

# Qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com insuficiência cardíaca

*Quality of life related to health for heart failure patients*

*Calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con insuficiencia cardíaca*

**Larissa Ferreira de Araújo Paz<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-4569-5080

**Carolina de Araújo Medeiros<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-8681-3285

**Silvia Marinho Martins Alves<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-3093-9743

**Simone Maria Muniz da Silva Bezerra<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-6301-8457

**Wilson de Oliveira Junior<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-0178-5589

**Maria Beatriz Araújo Silva<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-5730-5425

<sup>1</sup>Universidade de Pernambuco. Recife, Pernambuco, Brasil.

## Como citar este artigo:

Paz LFA, Medeiros CA, Alves SMM, Bezerra SMMS, Oliveira Jr W, Silva MBA. Quality of life related to health for heart failure patients. Rev Bras Enferm. 2019;72(Suppl 2):140-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0368>

## Autor Correspondente:

Larissa Ferreira de Araújo Paz  
E-mail: [larissafaraujopaz@hotmail.com](mailto:larissafaraujopaz@hotmail.com)



**Submissão:** 09-06-2018 **Aprovação:** 18-12-2018

## RESUMO

**Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde dos pacientes com insuficiência cardíaca e relacionar aos dados sociodemográficos e clínicos. **Método:** Trata-se de estudo observacional, de corte transversal, com abordagem quantitativa realizado em ambulatório de insuficiência cardíaca no estado de Pernambuco. **Resultados:** Na amostra (n=101) houve predominância de homens, maiores de 60 anos, casados, profissionalmente inativos. A qualidade de vida relacionada à saúde, a partir do questionário *Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire* foi considerada moderada (34,3±21,6), apresentando relação significativa com idade (p=0,004), classe funcional (p<0,001) e em pacientes com cardiopatia chagásica (p=0,02). **Conclusão:** A qualidade de vida no grupo IC de etiologia chagásica esteve mais comprometida, especialmente na dimensão emocional. Sugere-se a realização de estudos abordando as hipóteses de que maior tempo de acompanhamento ambulatorial melhora a qualidade de vida e que ter doença de Chagas interfere negativamente na qualidade de vida de pacientes com insuficiência cardíaca.

**Descritores:** Qualidade de Vida; Insuficiência Cardíaca; Assistência Ambulatorial; Doença de Chagas; Enfermagem.

## ABSTRACT

**Objective:** To assess the quality of life related to health for heart failure patients and to relate sociodemographic and clinical data. **Method:** It is an observational and transversal study, with quantitative approach, carried out in a heart failure ambulatory in the state of Pernambuco. **Results:** In the sample (n=101), there was prevalence of men older than 60 years old, married and professionally inactive. The quality of life related to health, based on the *Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire*, was considered moderate (34.3±21.6), being significantly related to age (p=0.004), functional class (p<0.001), and patients with chagasic cardiopathy (p=0.02). **Conclusion:** The quality of life in the HF group of chagasic etiology was more compromised, specially in the emotional dimension. It is suggested that studies on the hypothesis that longer ambulatory follow-up improves quality of life and that having Chagas disease interferes negatively with the quality of life of heart failure patients.

**Descriptors:** Quality of Life; Heart Failure; Ambulatory Assistance; Chagas Disease; Nursing.

## RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) y relacionar los datos sociodemográficos y clínicos. **Método:** Se trata de estudio observacional, de corte transversal, con abordaje cuantitativo realizado en Ambulatorio de insuficiencia cardíaca en el estado de Pernambuco. **Resultados:** En la muestra (n=101) hubo un predominio de hombres, mayores de 60 años de edad, casados y profesionalmente inactivos. La calidad de vida relacionada con la salud, desde el cuestionario *Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire*, fue moderada (34,3±21,6), presentando una relación significativa con la edad (p=0,004), la clase funcional (p<0,001) y en pacientes con cardiopatía chagásica (p=0,02). **Conclusión:** La calidad de vida en el grupo IC de etiología chagásica estuvo más comprometida, principalmente la dimensión emocional. Se recomienda realizar estudios que aborden las hipótesis de que el mayor tiempo de seguimiento ambulatorio mejora la calidad de vida y de que tener la enfermedad de Chagas interfiere negativamente en la calidad de vida de pacientes con insuficiencia cardíaca.

