

## Avaliação da Qualidade de Vida em Pacientes com e sem Insuficiência Cardíaca na Atenção Primária

*Evaluation of Quality of Life in Patients with and without Heart Failure in Primary Care*

Antonio José Lagoeiro Jorge, Maria Luiza Garcia Rosa, Dayse Mary da Silva Correia, Wolney de Andrade Martins, Diana Maria Martinez Ceron, Leonardo Chaves Ferreira Coelho, William Shinji Nobre Soussume, Hye Chung Kang, Samuel Datum Moscovitch, Evandro Tinoco Mesquita

Curso de Pós-Graduação em Ciências Cardiovasculares – Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ – Brasil

### Resumo

**Fundamento:** A insuficiência cardíaca (IC) é um importante problema de saúde pública, com implicações na qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS).

**Objetivo:** Comparar a QVRS, estimada através do Questionário SF-36 (*Short-Form Health Survey*), em pacientes com e sem IC na comunidade.

**Métodos:** Estudo transversal incluindo 633 indivíduos consecutivos com idade igual ou superior a 45 anos, registrados na atenção primária e selecionados de uma amostra aleatória representativa da população estudada. Foram divididos em dois grupos: grupo I, pacientes com IC (n = 59); e grupo II, pacientes sem IC (n = 574). O grupo I foi dividido em pacientes com IC com fração de ejeção preservada (ICFEP – n = 35) e pacientes com IC com fração de ejeção reduzida (ICFER – n = 24).

**Resultados:** Pacientes sem IC tiveram um escore médio do SF-36 significativamente maior do que aqueles com IC ( $499,8 \pm 139,1$  vs  $445,4 \pm 123,8$ ;  $p = 0,008$ ). A capacidade funcional - habilidade e dificuldade para realizar atividades comuns da vida diária - foi significativamente pior ( $p < 0,0001$ ) nos pacientes com IC independentemente de sexo e idade. Não houve diferença entre ICFEP e ICFER.

**Conclusão:** Pacientes com IC mostraram baixa qualidade de vida a despeito da apresentação da síndrome (fenótipo ICFEP ou ICFER). A avaliação da qualidade de vida na atenção primária poderia auxiliar a identificar pacientes que se beneficiariam de um programa de atenção à saúde pró-ativo com maior ênfase em suporte multidisciplinar e social. (Arq Bras Cardiol. 2017; 109(3):248-252)

**Palavras-chave:** Insuficiência Cardíaca; Qualidade de Vida; Atenção Primária à Saúde.

### Abstract

**Background:** Heart failure (HF) is a major public health issue with implications on health-related quality of life (HRQL).

**Objective:** To compare HRQL, estimated by the Short-Form Health Survey (SF-36), in patients with and without HF in the community.

**Methods:** Cross-sectional study including 633 consecutive individuals aged 45 years or older, registered in primary care. The subjects were selected from a random sample representative of the population studied. They were divided into two groups: group I, HF patients (n = 59); and group II, patients without HF (n = 574). The HF group was divided into HF with preserved ejection fraction (HFpEF – n = 35) and HF with reduced ejection fraction (HFrEF – n = 24).

**Results:** Patients without HF had a mean SF-36 score significantly greater than those with HF ( $499.8 \pm 139.1$  vs  $445.4 \pm 123.8$ ;  $p = 0.008$ ). Functional capacity - ability and difficulty to perform common activities of everyday life - was significantly worse ( $p < 0.0001$ ) in patients with HF independently of sex and age. There was no difference between HFpEF and HFrEF.

