

Relação entre capacidade funcional, desempenho e sintomas em pacientes internados com insuficiência cardíaca

Relationship between functional capacity, performance and symptoms in hospitalized patients with heart failure
Relación entre capacidad funcional, rendimiento y síntomas en pacientes hospitalizados con insuficiencia cardíaca

Erika Midori Kurogi^I

ORCID: 0000-0001-6949-8933

Rita de Cássia Gengo e Silva Butcher^{II}

ORCID: 0000-0002-7307-2203

Marina de Góes Salvetti^I

ORCID: 0000-0002-4274-8709

^IUniversidade de São Paulo. São Paulo, São Paulo, Brasil.

^{II}Connell School of Nursing. Chestnut, Estado Unidos.

Como citar este artigo:

Kurogi EM, Butcher RCGS, Salvetti MG.
Relationship between functional capacity, performance and
symptoms in hospitalized patients with heart failure.
Rev Bras Enferm. 2020;73(4):e20190123.
doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0123>

Autor Correspondente:

Marina de Góes Salvetti
E-mail: mgsalvetti@usp.br



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho
EDITOR ASSOCIADO: Fátima Helena Espírito Santo

Submissão: 22-02-2019 Aprovação: 04-09-2019

RESUMO

Objetivos: avaliar a prevalência de sintomas em pacientes com insuficiência cardíaca e investigar a relação entre sintomas, capacidade funcional e desempenho. **Métodos:** estudo transversal, desenvolvido em hospital especializado em cardiologia. A amostra (n=170) foi composta por pacientes com insuficiência cardíaca, avaliados por meio de formulário sociodemográfico, Classe Funcional da *New York Heart Association*, Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton e Escala de Desempenho Físico de Karnofsky. Foram feitas análises através da Correlação Spearman e teste Chi-Quadrado de Pearson. **Resultados:** dispneia, fadiga e edema foram os principais sintomas que levaram à busca pelo serviço de saúde. Durante a internação, os principais sintomas foram ansiedade, alterações do sono e tristeza. Observaram-se correlações negativas fracas entre funcionalidade, classe funcional e sobrecarga de sintomas. **Conclusões:** a prevalência de sintomas foi elevada e se modificou ao longo do período de internação. Pacientes com pior capacidade funcional e pior desempenho apresentaram maior sobrecarga de sintomas.

Descritores: Sinais e Sintomas; Enfermagem; Insuficiência Cardíaca; Pacientes Internados; Classificação Internacional de Funcionalidade.

ABSTRACT

Objectives: to evaluate the prevalence of symptoms in heart failure patients and to investigate the relationship between symptoms, functional capacity and performance. **Methods:** cross-sectional study, developed at a hospital specializing in cardiology. The sample (n=170) consisted of patients with heart failure, assessed by means of a sociodemographic form, New York Heart Association Functional Class, Edmonton Symptom Rating Scale and Karnofsky Physical Performance Scale. Analyses were performed using Spearman's Correlation and Pearson's Chi-Square test. **Results:** dyspnea, fatigue and edema were the main symptoms that led to the search for health services. During hospitalization, the main symptoms were anxiety, sleep disturbance and sadness. Weak negative correlations were observed between functionality, functional class, and symptom overload. **Conclusions:** the prevalence of symptoms was high and changed throughout the hospitalization period. Patients with poorer functional capacity and poorer performance had greater symptom overload.

Descriptors: Signals and Symptoms; Nursing; Heart Failure; Inpatients; International Classification of Functionality.

RESUMEN

Objetivos: evaluar la prevalencia de síntomas en pacientes con insuficiencia cardíaca e investigar la relación entre los síntomas, la capacidad funcional y el rendimiento. **Métodos:** estudio transversal, desarrollado en un hospital especializado en cardiología. La muestra (n=170) consistió en pacientes con insuficiencia cardíaca, evaluados mediante una forma sociodemográfica, *New York Heart Association Functional Class*, *Edmonton Symptom Rating Scale* y *Karnofsky Physical Performance Scale*. Los análisis se realizaron utilizando la Correlación de Spearman y la prueba de Chi-cuadrado de Pearson. **Resultados:** disnea, fatiga y edema fueron los principales síntomas que llevaron a la búsqueda de servicios de salud. Durante la hospitalización, los síntomas principales fueron ansiedad, trastornos del sueño y tristeza. Se observaron correlaciones negativas débiles entre funcionalidad, clase funcional y sobrecarga de síntomas. **Conclusiones:** la prevalencia de síntomas fue alta y cambió a lo largo del período de hospitalización. Los pacientes con peor capacidad funcional y peor rendimiento tuvieron una mayor sobrecarga de síntomas.

Descriptores: Signos y Síntomas; Enfermería; Insuficiencia Cardíaca; Pacientes Internados; Clasificación Internacional de Funcionalidad.

INTRODUÇÃO

A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome clínica complexa que resulta da incapacidade do coração em ofertar oxigênio aos tecidos para atender às demandas metabólicas. Afeta 6,5 milhões de brasileiros e 5,7 milhões de americanos⁽¹⁻³⁾. Estimativas indicam que a prevalência de IC aumentará 46% no período de 2012-2030, resultando em mais de 8 milhões de pessoas com a doença no Brasil⁽¹⁻³⁾. Além disso, a IC é a principal causa de internação hospitalar em pacientes acima de 60 anos em nosso meio⁽³⁻⁶⁾, sendo responsável por elevadas taxas de mortalidade⁽³⁻⁷⁾.

