of patients with heart failure*

*Asociación de condiciones social y clínicas para calidad de vida del paciente con insuficiencia cardiaca*

**Mailson Marques de Sousa<sup>a</sup>**  
**Jacira dos Santos Oliveira<sup>a</sup>**  
**Maria Julia Guimarães Oliveira Soares<sup>a</sup>**  
**Simone Maria Muniz da Silva Bezerra<sup>b</sup>**  
**Angela Amorim de Araújo<sup>c</sup>**  
**Simone Helena dos Santos Oliveira<sup>a</sup>**

## Como citar este artigo:

Sousa MM, Oliveira JS, Soares MJGO, Bezerra SMMS, Araújo AA, Oliveira SHS. Associação das condições sociais e clínicas à qualidade de vida de pacientes com insuficiência cardíaca. Rev Gaúcha Enferm. 2017;38(2):e65885. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.65885>.

doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.65885>

## RESUMO

**Objetivo:** Analisar a associação entre as condições sociodemográficas e clínicas com a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com insuficiência cardíaca.

**Método:** Estudo transversal, com amostra não probabilística de 84 pacientes com insuficiência cardíaca, em seguimento ambulatorial, realizado no município de João Pessoa, PB, Brasil, no período de janeiro a julho de 2015. Utilizou-se o questionário *Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire*. Na análise dos dados, foram aplicados os testes: *t-Student*, ANOVA e Correlação de Pearson, com nível de significância de 5%.

**Resultados:** Os escores médios do *Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire* revelaram boa qualidade de vida do grupo pesquisado. Houve associação negativa significativa entre qualidade de vida e idade: portanto, quanto menor a idade, pior a qualidade de vida.

**Conclusão:** Fazem-se necessárias ações de promoção à saúde para melhorar a capacidade de enfrentamento dessa doença, em especial, para os pacientes mais jovens.

**Palavras-chave:** Insuficiência cardíaca. Qualidade de vida. Associação. Promoção da saúde.

## ABSTRACT

**Objective:** To analyze the association between sociodemographic and clinical conditions with the quality of life related to health of heart failure patients

**Method:** Cross-sectional study with a non-random sample of 84 outpatients with heart failure, performed in the city of João Pessoa, PB, Brazil, in the period from January to July 2015. The questionnaire by name Minnesota Living with Heart Questionnaire was used. The following tests were applied in data analysis: *t-Student*, ANOVA and Pearson's Correlation, with a 5% significance level.

**Results:** The average scores of the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire showed a good quality of life in the group under study. There was a significant negative association between quality of life and age: thus the lower the age, the worse the quality of life.

**Conclusion:** Health promotion actions become necessary to improve the coping capacity of this disease, especially for younger patients.

**Keywords:** Heart failure. Quality of life. Association. Health promotion.

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar la asociación entre las condiciones sociodemográficas y clínicas con la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con insuficiencia cardiaca.

**Método:** Estudio transversal con una muestra no probabilística de 84 pacientes ambulatorios con insuficiencia cardiaca, realizados en la ciudad de João Pessoa, PB, Brasil, de enero a julio de 2015. Se utilizó el cuestionario de Minnesota Living with Heart Failure. En el análisis de los datos, se aplicaron las pruebas: la *t* de Student, ANOVA y correlación de Pearson, con un nivel de significación del 5%.

**Resultados:** Las puntuaciones promedio de los Minnesota Living with Heart Failure Cuestionario mostraron una buena calidad de vida del grupo estudiado. Hubo una asociación negativa significativa entre la calidad de vida y la edad: por lo tanto cuanto más joven peor es la calidad de vida.

**Conclusión:** son acciones de promoción de la salud necesarias para mejorar la capacidad de control de esta enfermedad, especialmente para los pacientes más jóvenes.

**Palabras clave:** Insuficiencia cardiaca. Calidad de vida. Asociación. Promoción de la salud.

<sup>a</sup> Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

<sup>b</sup> Universidade de Pernambuco (UPE), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Recife, Pernambuco, Brasil.

<sup>c</sup> Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Centro de Ciências da Saúde, Escola Técnica de Saúde. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

## ■ INTRODUÇÃO

A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome clínica caracterizada pela deterioração fisiológica do coração, que o impede de bombear sangue em quantidades necessárias para atender às necessidades metabólicas e teciduais do organismo. É considerada como a via final comum da maioria das cardiopatias, sendo um dos mais importantes desafios clínicos atuais<sup>(1)</sup>.

A IC é uma epidemia em progressão, em virtude dos altos índices de mortalidade e hospitalizações. Além disso, provoca enormes custos econômicos e sociais para os serviços em saúde<sup>(2)</sup>. O envelhecimento da população e a maior sobrevivência à enfermidade, devido a melhorias nos métodos de diagnóstico e tratamento, têm sido apontadas como algumas das razões para o aumento da prevalência da IC nas últimas décadas<sup>(2)</sup>.