**Descriptorios:** Calidad de Vida; Insuficiencia Cardíaca; Atención Ambulatoria; Enfermedad de Chagas; Enfermería.

## INTRODUÇÃO

Considerada uma epidemia em progressão, a insuficiência cardíaca (IC) é definida como uma síndrome clínica caracterizada pela disfunção na estrutura e no funcionamento cardíaco, impedindo o bombeamento de sangue necessário para atender às demandas metabólicas e teciduais do organismo<sup>(1)</sup>.

Entre 2013 e 2014, a doença foi responsável por 460.813 internações hospitalares no Brasil, fato que pode estar relacionado ao crescente envelhecimento populacional e alta expectativa de vida que, em conjunto com a otimização do tratamento clínico, contribui para o aumento e a prevalência da doença<sup>(2)</sup>.

Em virtude dos índices elevados de hospitalizações, do nível de mortalidade e dos custos econômicos e sociais, a doença é considerada um problema de saúde pública desafiador<sup>(1)</sup>. Conforme estudo brasileiro, as etiologias mais predominantes na IC são as isquêmicas (30,3%), a hipertensiva (20,4%), a idiopática (14,5%), valvar (12,4%) e, posteriormente, a de origem chagásica (10,8%)<sup>(3)</sup>.

A New York Heart Association (NYHA) classifica a IC de acordo com a intensidade dos sintomas em quatro classes funcionais (CF), estabelecendo o nível de comprometimento físico do paciente durante a realização de exercícios e atividades de vida diária<sup>(4)</sup>.

As manifestações clínicas como edema, dispnéia e decréscimo da tolerância às atividades de vida diária, associadas ao curso prolongado e à complexidade da doença, influenciam não somente os aspectos biológicos, mas também os aspectos sociais, psicológicos e espirituais do paciente com IC, interferindo na sua qualidade de vida (QV) e bem-estar de forma sistêmica<sup>(5)</sup>.

A preocupação com a QV dos indivíduos tem sido destacada na área das Ciências da Saúde. A definição e alcance do conceito de qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) são considerados como medidas que quantificam a percepção do paciente sobre os efeitos funcionais da doença e do tratamento sobre diferentes aspectos da vida, considerando a subjetividade das dimensões físicas, emocionais e sociais<sup>(6)</sup>.

O interesse na monitorização dos níveis de QVRS é crescente, dada a sua importância como indicador prognóstico de morbidade e mortalidade, sendo reconhecidamente um indicador de saúde pública<sup>(7)</sup>. Sabendo-se que a IC se trata de uma doença incapacitante que compromete não apenas as atividades de vida diária, mas também aspectos psicológico e sociais e interfere diretamente na qualidade de vida relacionada à saúde dos pacientes, mensurar esses danos fornecerá informações importantes para aperfeiçoar o trabalho da equipe multiprofissional com vistas à melhoria da adaptação dos pacientes e, conseqüentemente, da qualidade de vida dessa população.

## OBJETIVO

Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde dos pacientes com insuficiência cardíaca e relacionar aos dados sociodemográficos e clínicos.

## MÉTODO

### Aspectos éticos

Esta pesquisa obedece a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e foi aprovada pelo

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC/PROCAPE).

### Desenho, local do estudo e período

Trata-se de um estudo observacional, de corte transversal, com abordagem quantitativa, realizado entre os meses de novembro e dezembro de 2017 no Ambulatório de Doença de Chagas e Insuficiência Cardíaca de Pernambuco, vinculado ao Pronto Socorro Cardiológico Universitário Luís Tavares (PROCAPE/UPE).