**Conclusion:** Patients with HF had low quality of life regardless of the syndrome presentation (HFpEF or HFrEF phenotype). Quality of life evaluation in primary care could help identify patients who would benefit from a proactive care program with more emphasis on multidisciplinary and social support. (Arq Bras Cardiol. 2017; 109(3):248-252)

**Keywords:** Heart Failure; Quality of Life; Primary Health Care.

Full texts in English - <http://www.arquivosonline.com.br>

**Correspondência:** Antonio José Lagoeiro Jorge •  
Avenida Marques do Paraná, 303, 6º andar. CEP 24033-900, Centro, Niterói, RJ – Brasil  
E-mail: lagoeiro@cardiol.br, lagoeiro@globocom  
Artigo recebido em 07/12/2016, revisado em 05/05/2017, aceito em 15/05/2017

DOI: 10.5935/abc.20170123

### Introdução

A insuficiência cardíaca (IC) é um importante problema de saúde pública, tendo implicações na qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS).<sup>1</sup> Pacientes com IC apresentam limitações em suas atividades usuais, com comprometimento da interação social e progressiva perda de autonomia física. Independentemente do fenótipo, os sinais e sintomas de IC têm um forte impacto na QVRS, afetando tanto pacientes com IC com fração de ejeção preservada (ICFEP) quanto aqueles com IC com fração de ejeção reduzida (ICFER). Embora a ICFER e a ICFEP difiram quanto às taxas de mortalidade e de hospitalização,<sup>2-4</sup> sinais e sintomas manifestos parecem ter um impacto similar no bem-estar desses pacientes.<sup>5</sup>

Um dos principais objetivos do tratamento é melhorar a QVRS dos pacientes com IC. Além disso, muitos deles costumam atribuir mais importância à QVRS do que ao aumento da sobrevida.<sup>6</sup>

No contexto comunitário, pacientes com IC são uma década mais velhos, apresentam múltiplas comorbidades e polifarmácia, e usam mais medicamentos do que aqueles em geral recrutados para ensaios clínicos.<sup>7-9</sup> Tais pacientes podem se beneficiar de medidas que possam melhorar sua QVRS.

O presente estudo teve por objetivo comparar a QVRS, estimada pelo Questionário SF-36 (*Short-Form Health Survey*), em pacientes com e sem IC, e ainda entre os dois fenótipos, ICFER e ICFEP, na comunidade.

### Métodos

O Estudo Digitalis, transversal e incluindo 633 voluntários, teve sua metodologia publicada em outra ocasião.<sup>10</sup> Resumindo, indivíduos com idades entre 45 e 99 anos, registrados no Programa de Médicos de Família (PMF) da cidade de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil, foram selecionados aleatoriamente para visitas comunitárias. Os dados foram coletados de julho de 2011 a dezembro de 2012. No início, as unidades de saúde do PMF foram selecionadas de maneira aleatória, proporcionalmente ao número de indivíduos arrolados. Então, em cada unidade, aqueles com idade entre 45 e 99 anos foram selecionados aleatoriamente.

No presente estudo, os participantes foram divididos em dois grupos: grupo I, indivíduos com IC<sup>11</sup> (grupo IC – n = 59); e grupo II, indivíduos sem IC (n = 574). O grupo IC foi dividido em ICFEP (n = 35) e ICFER (n = 24).

A versão em português do Questionário SF-36 foi usada para classificar a QVRS.<sup>12</sup>

### Análise estatística

Realizou-se análise estatística com o programa SPSS, versão 21.0 (Chicago, Illinois, EUA). As variáveis categóricas foram expressas como números absolutos e/ou porcentagens. Como a qualidade de vida e seus domínios tiveram distribuição não gaussiana, as diferenças entre as categorias foram apresentadas como mediana e intervalo interquartil, sendo avaliadas com o teste não paramétrico de Mann-Whitney. Todas as comparações foram realizadas com testes bilaterais. Adotou-se o nível de significância estatística de 5%.

### Considerações éticas

Este estudo foi conduzido de acordo com os princípios da Declaração de Helsinkí, revisada em 2000, com protocolo aprovado pelo Comitê de Ética da instituição (número 0077.0.258.000-10).

### Resultados

Avaliamos 633 indivíduos (59,6 ± 10,4 anos; 62% mulheres; 63% com pele negra ou parda). Os pacientes com IC eram mais idosos, tinham nível educacional mais baixo, consumiam menos álcool e, entre eles, havia maior prevalência de ex-fumantes. O escore global médio, a dor e a percepção geral de saúde diferiram entre os pacientes sem IC e aqueles com IC. Duas dimensões, aspectos físicos e emocionais, variaram (Tabela 1).