Estima-se que a prevalência da IC nos Estados Unidos seja em torno de 5,1 milhões de pessoas. Na América Latina, a IC descompensada ocupa papel de destaque como a principal causa de internação por doença cardiovascular, sendo a maior frequência em pessoas de 65 anos ou mais<sup>(3)</sup>.

No Brasil, a maioria dos registros da IC é limitada a estudos unicêntricos e ao banco de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)<sup>(4)</sup>. Nesse cenário, no biênio 2013-2014, foram realizadas 460.813 internações hospitalares por IC e a proporção de mortalidade para o período foi de 9,76%<sup>(5)</sup>.

Apesar dos grandes avanços no manejo clínico e no tratamento, a IC é uma condição que continua a desafiar pelo sofrimento físico, psicológico, social e existencial, ocasionados pelo avanço da doença e pelas mudanças nos hábitos de vida necessárias para melhorar a gestão do autocuidado e a manutenção de uma boa qualidade de vida<sup>(1,3)</sup>.

No campo da saúde, a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) vem sendo definida como a percepção do indivíduo sobre a influência da doença na sua vida<sup>(6)</sup>. Assim, a QVRS mensura a percepção das pessoas que convivem com a doença, através da capacidade funcional, saúde ocupacional, percepção geral do estado de saúde, bem como o funcionamento psicológico e social no contexto em que estão inseridas<sup>(6-7)</sup>.

Por se tratar de uma doença crônica, com potenciais desfechos desfavoráveis, a IC tem um impacto na QVRS dos pacientes. Os sintomas da doença (dispneia, fadiga), distúrbios psicológicos (ansiedade, depressão), efeitos adversos das medicações e custos com o tratamento acarretam alterações adicionais na vida diária. Além disso, idade, sexo, disfunção ventricular, classe funcional e gravidade da IC configuram-se como variáveis que podem influenciar na percepção da QVRS<sup>(2-3)</sup>.

Estudo que objetivou identificar fatores que afetam a QVRS de pacientes coreanos com IC concluiu que o status econômico, funcional e o sexo afetam a percepção da QVRS<sup>(7)</sup>. Outra pesquisa, realizada na Sérvia, apontou que quanto maior o tempo da doença, maior o surgimento de sintomas depressivos, acarretando prejuízos emocionais e percepção negativa da qualidade de vida<sup>(6)</sup>. Diante disso, mostra-se relevante a condução de estudos que permitam identificar as condições sociodemográficas e clínicas de pessoas com IC em diferentes contextos, com o intuito de estabelecer possíveis associações com a QVRS.

Sendo assim, o cuidado de enfermagem na assistência a doentes crônicos, especialmente nos pacientes com IC torna-se importante. Uma vez que, a Enfermagem é um campo do saber em que os conhecimentos gerados se reverterem para o cuidado das pessoas. Logo, a profissão necessita direcionar pesquisas com a finalidade de aprofundar a temática e incentivar o desenvolvimento de tecnologias do cuidado direcionadas à promoção da saúde, redução do adoecimento, adesão terapêutica e qualidade de vida.

No cenário nacional, os estudos centram-se particularmente na região Sudeste<sup>(8-9)</sup>, mostrando-se necessária a proposição de novas pesquisas que abranjam as demais regiões do país. Considerando a pluralidade cultural brasileira, verifica-se que o assunto não foi explorado na região Nordeste, particularmente em João Pessoa – PB. Salienta-se ainda, a necessidade de reconhecer que essa questão se trata de um problema de saúde pública.

Desse modo, o presente estudo suscitou o seguinte questionamento: qual a associação existente entre as condições sociodemográficas e clínicas com a qualidade de vida relacionada à saúde dos pacientes com insuficiência cardíaca? Assim, o objetivo deste estudo consiste em analisar a associação entre as condições sociodemográficas e clínicas com a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com insuficiência cardíaca.

## ■ MÉTODO

Estudo descritivo, de abordagem quantitativa com corte transversal, realizado no ambulatório de cardiologia de duas instituições hospitalares públicas do município de João Pessoa-PB, Brasil. A população do estudo foi composta por pacientes com diagnóstico de IC.

Os critérios de inclusão foram: pacientes com idade  $\geq$  18 anos, de ambos os sexos, com diagnóstico de IC, em seguimento ambulatorial durante o período de coleta de dados. Não foram incluídos no estudo pacientes com câncer, doença pulmonar, disfunção cognitiva ou que apresentassem desconforto clínico, como dispneia e fadiga, durante a entrevista.

No período de 12 de janeiro a 29 julho de 2015, foi realizada a coleta de dados por meio de amostragem não probabilística e de forma consecutiva. Neste período, foram atendidos 91 pacientes com IC; destes, três se recusaram a participar do estudo e quatro não puderam participar devido a barreiras de compreensão e comunicação. A amostra final foi constituída por 84 pacientes com IC em seguimento ambulatorial.