### População ou amostra: critérios de inclusão e exclusão

Foram convidados a participar do estudo 105 pacientes maiores de 18 anos, de ambos os sexos, diagnosticados com IC em seguimento ambulatorial. Dentre os pacientes avaliados, quatro foram excluídos por apresentarem doença neurológica (1), recusa de participação (1) e dificuldades de locomoção (2). Portanto, a amostra não probabilística por conveniência foi composta por 101 pacientes.

### Protocolo do estudo

Os pacientes foram convidados a participar da pesquisa durante a espera para atendimento médico e mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os dados sociodemográficos e econômicos foram coletados por meio de entrevista em instrumento próprio e as informações clínicas pelo Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP).

Dentre as variáveis analisadas, foram consideradas como variável do tipo independente os aspectos sociodemográficos, econômicos e clínicos como: idade, sexo, raça/cor, procedência, estado civil, grau de instrução, ocupação, renda per capita, gastos com transporte até o ambulatório, gastos com medicação por mês, tempo de diagnóstico da IC, etiologia, classe funcional, fração de ejeção, todas as medicações e medicações cardiológicas. A idade foi dicotomizada em menores e maiores de 60 anos. A classe funcional foi analisada em quatro categorias e determinada no momento da coleta por meio da *Specific Activity Scale* (SAS).

Com a finalidade de avaliar a QVRS dos portadores IC, foi utilizado o questionário Minnesota, traduzido para a versão em português e validado em 2009<sup>(8)</sup>. O instrumento avalia a percepção dos pacientes nos aspectos físicos e emocionais relacionados à IC por meio de 21 itens com escala de resposta que varia de 0 a 5 pontos.

O escore total varia de 0 a 105, sendo que a melhor QV está associada aos escores mais baixos. Escores até < 24 pontos indicam boa QV, escores entre 24 e 45 indicam QV moderada e acima de 45 pontos é considerada como uma QV ruim<sup>(9)</sup>. Os itens são subdivididos em três dimensões e estão relacionados às dificuldades físicas (questões nº 1 a 7, 12 e 13); emocionais (questões nº 17 a 21); e aspectos gerais, envolvendo os itens relacionados a considerações financeiras, efeitos colaterais de medicamentos e estilo de vida (questões nº 8 a 11 e 14 a 16)<sup>(1)</sup>.

### Análise dos resultados e estatística

Os dados foram armazenados no programa Microsoft Excel 2013 e analisados no software estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) para Windows versão 21.0. A estatística descritiva

das variáveis quantitativas foram apresentadas na forma de média, desvio-padrão mínimo, máximo e variância. As variáveis categóricas foram apresentadas em suas frequências absolutas e relativas.

Para a comparação dos grupos em relação às variáveis qualitativas foi aplicado o teste Qui-Quadrado de Pearson ou o Exato de Fisher, quando necessário. Para as variáveis quantitativas, utilizou-se o teste t-Student nos casos em que a distribuição de normalidade não foi rejeitada. Caso contrário, foi aplicado o teste não paramétrico de Mann-Whitney. Realizada análise de diferença de médias entre o escore total da escala de Minnesota e as dimensões físicas e emocionais pelo teste da ANOVA. O intervalo de confiança utilizado foi de 95% e o nível de significância assumido foi de  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS

A amostra foi composta por 101 pacientes em atendimento ambulatorial. Houve predominância de homens, maiores de 60 anos, casados e que estudaram até o ensino fundamental, conforme Tabela 1.

De acordo com os dados da Tabela 2, os  $\beta$ -bloqueadores, IECA/BRA e diuréticos, são as classes medicamentosas mais utilizadas. Entre os entrevistados, seis (5,9%) possuíam marca-passos e um (0,9%) possuía resincronizador cardíaco.

A média de QV e as dimensões analisadas foram consideradas moderadas ( $34,3 \pm 21,6$ ) e, conforme dados da Tabela 3, que relaciona o escore total do Minnesota à classificação de QVRS, é possível visualizar as relações estatisticamente significativas estabelecidas entre CF, idade e IC de etiologia chagásica (IC Chagas).