A capacidade funcional foi menor nos pacientes com IC independentemente de sexo e idade. As mulheres, a despeito da presença de IC, apresentaram escore mais baixo para a maioria das dimensões do que os homens. A capacidade funcional – habilidade e dificuldade de realizar atividades comuns da vida diária -, a percepção geral de saúde e o escore global foram significativamente piores nos pacientes com IC independentemente de sexo e idade (Tabela 2).

As mulheres apresentaram pior QVRS (vitalidade e percepção geral de saúde) mesmo na ausência de IC. Indivíduos com menos de 60 anos tiveram pior QVRS na presença de IC, o que não foi observado naqueles de 60 anos ou mais (Tabela 2).

Ainda que sem significado estatístico (exceto para a dimensão vitalidade), pacientes com ICFEP apresentaram valores médios mais baixos se comparados àqueles com ICFER (Tabela 3).

### Discussão

Pacientes com IC apresentaram uma média mais baixa do escore global do SF-36 do que pacientes sem IC (53,1 ± 29,6 vs. 76,2 ± 24,9; p < 0,001). A piora da QVRS observada neste estudo foi similar àquela relatada na literatura.<sup>13-15</sup>

Idade, vitalidade, dor e escore global do SF-36 foram as quatro características associadas com pior QVRS em pacientes com ICFER. Apenas idade relacionou-se à piora da QVRS em pacientes com ICFEP.

O estudo CHARM<sup>16</sup> avaliou a QVRS em pacientes com IC, tendo concluído que aqueles com ICFEP apresentam QVRS similar à dos pacientes com baixa fração de ejeção ventricular esquerda (FEVE). Aquele estudo mostrou que o grau de piora da QVRS independia da FEVE. Nossos dados não mostraram diferença entre os escores globais do SF-36 de pacientes com ICFEP e de pacientes com ICFER (418,9 ± 122,5 vs. 476,6 ± 120,5; p = 0,101).

Em geral, pacientes com IC mais idosos relataram melhor qualidade de vida do que os mais jovens, a despeito do valor da FEVE. Estudos mostraram melhor QVRS entre pacientes mais idosos do que entre os mais jovens com ICFER, embora os mais idosos tivessem pior status funcional e pior desempenho no teste

**Tabela 1 – Características demográficas e escores médios das dimensões do SF-36 de indivíduos com e sem insuficiência cardíaca**

Variáveis	Sem IC (n = 574)	IC (n = 59)	Valor de p
Idade (anos)	58,4 ± 9,4	71,1 ± 12,4	< 0,001
Sexo feminino (%)	61,8	61	0,901
Nunca estudou (%)	5,4	17,2	0,020
Renda familiar (média em dólares)	484,63 ± 461,71	406,85 ± 463,80	0,234
Pele negra ou parda (%)	63,2	63,8	0,929
Consumo de álcool (%)	9,9	3,4	0,100
Uso de tabaco			0,012
Nunca (%)	48,6	50,8	–
Ex-fumante (%)	31,2	42,4	–
Fumante (%)	20,2	6,8	–
Seguro de saúde privado (%)	15,3	15,3	0,949
<b>Dimensões do SF-36</b>			
Capacidade funcional	85 (60-90)	55(25-80)	<0,0001
Aspectos físicos	100(100-100)	100(100-100)	–
Aspectos emocionais	100(100-100)	100(100-100)	–
Vitalidade	70(50-85)	65(40-80)	0,01
Saúde mental	80(60-92)	78(57-96)	0,265
Aspectos sociais	100(62-100)	87(53-100)	0,296
Dor	70(45-100)	80(49-100)	0,865
Percepção geral de saúde	70(50-85)	67(45-80)	0,091
Escore global do SF-36	535(403-615)	447(356-537)	0,001