Para caracterização sociodemográfica, registrou-se idade, gênero, raça, situação conjugal e escolaridade. No perfil clínico foram identificadas: classe funcional da IC segundo critérios da *New York Heart Association* – NYHA, Classe I – ausência de sintomas (dispneia) durante atividades cotidianas, sendo a limitação para esforços semelhante à esperada em indivíduos normais; Classe II – sintomas desencadeados por atividades cotidianas; Classe III – sintomas desencadeados em atividades menos intensas que as cotidianas ou pequenos esforços; Classe IV – percebe-se sintomas (dispneia) em repouso<sup>(2)</sup>. Além disso, registrou-se fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) conforme registro contido em laudo de ecocardiograma, antecedentes pessoais (comorbidades) e tratamento farmacológico.

A qualidade de vida foi avaliada usando a versão brasileira validada do *Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire* (MLHFQ), composto de 21 questões, com escala do tipo Likert que varia de 0 (sem limitações) a 5 (limitação máxima). O escore é obtido através da quantificação dos 21 itens. O MLHFQ engloba duas dimensões: uma física, que corresponde à soma das questões 1 a 7, 12 e 13, e uma emocional, referente às questões 17 a 21. As outras questões (8, 9, 10, 11, 14, 15 e 16) estão relacionadas ao estilo de vida, situações financeiras e efeitos colaterais de medicações. Estas, somadas às dimensões anteriores, formam o escore total. Escores mais altos indicam pior QV, e escores mais baixos, melhor QV<sup>(10)</sup>.

O preenchimento dos instrumentos foi realizado pelo pesquisador responsável, junto ao paciente como também foi conferido através das informações presentes nos prontuários, antes ou após a consulta médica, em local reservado, por meio de entrevista.

Os dados foram transportados para uma planilha do programa *Excel for Windows* e, posteriormente, processados e analisados usando o programa *IBM Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 21.0. Na análise estatística foram utilizadas técnicas de estatística descritiva e inferencial. Para análise da confiabilidade, foi utilizado o cálculo do coeficiente de alfa de *Cronbach*, sendo considerado como critério satisfatório  $\alpha > 70$ .

As variáveis contínuas foram expressas como média e desvio padrão, e as categóricas, com frequências absolutas e percentuais. Verificou-se a normalidade dos dados pelo teste de *Kolmogorov Smirnov*. A comparação das médias dos escores do MLHFQ entre as variáveis do estudo foi verificada

por meio dos testes *t-Student* para amostras independentes e *ANOVA one way*. Para avaliar a correlação das variáveis sociodemográficas e clínicas com escores do MLHFQ, foi utilizado o teste de correlação de *Pearson*. Um valor de *p* bicaudal menor que 0,05 foi considerado estatisticamente significativo.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley, da Universidade Federal da Paraíba (Parecer nº 919.725/2014), com anuência dos locais selecionados para o estudo. Todos os participantes receberam de forma verbal e por escrito as informações da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo respeitou as recomendações de pesquisa envolvendo seres humanos de acordo com Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

## ■ RESULTADOS

A amostra consistiu de 84 pacientes com diagnóstico de insuficiência cardíaca, na faixa etária entre 23 e 86 anos, com média de idade  $58,82 \pm 12,78$  anos. Com relação ao perfil sociodemográfico, foi possível constatar que 60,7% dos participantes eram da cidade de João Pessoa e 39,3% de outros municípios, 53,6% eram mulheres, 50,0% declarou ser de raça branca e 67,8% eram casados ou viviam em união estável. Na amostra, predominou o baixo nível educacional, com 56,0% apresentando ensino fundamental incompleto ou completo, e 20,2% de analfabetos. A aposentadoria e a renda familiar de 02 salários mínimos foram características presentes (58,3% e 48,8% da amostra, respectivamente).

No que diz respeito às características clínicas, a maioria dos participantes encontrava-se nas classes funcionais I e II (44% e 36,9%, respectivamente), segundo os critérios estabelecidos pela *New York Heart Association* (NYHA). A etiologia da IC mais frequente foi a não isquêmica (72,6%). A média da Fração de Ejeção do Ventrículo Esquerdo (FEVE) foi de  $50 \pm 14,6$ , variando de 19% a 74%. Quanto à presença de comorbidades associadas à IC, observou-se que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) foi prevalente 63,1%, seguida do Diabetes Mellitus (DM) (13,1%). Os medicamentos mais utilizados pelos pacientes e registrados em prontuário foram os diuréticos (52,4%). Quatro pacientes 4,8% faziam uso de marcapasso.

Na avaliação da QVRS pelo MLHFQ, os resultados obtidos por dimensões e escore total demonstraram boa QVRS na amostra estudada, com as seguintes médias: física  $15,68 \pm 10,97$ ; emocional  $7,62 \pm 5,05$ , escore total  $33,13 \pm 19,66$ . A consistência interna do instrumento foi verificada pelo alfa de *Cronbach*, que se mostrou boa para o escore total ( $\alpha = 0,90$ ) e dimensão física ( $\alpha = 0,84$ ), e aceitável para a dimensão emocional ( $\alpha = 0,65$ ).