Pacientes com IC apresentam sintomas físicos, emocionais, sociais e espirituais⁽⁸⁾. Dispneia, dor, tosse, depressão, fadiga, náusea, constipação, distúrbios do sono e ansiedade são os sintomas mais frequentes em pacientes com IC^(1-2,5,9-11). Esses sintomas, em geral, ocorrem de forma concomitante, e sua intensidade tende a aumentar com o tempo, a despeito da otimização terapêutica⁽¹²⁾. Nesse contexto, o manejo dos sintomas é uma prioridade para os pacientes. No *Evaluation Study of Congestive Heart Failure and Pulmonary Artery Catheterization Effectiveness (ESCAPE) trial*, a maioria dos pacientes trocava maior tempo de sobrevida por melhor controle de sintomas⁽¹³⁾. Entretanto, a sobrecarga de sintomas em pacientes com IC é um desafio no manejo da doença, especialmente com o aumento da longevidade desses pacientes⁽¹⁴⁾.

Esses sintomas afetam negativamente a percepção de bem-estar e a qualidade de vida, provocam sensação de perda da autonomia. Interferem nas relações sociais e estão associados a maior número de visitas ao serviço de emergência, hospitalização e mortes^(2,5,14-18). A avaliação abrangente dos sintomas é, portanto, componente essencial para melhorar o estado de saúde e reduzir exacerbações e hospitalizações⁽¹⁹⁾. A inexistência de medidas padrão-ouro⁽²⁰⁾ para a avaliação da sobrecarga de sintomas nos pacientes com IC compromete a generalização dos dados disponíveis na literatura.

Considerando que a IC é uma síndrome de elevada prevalência e que a intensidade de seus sintomas interfere na qualidade de vida, é necessário investigar a sobrecarga de sintomas nesses pacientes e a sua relação com desfechos sistêmicos, funcionais, emocionais e sociais.

OBJETIVOS

Descrever a prevalência, a intensidade e a correlação entre sintomas de pacientes com IC, e analisar a relação entre sintomas, capacidade funcional e desempenho funcional.

MÉTODOS

Aspectos éticos

O estudo foi desenvolvido segundo as recomendações éticas nacionais e internacionais para pesquisas com seres humanos. O projeto obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP) e da Comissão de Ética para análise de projetos de pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (HCFMUSP). Todos os participantes receberam informações sobre os objetivos

do estudo, e os que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias.

Tipo de estudo

Estudo transversal, desenvolvido no Instituto do Coração (InCor) do HCFMUSP. A população incluiu pacientes com IC. A amostra de conveniência foi composta por pacientes maiores de 18 anos, que estavam internados nas Unidades de Internação (UI) ou de Terapia Intensiva (UTI), de maio de 2018 à outubro de 2018. Foram excluídos pacientes com rebaixamento do nível de consciência (Escala de Coma de Glasgow menor que 14), em ventilação mecânica, com demência ou *delirium* (descritos em prontuário), por apresentarem impossibilidade de responder aos instrumentos de coleta de dados. O recrutamento e a seleção foram realizados a partir da avaliação dos prontuários eletrônicos dos pacientes internados nas UI.

Para a coleta de dados, foram utilizados três instrumentos de pesquisa: formulário com dados sociodemográficos e clínicos, a Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (*Edmonton Symptom Assessment System* – ESAS)⁽²¹⁾ e a Escala de Desempenho Físico de Karnofsky (*Karnofsky Performance Status* – KPS)⁽²²⁻²³⁾. Os dados sociodemográficos e da escala ESAS foram obtidos por entrevista, cuja duração média foi de 15 minutos. Os dados da KPS foram obtidos por meio de observação direta da pesquisadora ao final da entrevista. Os demais dados clínicos foram obtidos por meio de consulta ao prontuário eletrônico do paciente.

O formulário com dados sociodemográficos e clínicos foi elaborado pelas autoras do presente estudo, incluindo informações sobre sexo, idade, sintomas à admissão no pronto-socorro, etiologia, comorbidades, número de sintomas relatados na admissão hospitalar, classe funcional à admissão e fração de ejeção obtida do último ecocardiograma realizado na instituição. A classificação funcional seguiu os critérios da NYHA⁽²⁴⁾. Todas as informações clínicas, incluindo a classificação funcional, foram coletadas do prontuário eletrônico.

A ESAS é um instrumento breve e de fácil aplicação, que avalia 10 sintomas: dor, fadiga, náusea, tristeza, ansiedade, sonolência, inapetência, sensação de mal-estar, dispneia e alteração no sono. O escore de cada sintoma é avaliado de 0 a 10. A gravidade dos sintomas pode ser categorizada em: sem sintoma (0), leve (1 a 3), moderado (4 a 6) e intenso (7 a 10). A soma do escore de todos os sintomas fornece o escore total da escala, que varia de 0 a 100 pontos e indica a sobrecarga de sintomas nas 24 horas anteriores à entrevista⁽²¹⁾.