IC: insuficiência cardíaca; Valor de p (associado com teste t bicaudal para amostras independentes); teste do qui-quadrado com correção de continuidade; mediana (intervalo interquartil) com teste de Mann-Whitney para variáveis não paramétricas.

da caminhada de seis minutos.<sup>17</sup> Nossos dados mostraram que pacientes de 45 a 59 anos com IC apresentam uma piora mais pronunciada da QVRS do que aqueles sem IC (394,0 ± 106,4 vs. 501,3 ± 139,8; p = 0,012) quando comparados a pacientes com idade ≥60 anos (459,9 ± 125,7 vs. 497,7 ± 138,3; p = 0,113).

Em geral, pacientes com IC não conhecem a causa e o prognóstico de sua doença e raras vezes discutem a qualidade e o final de suas vidas com os profissionais envolvidos em seus cuidados. Atualmente, no tocante ao cuidado de pessoas com enfermidade avançada e progressiva, prioriza-se mais o diagnóstico do que as necessidades dos pacientes. Indivíduos com IC avançada deveriam receber atenção pró-ativa e destinada a atender suas necessidades específicas.<sup>18</sup>

Uma síndrome crônica, como a IC, que requer tratamento contínuo por tempo indeterminado e que está ligada ao envelhecimento e à presença de comorbidades, acha-se inexoravelmente associada a pior qualidade de vida.<sup>13-15</sup>

O presente estudo apresenta limitações. Seu desenho transversal, com todas as avaliações realizadas em um

único dia e sem seguimento da população, dificultou o estabelecimento de relação causal entre IC e perda de qualidade de vida. Outra limitação relaciona-se ao reduzido número de casos de IC avaliados, o que diminuiu o poder do estudo, levando à falta de significância estatística de algumas associações.

## Conclusões

Pacientes com IC apresentam baixa qualidade de vida independentemente do fenótipo da síndrome. A avaliação da qualidade de vida na atenção primária poderia auxiliar na identificação de pacientes que se beneficiariam de um programa de atenção à saúde pró-ativo com maior ênfase em suporte multidisciplinar e social. Assim, são necessárias estratégias que permitam melhorar a qualidade de vida desses pacientes e conferir-lhes outros benefícios que não o prolongamento de vida sem qualidade associada.

## Agradecimento

Agradecemos o apoio da Prefeitura Municipal de Niterói na realização dessa pesquisa.

**Tabela 2 – Escores médios do SF-36 por sexo e idade em pacientes com e sem insuficiência cardíaca**

Dimensões do SF36	Masculino (n= 242)			Feminino (n = 391)			Idade (45 - 59 anos) (n = 357)			Idade (60 - 99 anos) (n= 276)		
	Sem IC (n = 219)	IC (n = 23)	Valor de p	Sem IC (n = 355)	IC (n = 36)	Valor de p	Sem IC (n = 344)	IC (n = 13)	Valor de p	Sem IC (n = 230)	IC (n = 46)	Valor de p
Capacidade funcional	95 (75-100)	55 (23,7-81,2)	< 0,0001	80 (55-95)	55 (30-80)	< 0,0001	90 (65-95)	60 (22,5-77,5)	0,001	80 (55-95)	55 (25-80)	< 0,0001
Aspectos físicos	100 (100-100)	100 (100-100)	--	100 (100-100)	100 (100-100)	--	100 (100-100)	100 (100-100)	--	100 (100-100)	100 (100-100)	--
Aspectos emocionais	100 (100-100)	100 (100-100)	--	100 (100-100)	100 (100-100)	--	100 (100-100)	100 (100-100)	--	100 (100-100)	100 (100-100)	--
Vitalidade	80 (60-90)	67,5 (38,7-85)	0,05	60 (45-85)	60 (40-80)	0,571	70 (45-85)	50 (32,5-67,5)	0,037	75 (50-90)	70 (45-80)	0,215
Saúde mental	84 (72-96)	80 (68-96)	0,455	76 (52-88)	68 (52-96)	0,987	76 (52-96)	70 (51-80)	0,086	80 (60-92)	80 (57-96)	0,891
Aspectos sociais	100 (75-100)	93,7 (59,4-100)	0,228	100 (62-100)	88 (50-100)	0,419	100 (75-100)	87,5 (68,7-100)	0,582	100 (62,5-100)	88 (50-100)	0,260
Dor	80 (57-100)	80 (61-100)	0,685	70 (45-90)	80 (42,5-100)	0,160	70 (45-90)	57,5 (27,5-80)	0,180	80 (47,5-100)	80 (57,5-100)	0,086
Percepção geral de saúde	70 (55-85)	67 (45-75)	0,058	70 (50-85)	68 (45-80)	0,568	70 (55-80)	50 (25-70)	0,027	70 (55-85)	70 (46,2-80)	0,265
Escore global do SF-36	585 (488,2-632)	500,2 (401,6-564,4)	0,003	497,7 (367,9-591,4)	425 (320,6-515,2)	0,056	537,5 (412-615)	388 (315-487,5)	0,005	529 (386-615)	475 (388,5-555)	0,058