A tabela 1 apresenta a associação das características sociodemográficas com a QVRS dos participantes da pes-

**Tabela 1** – Associação das características sociodemográficas com a qualidade de vida de pacientes com insuficiência cardíaca (n=84). João Pessoa, PB, 2015

Variáveis	Dimensão Física Média±dp*	Dimensão Emocional Média±dp*	Escore Total Média±dp*
<b>Faixa etária<sup>†</sup></b>			
20 ≤ 40	23,50±8,0	10,38±5,04	45,63±17,03
> 40 ≤ 60	16,42±11,48	8,03±4,76	35,12±19,42
> 60	13,63±10,56	6,79±5,16	29,28±19,49
Valor de p	0,056	0,153	0,072
<b>Sexo<sup>†</sup></b>			
Masculino	14,36±10,91	6,79±5,12	30,67±19,85
Feminino	16,80±11,07	8,33±4,93	35,27±19,46
Valor de p	0,313	0,165	0,288
<b>Raça<sup>†</sup></b>			
Branca	16,10±11,20	7,71±5,54	33,71±21,35
Negra	17,23±12,49	6,86±4,32	35,05±20,93
Parda	13,11±8,87	8,37±4,94	29,84±14,66
Indígena	12	6	29
Valor de p	0,656	0,801	0,849
<b>Estado civil<sup>†</sup></b>			
Casado/União estável	16,39±11,32	8,14±5,38	34,75±20,65
Solteiro	15,88±12,54	6,75±4,30	32,13±22,43
Viúvo	11,27±9,34	5,93±3,97	25,87±15,53
Separado/Divorciado	21,50±5,26	8,25±5,12	39,25±8,18
Valor de p	0,580	0,683	0,728
<b>Escolaridade<sup>†</sup></b>			
Analfabeto	15,17±10,67	7,89±4,12	33,22±17,46
Fundamental incompleto/completo	15,30±11,04	7,11±5,46	31,30±20,25
Médio incompleto/completo	18,08±12,18	9,69±4,47	40,62±21,20
Superior incompleto/completo	14,83±11,17	6,33±5,00	31±18,52
Valor de p	0,604	0,053	0,396
<b>Situação profissional<sup>†</sup></b>			
Empregado	18,76±11,21	9,65±5,56	39,82±20,88
Aposentado	14,16±10,57	6,82±4,73	29,71±17,76
Auxílio doença	21,40±12,30	9,80±4,60	46,60±23,50
Do lar	15,08±11,61	7,15±5,25	32,08±21,42
Valor de p	0,305	0,170	0,118
<b>Renda familiar<sup>†</sup></b>			
01 salário mínimo	14,36±10,75	6,28±4,33	30,36±18,24
02 salários mínimos	17,00±10,58	8,54±5,36	35,63±20,00
03 salários mínimos	13,60±13,71	7,40±5,60	29,50±23,10
> 03 salários mínimos	15,50±11,58	7,38±4,65	33,50±19,69
Valor de p	0,734	0,375	0,689

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

Salário mínimo vigente em 2015, R\$ 778,00 reais.

\*dp= desvio padrão; <sup>†</sup>Teste t-Student para amostras independentes; <sup>†</sup>ANOVA one way.

quisa. Com relação à medida da QVRS, a média foi maior no sexo feminino, evidenciando percepção mais negativa da QVRS neste grupo. Não houve diferença estatisticamente para nenhuma variável investigada.

A tabela 2 apresenta a associação das características clínicas com a medida da QVRS. Observou-se que os pacientes com HAS apresentaram maiores escores, demonstran-

do alterações negativas na percepção da QVRS no grupo, sendo a associação estaticamente significativa para dimensão emocional ( $p < 0,001$ ). Houve ainda significância para a variável marcapasso ( $p < 0,001$ ).

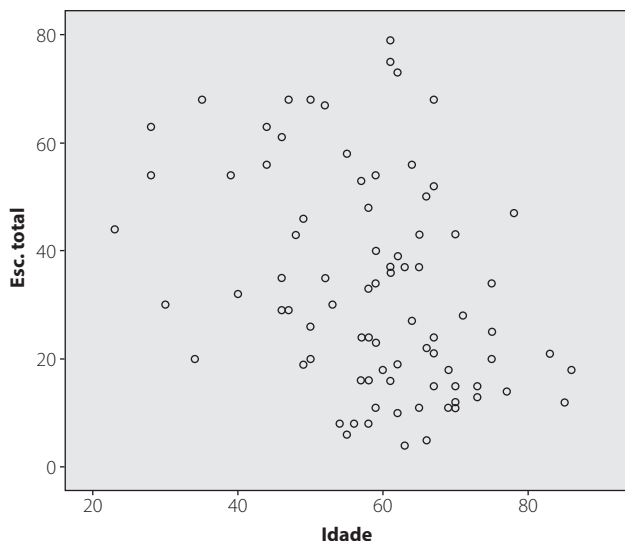
Aplicou-se o teste de correlação de *Pearson* para avaliar a relação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e a QVRS dos participantes do estudo. Na análise identi-