A KPS avalia o desempenho funcional dos indivíduos para a realização das atividades de vida diária (AVD), capacidade laboral e necessidade de cuidados no momento da entrevista. O escore varia de 10 a 100. Os escores de 90 a 100 indicam capacidade normal para desempenhar as atividades, sem a necessidade de cuidados especiais; 80, capacidade de exercer AVD, porém apresenta alguns sinais ou sintomas da doença com esforço; 70, capacidade de cuidar de si mesmo (incapaz de levar suas atividades normais ou exercer trabalho ativo); 60, necessidade de assistência ocasional (ainda é capaz de prover a maioria de suas atividades); 50, requisito de assistência considerável e cuidados médicos frequentes; 40, incapacidade (requer cuidados especiais e assistência); 30, muito incapaz (indicada hospitalização, apesar de a morte não ser iminente); 20, muita debilitação (hospitalização necessária; exigindo tratamento e apoio ativo); 10, moribundo (processos letais progredindo rapidamente) e 0, morte⁽²²⁻²³⁾.

Análise dos dados

Os dados foram inseridos em planilha eletrônica e analisados no Programa Estatístico SPSS, versão 17.0. Foram realizadas análises descritivas e inferenciais. As variáveis quantitativas foram expressas em média (desvio padrão - DP) e mediana, e as variáveis qualitativas foram expressas em percentuais. Para análise da associação entre variáveis sociodemográficas e clínicas, foi utilizado o teste de Chi-Quadrado de Pearson, além de testes de Correlação de Spearman. A força da correlação entre as variáveis foi interpretada segundo a recomendação de Mukaka⁽²⁵⁾.

RESULTADOS

Os resultados deste estudo estão apresentados em três etapas: caracterização da amostra; descrição da prevalência e intensidade dos sintomas; correlações entre os sintomas, classe funcional e desempenho funcional.

Caracterização da amostra

Durante o período de coleta de dados, 238 pacientes foram avaliados quanto à elegibilidade para participar do estudo, por meio do prontuário eletrônico. Destes, 36 foram excluídos devido aos critérios de exclusão. Além disso, 32 pacientes se recusaram a participar. Assim, 170 pacientes foram incluídos no estudo. Os dados de caracterização da amostra estão descritos na Tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra, São Paulo, 2018

	n (%)
Sexo	
Feminino	59 (34,7)
Masculino	111 (65,3)
Idade	
18 a 40	10 (5,9)
41 a 59	78 (45,9)
60 e +	82 (48,2)
Comorbidades	
HAS	102 (60)
DM	60 (35,3)
DLP	44 (25,9)
Ex-TBG	49 (28,8)
Arritmia	69 (40,6)
MP/CDI/Ressincronizador	24 (14,1)
AVC	16 (9,4)
IAM	22 (12,9)
DAC	29 (17,1)
Comprometimento valvar	41 (24,1)
Comprometimento renal	39 (22,9)
Outros*	91 (53,5)
Etiologia	
MCP Isquêmica	39 (22,9)
MCP Dilatada	27 (15,9)
MCP Valvar	24 (14,1)
MCP Chagásica	19 (11,2)
MCP Hipertrófica	6 (3,5)
A/E	15 (8,8)
Sem informação	40 (23,6)

Continua

Continuação da Tabela 1

	n (%)
Classe Funcional	
I	4 (2,4)
II	24 (14,1)
III	92 (54,1)
IV	50 (29,4)
Sintomas à admissão no pronto-socorro	
Dispneia	146 (85,9)
Fadiga/Cansaço	138 (81,2)
Edema	98 (57,6)
Fraqueza	83 (48,8)
Dor	69 (40,6)
Náusea	62 (36,5)
Inapetência	53 (31,2)
Tontura	39 (22,9)
Tosse	24 (14,1)
Taquicardia	14 (8,2)

Nota: MCP - miocardiopatia; A/E - a esclarecer; PS - pronto-socorro; UTI - unidade de terapia intensiva; UI - unidade de internação; HAS - hipertensão arterial sistêmica; DM - diabetes mellitus; DLP - hipercolesterolemia; ex-TBG - ex-tagabista; MP - marca passo; CDI cardiodesfibrilador implantável; AVC - acidente vascular cerebral; IAM - infarto agudo do miocárdio; DAC - doença arterial coronariana. Comorbidades outros* - tabagista; depressão; obesidade; doença pulmonar obstrutiva crônica; hipotireoidismo; etilista; trombose venosa profunda; tromboembolismo pulmonar; hipertensão pulmonar.

Prevalência e intensidade dos sintomas

A análise dos sintomas na admissão mostrou que 60,6% dos pacientes apresentavam 4 sintomas ou mais, com média de 4,3 sintomas por paciente. No momento da entrevista, que ocorreu, em média, 10 dias após a internação, a avaliação dos sintomas mostrou que a ansiedade foi o sintoma mais frequente (72,4%), seguido por alterações do sono (71,2%) e tristeza (58,8%) (Figura 1).

A avaliação da intensidade dos sintomas mostrou que os sintomas mais frequentes (ansiedade, tristeza e alteração do sono) também foram os mais intensos nas 24 horas que antecederam a entrevista (Tabela 2).