IC: insuficiência cardíaca; mediana (intervalo interquartil) com teste de Mann-Whitney para variáveis não paramétricas.

**Tabela 3 – Escore global do SF-36 e de suas dimensões de indivíduos com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida ou preservada (ICFER e ICPEP, respectivamente)**

Dimensões do SF36	ICPEP (n = 35)	ICFER (n = 24)	Valor de p
Capacidade funcional	55(25-77,5)	55(26,2-85)	0,582
Aspectos físicos	100(100-100)	100(100-100)	--
Aspectos emocionais	100(100-100)	100(100-100)	--
Vitalidade	55(36,2-70)	75(52,5-80)	0,024
Saúde mental	68(44-96)	80(68-96)	0,143
Aspectos sociais	93,7(50-100)	87,5(65,6-100)	0,951
Dor	70(43,7-100)	100(58,7-100)	0,097
Percepção geral de saúde	62,5(45-80)	70(46,2-78,7)	0,420
Escore global do SF-36	441(314-520)	452(406-578)	0,126

Mediana (intervalo interquartil) com teste de Mann-Whitney para variáveis não paramétricas.

## Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Jorge AJL, Rosa MLG, Mesquita ET; Obtenção de dados: Jorge AJL, Rosa MLG, Correia DMS, Kang HC; Análise e interpretação dos dados: Jorge AJL, Rosa MLG, Kang HC, Mesquita ET; Análise estatística: Rosa MLG; Redação do manuscrito: Jorge AJL, Rosa MLG, Correia DMS, Martins WA, Ceron DMM, Coelho LCF, Soussume WSN, Mesquita ET; Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante: Jorge AJL, Rosa MLG, Correia DMS, Martins WA, Ceron DMM, Kang HC, Moscovitch SD, Mesquita ET.

## Potencial conflito de interesses

Declaro não haver conflito de interesses pertinentes.

## Fontes de financiamento

O presente estudo não teve fontes de financiamento externas.

## Vinculação acadêmica

Este artigo é parte do curso de Pós-Graduação em Ciências Cardiovasculares do Prof. Dr Antonio José Lagoeiro Jorge pela Universidade Federal Fluminense.