**Tabela 2** – Associação das características clínicas com a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com insuficiência cardíaca (n=84). João Pessoa, PB, 2015

Variáveis	Dimensão Física Média±dp*	Dimensão Emocional Média±dp*	Escore Total Média±dp*
<b>Etiologia<sup>†</sup></b>			
Isquêmica	13,86±1,30	7,22±4,95	30,06±20,04
Não isquêmica	17,02±10,68	7,92±5,15	35,44±19,27
Valor de p	0,413	0,868	0,948
<b>Classe funcional (NYHA)<sup>§¶</sup></b>			
I	15,89±12,24	8,19±5,792	34,35±22,94
II	13,10±10,28	6,97±4,90	29,48±18,02
III	20,12±7,94	7,56±3,30	37,38±13,25
Valor de p	0,218	0,088	0,070
<b>Presença de comorbidades<sup>†</sup></b>			
Hipertensão arterial	16,98±11,65	7,98±5,26	36,09±20,74
Diabetes Mellitus	13,73±10,60	7,73±5,21	28,55±17,94
Obesidade	14,20±9,09	6,80±4,38	27±11,35
Arritmias	11,50±4,20	4,50±2,64	23,50±9,95
Dislipidemias	11,71±12,07	5,71±4,82	26,00±21,11
Nefropatias	12,33±5,85	7,67±1,52	26,00±6,55
Doença reumática	29	17	67
Valor de p	0,644	<0,001**	0,308
<b>Medicações<sup>†</sup></b>			
Diuréticos	17,82±10,99	8,02±4,54	36,09±19,28
Betabloqueadores	12,36±7,86	6±4,6	27,36±14,32
IECA <sup>  </sup> ou BRA <sup>¶</sup>	14,65±12,4	8,57±5,99	33,26±22,81
Vasodilatadores	4,50±4,95	2,50±2,12	11,50±10,60
Digitálicos	13	1	24
Valor de p	0,623	0,177	0,308
<b>Marcapasso<sup>†</sup></b>			
Sim	9,25±4,34	2,25±0,95	20,50±3,87
Não	15,99±11,14	7,89±5,02	33,76±19,92
Valor de p	0,041**	<0,001**	<0,001**

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

\*dp= desvio padrão; <sup>†</sup>Teste t-Student para amostras independentes; <sup>‡</sup>ANOVA one way; <sup>§</sup>NYHA: *New York Heart Association*; <sup>||</sup>IECA: Inibidor da enzima conversora de angiotensina; <sup>¶</sup>BRA: bloqueador do receptor da angiotensina II; <sup>\*\*</sup>Diferença estatisticamente significativa



**Figura 1** – Correlação entre idade e qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com insuficiência cardíaca (n=84). João Pessoa, PB, Brasil, 2015

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

ficou-se correlação negativa significativa entre os escores do MLHFQ e idade para a dimensão física ( $r=-0,378$ ;  $p<0,001$ ), emocional ( $r=-0,277$ ;  $p=0,011$ ) e escore total ( $r=-0,368$ ;  $p=0,01$ ), evidenciando que, à medida em que a idade avança, os escores do MLHFQ diminuem e, conseqüentemente, a QVRS aumenta (Figura 1).

## DISCUSSÃO

Nas últimas décadas, a prevalência e a incidência da IC vêm aumentando de maneira expressiva e, apesar dos avanços no manejo clínico, os índices de hospitalizações, reinternações e taxas de mortalidade permanecem elevados<sup>(11)</sup>. Analisar as condições sociodemográficas e clínicas e sua associação com a QVRS de pacientes com IC é de suma importância, uma vez que a QVRS tem sido um indicador utilizado para nortear práticas assistenciais e auxiliar na definição de políticas públicas, no âmbito de promoção da saúde e prevenção de agravos.

O estudo revelou um perfil de pacientes com distribuição por sexo equilibrada e com predominância da raça branca, casados ou com união estável, baixo nível de escolaridade e renda, com comorbidades associadas à IC e FEVE diminuída.

Concernente às variáveis sociodemográficas, pode-se observar maiores escores de QVRS para o sexo feminino. Na literatura não há indícios suficientes que diferenciem os sexos na IC. No entanto, evidências apontam que o sexo feminino está mais suscetível a fatores psicológicos, sobretudo sintomas de-

pressivos que afetam a QVRS, face às diferenças clínico-epidemiológicas, idade, bem como uma menor ação de enfrentamento da doença, em aceitar ou aderir ao tratamento<sup>(12-13)</sup>.