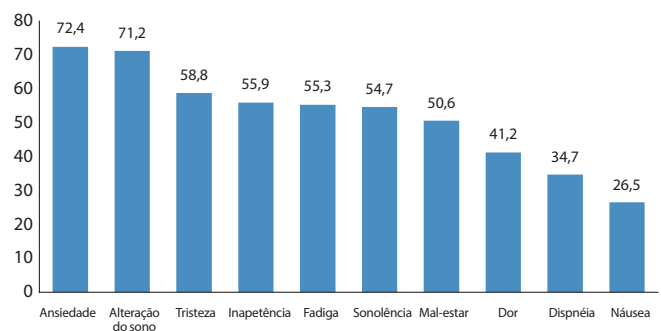


Figura 1 - Prevalência de sintomas nos pacientes internados (n=170) durante a entrevista, São Paulo, 2018

Tabela 2 - Intensidade dos sintomas (ESAS) nas 24 horas que antecederam a entrevista, São Paulo, 2018

	n= 170 (%)	Média (DP); Mediana
Dor		2,4 (3,2); 0
Ausente/Leve	110 (64,7)	
Moderada/Intensa	60 (35,3)	
Fadiga		2,9 (3,3); 2,0
Ausente/Leve	104 (61,2)	
Moderada/Intensa	66 (38,8)	

Continua

Continuação da Tabela 2

	n= 170 (%)	Média (DP); Mediana
Náusea		1,5 (2,8); 0
Ausente/Leve	139 (81,8)	
Moderada/Intensa	31 (18,2)	
Tristeza		4,0 (3,9); 3,5
Ausente/Leve	85 (50)	
Moderada/Intensa	85 (50)	
Ansiedade		5,0 (3,9); 5,0
Ausente/Leve	69 (40,6)	
Moderada/Intensa	101 (59,4)	
Sonolência		3,2 (3,6); 2,0
Ausente/Leve	98 (57,6)	
Moderada/Intensa	72 (42,4)	
Perda de apetite		3,2 (3,4); 2,5
Ausente/Leve	97 (57,1)	
Moderada/Intensa	73 (42,9)	
Mal-estar		2,9 (3,3); 2,0
Ausente/Leve	100 (58,8)	
Moderada/Intensa	70 (41,2)	
Falta de ar		1,8 (2,8); 0
Ausente/Leve	130 (76,5)	
Moderada/Intensa	40 (23,5)	
Alteração do sono		4,0 (3,3); 4,0
Ausente/Leve	76 (44,7)	
Moderada/Intensa	94 (55,3)	
ESAS Total		29,4 (19,1); 26,5

Correlações entre sintomas, classe funcional e desempenho funcional

A análise da correlação entre os sintomas indicou correlação significativa, positiva e moderada entre fadiga e falta de ar ($r = 0,598$; $p < 0,001$) e fadiga e sensação de mal-estar ($r = 0,500$; $p < 0,001$). Observou-se também diversas correlações significativas, positivas e fracas, entre outros sintomas avaliados (Tabela 3).

A avaliação do desempenho funcional (KPS) indicou predomínio de pacientes que necessitavam de assistência ocasional (47,1%), seguido por pacientes com necessidade de cuidados intensivos (22,9%) e sintomas leves (17,6%). Apenas 1,8% dos pacientes conseguiam executar as suas atividades normalmente.

A análise da relação entre Classe Funcional (CF) e KPS mostrou que os pacientes CF III e IV apresentaram desempenho funcional significativamente pior (Tabela 4).

Tabela 3 - Correlação entre os escores dos sintomas segundo escala ESAS, São Paulo, 2018

Sintomas	Coefficiente de Correlação	valor de p
Fadiga e falta de ar	$r = 0,598$	$p < 0,001$
Fadiga e sensação de mal-estar	$r = 0,500$	$p < 0,001$
Tristeza e ansiedade	$r = 0,455$	$p < 0,001$
Falta de ar e sensação de mal-estar	$r = 0,436$	$p < 0,001$
Náusea e perda de apetite	$r = 0,378$	$p < 0,001$
Alteração do sono e apetite	$r = 0,335$	$p < 0,001$
Alteração do sono e fadiga	$r = 0,333$	$p < 0,001$
Alteração do sono e tristeza	$r = 0,328$	$p < 0,001$
Sonolência e tristeza	$r = 0,330$	$p < 0,001$
Dor e falta de ar	$r = 0,324$	$p < 0,001$
Dor e sensação de mal-estar	$r = 0,308$	$p < 0,001$
Alteração do sono e sonolência	$r = 0,307$	$p < 0,001$

Tabela 4 - Relação entre classe funcional e desempenho funcional, São Paulo, 2018

		Classe Funcional								valor de p
		I		II		III		IV		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
KPS	90 - 100	1	33,3	2	66,7	0	0,0	0	0,0	0,002*
	70 - 80	2	6,7	10	33,3	11	36,7	7	23,3	
	50 - 60	1	1,3	10	12,5	47	58,8	22	27,5	
	30 - 40	0	0,0	2	5,1	28	71,8	9	23,1	
	10 - 20	0	0,0	0	0,0	6	33,3	12	66,7	

Nota: KPS - Karnofsky Performance Scale; *Chi-Quadrado de Pearson.