## Referências

- Morgan K, McGee H, Shelley E. Quality of life assessment in heart failure interventions: a 10-year (1996-2005) review. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* 2007;14:589-660. doi: 10.1097/HJR.0b013e32828622c3.
- Redfield MM, Jacobsen SJ, Burnett Jr JC, Mahoney DW, Bailey KR, Rodeheffer RJ. Burden of systolic and diastolic ventricular dysfunction in the community: appreciating the scope of the heart failure epidemic. *J Am Med Assoc.* 2003;289(2):194-202. PMID: 12517230.
- Vasan RS, Benjamin EJ, Levy D. Prevalence, clinical features and prognosis of diastolic heart failure: an epidemiologic perspective. *J Am Coll Cardiol.* 1995;26(7):1565-74. doi: 10.1016/0735-1097(95)00381-9.
- Senni M, Tribouilloy CM, Rodeheffer RJ, Jacobsen SJ, Evans JM, Bailey KR, et al. Congestive heart failure in the community: a study of all incident cases in Olmsted County, Minnesota, in 1991. *Circulation.* 1998;98(21):2282-9. PMID: 9826315.
- Malki Q, Sharma ND, Afzal A, Ananthsubramaniam K, Abbas A, Jacobson G, et al. Clinical presentation, hospital length of stay, and readmission rate in patients with heart failure with preserved and decreased left ventricular systolic function. *Clin Cardiol.* 2002;25(4):149-52. PMID: 12000071.
- Lewis EF, Johnson PA, Johnson W, Collins C, Griffin L, Stevenson LW. Preferences for quality of life or survival expressed by patients with heart failure. *J Heart Lung Transplant.* 2001;20(9):1016-24. PMID: 11557198.
- King D. Diagnosis and management of heart failure in the elderly. *Postgrad Med J.* 1996;72(852):577-80. PMID: 8977936.
- McDonald K. Current guidelines in the management of chronic heart failure: practical issues in their application to the community population. *Eur J Heart Fail.* 2005;7(3):317-21. doi: 10.1016/j.ejheart.2005.01.013.
- Jorge AL, Rosa ML, Martins WA, Correia DM, Fernandes LC, Costa JA, et al. The prevalence of stages of heart failure in primary care: a population-based study. *J Card Fail.* 2016;22(2):153-7. doi: 10.1016/j.cardfail.2015.10.017.
- Jorge AJ, Rosa ML, Fernandes LC, Freire MD, Freire MD, Rodrigues RC, et al. Estudo da prevalência de insuficiência cardíaca em indivíduos cadastrados no Programa Médico de Família - Niterói. Estudo DIGITALIS: desenho e método. *Rev Bras Cardiol.* 2011;24(5):320-5.
- McMurray JJ, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Böhm M, Dickstein K, et al; ESC Committee for Practice Guidelines. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J.* 2012;33(14):1787-847. Erratum in: *Eur Heart J.* 2013;34(2):158. doi: 10.1093/eurheartj/ehs104.
- Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol.* 1999;39(3):143-50.
- O'Mahony MS, Sim MF, Ho SF, Steward JA, Buchalter M, Burr M. Diastolic heart failure in older people. *Age Ageing.* 2003;32(5):519-24. PMID: 12958001.
- Riegel B, Carlson B, Glaser D, Romero T. Changes over 6-months in health-related quality of life in a matched sample of Hispanics and non-Hispanics with heart failure. *Qual Life Res.* 2003;12(6):689-98. PMID: 14516178.
- Jaarsma T, Halfens R, Abu-Saad HH, Dracup K, Stappers J, van Ree J. Quality of life in older patients with systolic and diastolic heart failure. *Eur J Heart Fail.* 1999;1(2):151-60. PMID: 10937925.
- Lewis EF, Lamas GA, O'Meara E, Granger CB, Dunlap ME, McKelvie RS, et al; CHARM Investigators. Characterization of health-related quality of life in heart failure patients with preserved versus low ejection fraction in CHARM. *Eur J Heart Fail.* 2007;9(1):83-91. doi: 10.1016/j.ejheart.2006.10.012.
- Masoudi FA, Rumsfeld JS, Havranek EP, House JA, Peterson ED, Krumholz HM, et al; Cardiovascular Outcomes Research Consortium. Age, functional capacity, and health-related quality of life in patients with heart failure. *J Card Fail.* 2004;10(5):368-73. doi: 15470645.
- Murray SA, Boyd K, Kendall M, Worth A, Benton TF, Clausen H. Dying of lung cancer or cardiac failure: prospective qualitative interview study of patients and their carers in the community. *British Med J.* 2002;325(7370):929. PMID: 12399341.