Na análise das médias da QVRS segundo o estado civil, constatou-se médias maiores para os que vivem separados/divorciados *versus* casados ou com união estável. Esses resultados são coerentes com a literatura, que aponta pacientes casados com um melhor estado emocional, diante do apoio no enfrentamento da doença, diminuindo sintomas de ansiedade e depressão. Pacientes que vivem sozinhos estão predispostos ao isolamento social e a uma menor adesão ao complexo tratamento da IC<sup>(13)</sup>. Desse modo, estes resultados indicam a necessidade de intervenções que favoreçam o enfrentamento dos pacientes que vivem sozinhos, buscando elos na estrutura familiar ou grupos de apoio que possam dar suporte a essas pessoas, contribuindo, dessa forma, para uma melhor gestão de autocuidado.

Em relação à escolaridade, os resultados encontrados se assemelham ao de pesquisas nacionais realizadas em pacientes com IC<sup>(8-9)</sup>. Contudo, no contexto de países da América do Norte<sup>(14-15)</sup>, alguns estudos demonstram média de escolaridade em torno de 12 anos, o que se deve a melhores condições de acesso e qualidade da educação oferecida nos países mais desenvolvidos. Destaca-se, ainda, o elevado número de aposentados no presente estudo, possivelmente determinado por condições de saúde prejudicadas, entre as quais podem estar a IC e/ou as comorbidades associadas, aspectos que podem ter influenciado em aposentadorias precoces, ao se considerar que a média de idade dos pesquisados se situou abaixo da idade mínima estabelecida pela previdência social do país.

Observou-se correlação entre os escores do MLHFQ e idade ( $p=0,01$ ), verificando-se que, com o avançar da idade, a percepção e o enfrentamento da enfermidade melhorou, ou seja, pacientes mais velhos podem ter expectativas mais baixas em relação à sua QVRS e, portanto, referiram pontuações menores do que pacientes mais jovens, indicando um boa QVRS.

Assim como observado nesta pesquisa, estudo recente realizado no Canadá, com 94 pacientes acompanhados em uma clínica multidisciplinar, concluiu que a idade avançada foi agregada a uma melhor confiança para enfrentamento da IC. Além disso, a idade foi determinante para uma melhor gestão das ações de autocuidado, contribuindo para uma melhor percepção da QVRS<sup>(15)</sup>.

Embora não seja possível apontar relações de causalidade em um estudo transversal, cabe considerar que os pacientes mais jovens sofrem mais com o impacto da doença, em virtude das mudanças impostas ao estilo de vida e das restrições necessárias para o manejo adequado da enfermidade. Diante disso, estes resultados indicam que

os pacientes com IC, especialmente os mais jovens, devem ser encorajados a identificar barreiras e soluções de enfrentamento para lidar com a doença de forma a minimizar as implicações na qualidade de vida, potencializando aspectos individuais positivos e contributivos para a mesma.

Para as variáveis clínicas, observou-se que a presença de HAS influenciou numa maior alteração na percepção da QVRS, embora de maneira geral os pesquisados tenham apresentado boa QVRS. Por ser a HAS uma doença crônica, é possível que os pacientes apresentem dificuldades em aderir ao tratamento proposto em face da falta de conhecimento da enfermidade e da necessidade da adoção de novos hábitos de vida, como a prática regular de atividade física, restrições dietéticas (baixo consumo de sódio, gorduras e carboidratos simples), cessação do tabagismo e consumo de álcool<sup>(16)</sup>, refletindo dessa maneira na dimensão emocional, na qual os resultados obtidos foram estatisticamente significativos ( $p < 0,001$ ). Nesse aspecto, estratégias de educação em saúde são essenciais para promover o conhecimento e identificar possíveis barreiras de adesão ao tratamento.

Nesse estudo, os pacientes que possuíam marcapasso apresentaram boa QVRS; assim, a presença do marcapasso influenciou positivamente a QVRS dos seus portadores, mesmo diante das limitações impostas pela IC. Presume-se que o uso do marcapasso confira aos pacientes sensação de segurança e a possibilidade de uma maior expectativa de vida, já que a finalidade do dispositivo é controlar a atividade cardíaca e prevenir a morte súbita<sup>(17)</sup>. Com isso, passa a haver um incremento na percepção da QVRS. Entretanto, importa destacar que os resultados estatisticamente significativos em todas as dimensões avaliadas não podem ser generalizados, devido ao número de pacientes com uso do marcapasso ser muito reduzido. Sugere-se estudos adicionais com amostras maiores em uso de marcapasso, delineando outras características clínicas de relevância para o agravo, comparando os achados com pacientes que não fazem uso do dispositivo, além da avaliação do efeito do dispositivo na QVRS de pacientes com IC, antes e após a implantação do dispositivo nos casos indicados.