Observou-se correlação negativa e fraca entre desempenho funcional, classe funcional e sobrecarga de sintomas indicando que quanto pior a funcionalidade, maior a classe funcional e maior a sobrecarga de sintomas (Tabela 5).

Observaram-se também correlações positivas entre fração de ejeção, desempenho funcional e classe funcional e sobrecarga de sintomas, além de correlação negativa entre classe funcional e fração de ejeção. Isso indica que os pacientes com melhor desempenho funcional apresentaram maior fração de ejeção e quanto maior a classe funcional menor a fração de ejeção (Tabela 5).

Tabela 5 - Correlações entre classe funcional, fração de ejeção, sobrecarga de sintomas e funcionalidade, São Paulo, 2018

	CF		FE		ESAS	
	r	Valor de p	r	Valor de p	r	Valor de p
KPS	-0,345	<0,001	+0,237	0,002	-0,414	<0,001
ESAS	+0,167	0,029	-0,050	0,518		
FE	-0,241	0,002				

Nota. CF - Classe Funcional; KPS - Karnofsky Performance Scale; ESAS - Edmonton Symptom Assessment System; FE - Fração de Ejeção; r - Coeficiente de Correlação.

DISCUSSÃO

As características sociodemográficas e clínicas da amostra do presente estudo se assemelham às de outros estudos que também analisaram pacientes com IC^(1-5,10,15,26-30).

A ocorrência de sintomas concomitantes foi verificada no presente estudo na admissão hospitalar e no momento da entrevista. A literatura aponta que o número médio de sintomas em pacientes com IC pode variar de sete a 19. Essa grande variação pode ser decorrente da falta de consistência sobre o conceito de sobrecarga de sintomas e da multiplicidade de métodos disponíveis para sua avaliação^(14,20).

No momento da admissão no pronto-socorro, a dispneia foi o sintoma mais frequente. Embora seja um sintoma relatado por mais de 50% dos pacientes com IC, parece não haver correlação entre a dispneia referida e as medidas objetivas como fração de ejeção e débito cardíaco. De fato, as causas subjacentes à dispneia na IC podem variar desde redução da complacência pulmonar até a falta de condicionamento físico e desnutrição^(14,24).

A fadiga, por sua vez, pode afetar até 85% dos pacientes com IC. No presente estudo, foi o segundo sintoma mais frequente relatado à admissão no pronto-socorro. O estado catabólico típico da IC, a alteração das fibras musculares esqueléticas e os sintomas respiratórios podem estar associados com este sintoma^(3,8,14,31).

Cerca de 40% dos pacientes no presente estudo relataram dor. Esse dado é consistente com outros estudos realizados com pacientes com IC e, muitas vezes, esse sintoma persiste mesmo após a internação^(3,9). A dor é um sintoma que tende a ser persistente mesmo após a internação hospitalar. Isso acontece, pois frequentemente esse sintoma é subestimado pelos trabalhadores de saúde e consequentemente a dor é subdiagnosticada⁽³⁾. Vale lembrar do impacto negativo da presença de dor, pois está associada à fadiga, à perda de funcionalidade, aos sintomas depressivos e ao aumento da sensação de mal-estar^(3,7,11).

No que tange aos sintomas apresentados durante a internação, isto é, ansiedade, alteração do sono e tristeza foram os mais frequentes. De fato, sintomas emocionais são comuns em pacientes com IC^(3-4,7-8,11,26-27,31-32). Uma revisão de literatura evidenciou que até 70% dos pacientes com IC podem apresentar algum tipo de alteração do humor⁽¹⁴⁾. Esses sintomas afetam negativamente as relações sociais e a funcionalidade dos pacientes, bem como podem alterar a percepção do estado de saúde^(8,26,32).

De forma interessante, os resultados mostraram que os sintomas mais frequentes também foram relatados como os mais intensos. Sabe-se que esses sintomas podem ser influenciados por vários fatores. Estudo verificou que os sintomas que os pacientes com IC experienciam devido à descompensação da doença e ao avanço do quadro clínico, como dispneia, fadiga, dor, edema, inapetência, ansiedade e depressão, são influenciados pela frequência, intensidade e duração de cada sintoma⁽²⁷⁾. Por isso, não se pode descartar que a frequência dos sintomas e sua duração (embora não medida) tenham contribuído para que os pacientes os percebessem como mais intensos.

Verificou-se, ainda, elevada prevalência de ansiedade (72,4%) e alteração do sono (71,2%) entre os pacientes com IC. A ansiedade foi o sintoma mais frequente e mais intenso, mostrando correlação com tristeza. A ansiedade acarreta momentos de introspecção e contribui para sintomas depressivos e alteração na percepção de bem-estar^(4,9).

Estudo que avaliou 556 pacientes com IC e analisou a coexistência de ansiedade e depressão sugeriu que intervenções efetivas para reduzir a tristeza poderiam alterar os níveis de ansiedade nesses pacientes⁽³³⁾. Além disso, outro estudo, com o objetivo de avaliar o impacto da depressão e ansiedade na mortalidade e reinternação de pacientes hospitalizados com IC, constatou que intervenções nesse âmbito podem influenciar outros desfechos clínicos importantes, pois a depressão e a ansiedade são preditores independentes de óbito e readmissão hospitalar por IC descompensada⁽³⁴⁾.