A análise das variáveis do MLHFQ revelou média baixa para o escore total, o que demonstra pouca influência da IC na QVRS dos participantes avaliados. Os escores da dimensão física que avaliam sintomas como dispneia, fadiga e edema apresentaram-se mais elevados, quando comparados à dimensão emocional. Nota-se que os aspectos físicos contribuem para o aumento da média do escore total da QVRS, o que indica maiores limitações dos pacientes nestes aspectos. Ainda assim, o escore total e por dimensões revelam a pouca influência da doença na percepção negativa da QVRS pelos pacientes avaliados. Ressalte-se que a maioria dos participantes encontrava-se com IC nas classes funcionais I e II

da NYHA, que são caracterizados pela ausência de sintomas ou sintomas leves a moderados a partir de esforços, o que pode ter influenciado na boa percepção da QVRS.

Dispneia, fadiga e edema de membros inferiores têm sido apontados como a principal causa de hospitalização de pacientes com IC<sup>(18)</sup>. Assim, os achados do estudo corroboram com a literatura, tendo em vista que os pacientes com IC apresentam sérias limitações com o avanço progressivo da doença, contribuindo para a redução da expectativa de vida e a piora da QVRS, em virtude da redução do débito cardíaco responsável pela inapropriada perfusão tecidual, o que reduz a autonomia e a independência para realizar atividades da vida diária<sup>(6-7,14)</sup>, características ausentes no grupo pesquisado.

Os resultados obtidos foram similares aos encontrados em estudo realizado na região sudeste do Brasil, com 130 pacientes em seguimento ambulatorial, no qual constatou-se média de QVRS de  $34,9 \pm 24,8$  e a dimensão física foi a mais prejudicada<sup>(8)</sup>. Portanto, embora em regiões com especificidades socioculturais peculiares, a QVRS dos pacientes com IC mostrou-se semelhante, uma vez que a percepção da QVRS é influenciada pela sintomatologia instituída pela enfermidade, bem como pela capacidade de realizar atividades da vida diária.

Os dados demonstraram ainda que o valor do alfa de Cronbach obtido para o escore total do MLHFQ (0,90) indicou boa confiabilidade do instrumento, mostrando-se confiável para avaliar a QVRS de pacientes com IC. Resultados semelhantes foram encontrados em um estudo realizado com 170 idosos com IC em seguimento ambulatorial<sup>(9)</sup>.

Embora não tenha se constituído objeto de investigação, durante o desenvolvimento da pesquisa observou-se que os participantes não são acompanhados por equipe multidisciplinar, o que aponta fragilidade na assistência prestada a esta população, apesar dos resultados da medida de QVRS se mostrarem satisfatórios. Evidências têm demonstrado que intervenções por equipes multidisciplinares (médicos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais e psicólogos) no acompanhamento de pacientes com IC refletem na diminuição do número de readmissões hospitalares, mortalidade, maior adesão à terapêutica proposta e melhor QVRS<sup>(19-20)</sup>. Esse fato suscita a necessidade da implementação de programas de acompanhamento com enfoque multidisciplinar no cuidado prestado ao paciente com IC, a fim de subsidiar e garantir o planejamento adequado da assistência com abordagem holística, bem como fomentar a capacidade de autocuidado no manejo da doença.

Desse modo, os enfermeiros, como integrantes da equipe multidisciplinar desempenham papel fundamental no processo educativo e na elaboração do plano de cuidados ao paciente com IC. Estratégias de acompanhamento em clínicas especializadas, visitas domiciliares e monitorização

telefônica como foco nos temas: controle do peso, restrição hidrossalina, o uso correto das medicações, prática regular de atividade física e o reconhecimento de sintomas de piora da doença, são recomendadas para educação e orientação do paciente<sup>(3,19)</sup>. Estas medidas visam reduzir e minimizar possíveis complicações na capacidade funcional, bem como no favorecimento da promoção à saúde, adesão terapêutica e qualidade de vida dessa população.

## ■ CONCLUSÃO

Os achados do estudo permitiram identificar a associação das condições sociodemográficas e clínicas com a QVRS de pacientes com IC, revelando a idade como variável associada significativamente à percepção da QVRS. Portanto, pacientes mais jovens apresentam pior percepção da QVRS em relação àqueles com idade avançada, ou seja, a partir dos 60 anos. Assim, para a prática de enfermagem, este estudo abre novas perspectivas para a avaliação da QVRS de pacientes com IC, em especial os mais jovens, sobretudo para o desenvolvimento de intervenções de enfermagem que possam promover e melhorar a capacidade de enfrentamento da doença por essa população.

Adicionalmente, considera-se necessária a proposição de estudos de cortes, a fim de aprofundar o perfil sociodemográfico e clínico desses pacientes em diferentes regiões do país. Além disso, ressalta-se a importância de implementar programas de acompanhamento multidisciplinar pelos serviços de saúde, voltadas ao atendimento especializado em cardiologia, tendo em vista a promoção do cuidado holístico e o controle clínico da IC.

Como limitação deste estudo, pode-se apontar o delineamento transversal, que impede a avaliação do comportamento das variáveis ao longo do tempo e a inferência de relações de causalidade entre elas. Além disso, devido ao tamanho da amostra, os dados desse estudo não podem ser generalizados. Assim, novas pesquisas devem ser conduzidas, com recorte longitudinal e tamanho amostral maior, a fim de comprovar as hipóteses estabelecidas no presente estudo.