Estudos mostram que os pacientes com IC experienciam importante sofrimento emocional que engloba além da depressão e ansiedade, interrupções no trabalho e nas relações sociais, redução da atividade sexual e na satisfação^(7,35).

No presente estudo, a alteração no sono foi um sintoma frequente, estando relacionado com falta de apetite, fadiga, tristeza e falta de ar. Isso indica que este sintoma, que muitas vezes passa despercebido, deve receber grande atenção dos profissionais de saúde. Intervenções para reduzir os distúrbios do sono devem ser testadas em pacientes com IC, pois as alterações do sono têm repercussões em outros sintomas e afetam a percepção de qualidade de vida desses pacientes⁽¹¹⁾.

Pesquisa que buscou identificar a qualidade do sono e a sonolência diurna excessiva em pacientes com IC e correlacionar com a

qualidade de vida recrutou 23 pacientes de 18 a 90 anos e classe funcional entre II e IV. Esses pacientes realizavam acompanhamento ambulatorial com uma equipe multidisciplinar. Verificou-se que apresentaram alta prevalência de distúrbios do sono, como apneias e despertares noturnos. Esses distúrbios fragmentam o sono e acarretam sonolência excessiva, aumento da fadiga, diminuição do limiar de dor e irritabilidade. Esses fatores interferem de forma direta e negativa nas atividades profissionais, familiares e sociais⁽¹⁷⁾.

A dispneia e a fadiga foram sintomas frequentes no presente estudo e apresentaram correlação moderada ($r = 0,598$; $p < 0,001$). Tanto dispneia quanto fadiga são sintomas relacionados com piora do desempenho funcional, contribuindo para o isolamento social devido aos seus efeitos debilitantes⁽¹⁷⁾.

Estudo que explorou o impacto da dor, fadiga e depressão no desempenho e capacidade funcional de pacientes com IC encontrou correlação significativa entre dor e fadiga, dor e depressão e fadiga e depressão. Esses achados permitem levantar a hipótese de que intervenções para o manejo dos sintomas depressivos e dor podem ter impacto positivo na fadiga, com potencial para melhorar a capacidade funcional dos pacientes⁽³⁾.

No presente estudo, encontrou-se correlação positiva fraca entre fadiga e sensação de mal-estar ($r = 0,500$; $p < 0,001$). Um estudo examinou a necessidade de cuidados paliativos em pacientes com IC e câncer, comparando-se a sobrecarga de sintomas e a sensação de bem-estar. A amostra foi composta de 60 pacientes com IC e 30 com câncer, e verificou-se que, a sensação de mal-estar piora com o avanço da IC. Além disso, a piora progressiva da sensação de mal-estar está associada com a perda de identidade e aumento da dependência, o que pode estar relacionado com a fadiga⁽⁹⁾.

Outros estudos evidenciaram que escores elevados de dispneia e fadiga estão relacionados com o aumento do risco de descompensação da IC. Isso faz com que haja um aumento na procura por serviços de pronto-atendimento e hospitalizações, além de estarem associados a maior mortalidade^(9,32,34).

Pesquisa que avaliou a influência da classe funcional na funcionalidade dos pacientes verificou que o aumento do escore da CF está relacionado com diminuição do desempenho funcional dos pacientes com IC⁽³⁶⁾. Isto também foi constatado no presente estudo, que observou correlação negativa entre classe funcional e desempenho funcional. Estes achados evidenciam a importância do manejo dos sintomas desses pacientes, visando a redução do impacto negativo em suas atividades de vida diária. Além disso, correlacionando-se à escala de KPS e NYHA, é possível conhecer informações clínicas importantes para o tomada de decisão, como a indicação de cuidados paliativos⁽³⁶⁾.

Limitações do estudo

O estudo apresenta limitações que devem ser apontadas. Foi realizado em um único serviço de saúde e com amostra de conveniência, fatores que dificultam a generalização dos achados.

Contribuições para a área

Este estudo evidencia a sobrecarga de sintomas em pacientes com IC e sua relação com a funcionalidade. A identificação dos sintomas mais frequentes nessa população pode direcionar o olhar e a atuação dos enfermeiros da área de cardiologia, pois

o manejo eficaz dos sintomas tem potencial para melhorar a funcionalidade e a percepção de bem-estar destes pacientes.

CONCLUSÕES

A prevalência de sintomas em pacientes com IC foi elevada. Dispneia, fadiga e edema foram as principais queixas ao chegar no pronto-socorro. Após a estabilização do quadro clínico, durante

a internação em UI, os sintomas mais frequentes e que tiveram maior intensidade foram ansiedade, alterações do sono e tristeza.

Diversos sintomas apresentaram correlação positiva entre si, com destaque para fadiga, falta de ar e sensação de mal-estar, ansiedade e tristeza. A capacidade funcional se correlacionou com desempenho funcional. Além disso, a capacidade e o desempenho funcional se correlacionaram com sobrecarga de sintomas.

REFERÊNCIAS

1. Comitê Coordenador da Diretriz de Insuficiência Cardíaca, Rohde LEP, Montera MW, Bocchi EA, Clausell NO, Albuquerque DC. Arq Bras Cardiol. 2018;111(3):436-539. doi: 10.5935/abc.20180190
2. Bocchi EA. Heart failure in South America. Curr Cardiol Rev. 2013;9(2):147-56. doi: 10.2174/1573403X11309020007
3. Conley S, Feder S, Redeker NS. The relationship between pain, fatigue, depression and functional performance in stable heart failure. Heart Lung. 2015; 44(2):107-12. doi: 10.1016/j.hrtlng.2014.07.008
4. Di Naso FC, Pereira JS, Beatricci SZ, Bianchi RG, Dias AS, Monteiro MB. A classe da NYHA tem relação com a condição funcional e qualidade de vida na insuficiência cardíaca. Fisioter Pesqui. 2011;18(2):157-63. doi: 10.1590/S1809-29502011000200010
5. Poffo MR, Assis AV, Fracasso M, Filho OML, Alves SMM, Bald AP, et al. Profile of patients hospitalized for heart failure in tertiary care hospital. Int J Cardiovasc Sci [Internet]. 2017 [cited 2019 Feb 17];30(3):189-98. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ijcs/v30n3/2359-4802-ijcs-30-03-0189.pdf>
6. Kavalieratos D, Gelfman LP, Tycon LE, Riegel B, Bekelman D, Ikejiani DZ, et al. Integration of palliative care in heart failure: rationale, evidence, and future priorities. J Am Coll Cardiol. 2017; 70(15):1919-30. doi: 10.1016/j.jacc.2017.08.036
7. Bocchi EA, Marcondes-Braga FG, Bacal F, Ferraz AS, Albuquerque D, Rodrigues D. Atualização da diretriz brasileira de insuficiência cardíaca crônica. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2012 [cited 2019 Feb 17];98(1 Suppl 1):1-33. Available from: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2012/Diretriz%20IC%20Crônica.pdf>
8. Pereira DAG, Rodrigues RS, Samora GAR, Lage SM, Alencar MCN, Parreira VF, et al. Capacidade funcional de indivíduos com insuficiência cardíaca avaliada pelo teste de esforço cardiopulmonar e classificação da New York Heart Association. Fisioter Pesqui [Internet]. 2012 [cited 2019 Feb 17];19(1):52-56. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/fp/v19n1/10.pdf>
9. Bekelman DB, Rumsfeld JS, Havranek EP, Yamashita TE, Hutt E, Gottlieb SH, et al. Symptom burden, depression, and spiritual well-being: a comparison of heart failure and advanced cancer patients. J Gen Intern Med. 2009;24(5):592-8. doi: 10.1007/s11606-009-0931-y
10. Joseph SM, Cedars AM, Ewald GA, Geltman EM, Mann DL. Acute decompensated heart failure: Contemporary medical management. Text Heart Inst J [Internet]. 2009 [cited 2019 Feb 17];36(6):510-20. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2801958/pdf/20091200s00003p510.pdf>
11. Griva M, Loucka M, Stastny J. Palliative care in cardiology. Cor et Vasa [Internet]. 2015 [cited 2019 Feb 17]; 57(1):e39-e44. Available from: <https://core.ac.uk/download/pdf/82614577.pdf>
12. Herr JK, Salyer J, Lyon DE, Goodloe L, Schubert C, Clement DG. Heart failure symptom relationships: a systematic review. J Cardiovasc Nurs. 2014;29(5):416-22. doi: 10.1097/JCN.0b013e31829b675e
13. Stevenson LW, Hellkamp AS, Leier CV, Sopko G, Koelling T, Warnica JW, et al. Changing preferences for survival after hospitalization with advanced heart failure. J Am Coll Cardiol. 2008;52(21):1702-8. doi: 10.1016/j.jacc.2008.08.028
14. Alpert CM, Smith MA, Hummel SL, Hummel EK. Symptom burden in heart failure: assessment, impact on outcomes, and management. Heart Fail Rev. 2017;22(1):25-39. doi: 10.1007/s107410169581-4
15. Evangelista LS, Lombardo D, Malik S, Ballard-Hernandez J, Motie M, Liao S. Examining the effects of an outpatient palliative care consultation on symptom burden, depression, and quality of life in patients with symptomatic heart failure. J Card Fail. 2012;18(12):894-99. doi: 10.1016/j.cardfail.2012.10.019
16. Nogueira IDB, Servantes DM, Nogueira PAMS, Pelcerman A, Salvetti XM, Salles F, et al. Correlation between Quality of Life and Functional Capacity in Heart Failure. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2010 [cited 2019 Feb 17];95(2):238-43. Available from: http://www.scielo.br/pdf/abc/v95n2/en_aop09210.pdf
17. Azevedo IG, Vieira EMA, Oliveira Neto NR, Nogueira IDB, Melo FES, Nogueira PAMS. Correlation between sleep and quality of life in patients with heart failure. Fisioter Pesq [Internet]. 2015 [cited 2019 Feb 17];22(2):148-154. Available from: http://www.scielo.br/pdf/fp/v22n2/en_2316-9117-fp-22-02-00148.pdf
18. Cirelli MA, Lacerda MA, Lopes CT, Lopes JL, Barros ALBL. Correlations between stress, anxiety and depression and sociodemographic and clinical characteristics among outpatients with heart failure. Arch Psychiat Nurs. 2017;32(2018):235-241. doi: 10.1016/j.apnu.2017.11.008