## ■ REFERÊNCIAS

- Holgín EA. Comportamientos y capacidad de agencia de autocuidado de adultos con insuficiencia cardíaca. *Av Enferm*. 2010;28(1):21-30.
- Bocchi EA, Marcondes-Braga FG, Bacal F, Ferraz AS, Albuquerque D, Rodrigues D, et al. Atualização da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica – 2012. *Arq Bras Cardiol*. 2012;98(1 supl. 1):1-33.
- Boisvert S, Belhumeur AP, Gonçalves N, Doré M, Francoeur J, Gallani MC. An integrative literature review on nursing interventions aimed at increasing self-care among heart failure patients. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015;23(4):753-68.
- Albuquerque DC, Souza Neto JD, Bacal F, Rohde LEP, Pereira SB, Berwanger O et al. I Registro Brasileiro de Insuficiência Cardíaca: aspectos clínicos, qualidade assistencial e desfechos hospitalares. *Arq Bras Cardiol*. 2015;104(6):433-42.
- Ministério da Saúde (BR). Datasus [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; c2015 [citado 2015 set. 17]. Morbidade hospitalar do SUS por local de internação: notas técnicas; [aprox. 12 telas]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/midescr.htm>
- Erceg P, Despotovic N, Milosevic DP, Soldatovic I, Zdravkovic S, Tomic S, et al. Health-related quality of life in elderly patients hospitalized with chronic heart failure. *Clin Interv Aging*. 2013;8:1539-46.
- Chu SH, Lee WH, Yoo JS, Kim SS, Ko IS, Oh EG, et al. Factors affecting quality of life in Korean patients with chronic heart failure. *Jpn J Nurs Sci*. 2014;11(1):54-64.
- Pelegriño VM, Dantas RAS, Clark AM. Health-related quality of life determinants in outpatients with heart failure. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2011;19(3):451-7.
- Saccomann ICR, Cintra FA, Gallani MCBJ. Quality of life in older adults with heart failure: assessment with a specific instrument. *Acta Paul Enferm*. 2011;24(2):179-84.
- Carvalho VO, Guimarães GV, Carrara D, Bacal F, Bocchi EA. Validação da versão em português do Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. *Arq Bras Cardiol*. 2009;93(1):39-44.
- Rilo JCN, Juárez DD, Zurutuza LF, García MAR, Gutiérrez FR, Blanco AR. La calidad de vida en los enfermos con insuficiencia cardíaca: visión desde atención primaria de salud. *Gac Sanit*. 2012;26(5):436-43.
- Montes Pena F, Amorim A, Fassbender C, Oliveira RFJ, Faria CAC. Insuficiência cardíaca e depressão: uma associação com desfechos negativos. *Insuf Card*. 2011;6(4):170-8.
- Dantas RAS, Pelegriño VM, Garbin LM. Avaliação do apoio social e sua relação com variáveis sociodemográficas de pacientes com insuficiência cardíaca em seguimento ambulatorial. *Cienc Cuid Saude*. 2007;6(4):456-62.
- Heo S, Lennie TA, Pressler SJ, Dunbar SB, Chung ML, Moser DK. Factors associated with perceived control and the relationship to quality of life in patients with heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2015;14(2):137-44.
- Seto E, Leonard KJ, Cafazzo JA, Masino C, Barnsley J, Ross HJ. Self-care and quality of life of heart failure patients at a multidisciplinary heart function clinic. *J Cardiovasc Nurs*. 2011;26(5):377-8.
- Pucci N, Pereira MR, Vinholes DB, Pucci P, Campos ND. Conhecimento sobre hipertensão arterial sistêmica e adesão ao tratamento anti-hipertensivo em idosos. *Rev Bras Cardiol*. 2012;25(4):322-9.
- Borges JBC, Barros RT, Carvalho SMR, Silva MAM. Correlation between quality of life, functional class and age in patients with cardiac pacemaker. *Rev Bras Cir Cardiovasc*. 2013;28(1):47-53.
- Margoto G, Colombo RCR, Gallani MCBJ. Clinical and psychosocial features of heart failure patients admitted for clinical decompensation. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(1):44-5.
- Lambrinou E, Kalogirou F, Lamniso D, Sourtzi P. Effectiveness of heart failure management programmes with nurse-led discharge planning in reducing readmissions: a systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud*. 2012;49(5):610-24.
- Cruz FD, Issa VS, Ferreira SMA, Chizzola PR, Souza GEC, Moreira LFP. Effect of a sequential education and monitoring programme on quality-of-life components in heart failure. *Eur J Heart Fail*. 2010;12(9):1009-15.

## ■ Autor correspondente:

Mailson Marques de Sousa  
E-mail: mailson\_ms@hotmail.com

Recebido: 15.08.2016  
Aprovado: 07.04.2017