19. Baik D, Reading M, Jia H, Grossman LV, Creber RM. Measuring health status and symptom burden using a web-based mHealth application in patients with heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2019;18(4):325-31. doi: 10.1177/1474515119825704
20. Stokdill ML, Patrician PA, Bakitas M. Understanding and measuring symptom burden in heart failure: a concept analysis. *West J Nurs Res*. 2019;00(0):1-25. doi: 10.1177/0193945919833710
21. Manfredini L. Tradução e validação da escala de avaliação de sintomas de Edmonton (ESAS) em pacientes com câncer avançado [Dissertação]. Brasil: Hospital de Câncer de Barretos [Internet]. 2014 [cited 2019 Feb 17]. Available from: <https://www.hcancerbarretos.com.br/upload/doc/lucianamanfredini.pdf>
22. Schag CC, Heinrich RL, Ganz PA. Karnofsky performance status revisited: reliability, validity, and guidelines. *J Clin Oncol*. 1974;2(3):187-193. doi: 10.1200/JCO.1984.2.3.187
23. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Cancer palliative care in oncology symptom control: INCA/MS procedures. *Rev Bras Cancerol* [Internet]. 2002 [cited 2019 Feb 17];48(2):191-211. Available from: http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v02/pdf/conduas3.pdf
24. Rohde LEP, Montera MW, Bocchi EA, Clausell NO, Albuquerque DC, Rassi S, et al. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2018 [cited 2019 Feb 17];111(3):436-539. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v111n3/0066782Xabc111030436.pdf>
25. Mukaka MM. A guide to appropriate use of correlation coefficient in medical research. *Malawi Med J* [Internet]. 2012 [cited 2019 Feb 17];24(3):69-71. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3576830/pdf/MMJ2403-0069.pdf>
26. Riedinger MS, Dracup KA, Brecht ML, Padilla G, Sarna L, Gans PA. Quality of life in patients with heart failure: do gender differences exist?. *Heart Lung* [Internet]. 2001 [cited 2019 Feb 17];30(2):105-16. Available from: [https://www.heartandlung.org/article/S0147-9563\(01\)81119-5/abstract](https://www.heartandlung.org/article/S0147-9563(01)81119-5/abstract)
27. 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. doi: 0.1016/j.ejcnurse.2005.03.010
28. Rose M, Anatchkova M, Fletcher J, Blank AE, Bjorner J, Lowe B, et al. Short and precise patient self-assessment of heart failure symptoms using a computerized adaptive test. *Circ Heart Fail*. 2012;5(3):331-9. doi: 0.1161/CIRCHEARTFAILURE.111.964916
29. Chen YT, Vaccarino V, Williams CS, Butler J, Berkman LF, Krumholz HM. Risk factors for heart failure in the elderly: a prospective community-based study. *Am J Med* [Internet]. 1999 [cited 2019 Feb 17];106(6):605-12. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10378616>
30. Ezekowitz JA, Thai V, Hodnefield TS, Sanderson L, Cujec B. The correlation of standard heart failure assessment and palliative care questionnaires in a multidisciplinary heart failure clinic. *J Pain Symptom Manage*. 2011;42(3):379-87. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2010.11.013
31. Heo SH, Moser DK, Pressler SJ, Dunbar SB, Dekker RL, Lennie TA. Depressive symptoms modify relationship between inflammation and physical symptoms in patients with heart failure. *Am J Crit Care*. 2014;3(5):404-13. doi: 0.4037/ajcc2014614
32. Ogilvie RP, Everson-Rose SA, Longstreth Jr WT, Rodriguez CJ, Diez-Roux AV, Lutsey PL. Psychosocial Factors and Risk of Incident Heart Failure the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. *Circ Heart Fail*. 2016;9(1):e002243. doi: 0.1161/CIRCHEARTFAILURE.115.002243
33. Dekker RL, Lennie TA, Doering LV, Chung ML, Wu JR, Moser DK. (2014). Coexisting anxiety and depressive symptoms in patients with heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2014;13(2):168-176. doi: 10.1177/1474515113519520
34. Suzuki T, Shiga T, Kuwahara K, Kobayashi S, Suzuki S, Nishimura K, et al. Impact of clustered depression and anxiety on mortality and rehospitalization in patients with heart failure. *J Cardiol*. 2014;64(6):456-62. doi: 10.1016/j.jjcc.2014.02.031
35. Moser DK, Worster PL. Effect of psychosocial factors on physiologic outcomes in patients with heart failure. *J Cardiovasc Nurs* [Internet]. 2000 [cited 2019 Feb 17];14(4):106-15. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10902107>
36. Johnson MJ, Bland JM, Davidson PM, Newton PJ, Oxberry SG, Abernethy AP, et al. The relationship between two performance scales: New York Heart Association classification and Karnofsky Performance Status Scale. *J Pain Symptom Manage*. 2014;47(3):952-8. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2013.05.006