Ao realizar a análise das variáveis sociodemográficas, econômicas e clínicas com as dimensões do Minnesota, foi identificada influência significativa da ocupação nas dimensões física e no escore total de QVRS. Tendo os pacientes economicamente ativos melhores percepções de QV, a variável CF foi significativa nas duas dimensões analisadas (física e emocional) e no escore total. Os escores foram maiores entre os pacientes com IC Chagas, sendo a dimensão emocional o aspecto que mais influencia na percepção ruim de QV (Tabela 4).

Apesar de não ter sido identificada diferença significativa entre a QVRS e raça, estado civil, gastos mensais com medicação, tempo de acompanhamento no ambulatório e FE, os pacientes negros apresentaram números piores no escore total de QVRS ( $38,8 \pm 20,4$ ) quando comparados aos pacientes que se declararam brancos ( $30,5 \pm 17,3$ ).

Resultados semelhantes ocorreram entre os pacientes divorciados ( $40,3 \pm 22,8$ ) e casados ( $33,8 \pm 21,4$ ); com gastos superior a 200,00 reais com medicação/mês ( $38,3 \pm 21,4$ ) e aqueles sem gastos ( $21,8 \pm 21,2$ ); entre os pacientes acompanhados há menos de 1 ano no ambulatório ( $64,0 \pm 21,2$ ) em relação aos pacientes com mais de um ano ( $32,7 \pm 22,4$ ); e aqueles com FER ( $38,0 \pm 19,3$ ) quando equiparado com os de FEP ( $29,3 \pm 31,7$ ).

**Tabela 1** – Dados sociodemográficos e econômicos dos pacientes com insuficiência cardíaca, Recife, Pernambuco, Brasil, 2017

Variáveis Sociodemográficas		Média±DP	Mínimo/máximo	n(%)
Idade	≥ 60 anos	60,23±10,81	30-79	53 (52,5)
	<60 anos			48 (47,5)
Sexo	Masculino			57 (56,4)
	Feminino			44 (43,6)
Raça/Cor	Parda			66 (65,3)
	Preta			19 (18,8)
	Branca			15 (14,9)
	Amarela			1 (1)
Estado Civil	Casado			58 (57,4)
	Solteiro			19 (18,8)
	Viúvo			16 (15,8)
	Divorciado			8 (7,9)
Procedência	Região Metropolitana			60 (59,4)
	Outras Regiões			41 (40,6)
Grau de Instrução	Ensino Fundamental			58 (57,5)
	Ensino Médio			25 (24,8)
	Analfabetos			17 (16,8)
	Pós graduação			1 (1)
Ocupação	Aposentado			48 (47,5)
	Auxílio Doença			36 (35,6)
	Assalariado			4 (4)
	Autônomo			2 (2)
Renda per capita	Outros			11 (10,9)
	Até 1 salário			67 (66,3)
	Até 2 salários			30 (29,7)
	Até 3 salários			2 (2)
Gastos com transporte ao ambulatório por consulta	Sem renda			2 (2)
	Até 50,00 reais			45 (44,6)
	Nenhum gasto			37 (36,6)
	Mais de 50,00 reais			19 (18,8)
Gasto mensal com medicação	Mais de 200,00 reais			34 (33,7)
	De 101 a 200,00 reais			31 (30,7)
	Até 100,00 reais			36 (35,6)
Tempo de acompanhamento no ambulatório	De 1 a 5 anos			43 (42,6)
	De 6 a 10 anos			39 (38,6)
	≥ 11 anos			17 (16,9)
	< 1 ano			2 (1,9)

Nota: DP = desvio padrão.

**Tabela 2** – Dados clínicos dos pacientes com insuficiência cardíaca, Recife, Pernambuco, Brasil, 2017

Variável Clínica		Média±DP	Variância	n (%)
Etiologia	Idiopática			32 (31,7)
	Hipertensiva			26 (25,7)
	Chagas			23 (22,8)
	Outras			20 (19,8)
Classe Funcional	I			43 (42,6)
	II			39 (38,6)
	III			19 (18,8)
Fração de ejeção (FE)	FE Reduzida ≤ 40%			58 (57,4)
	FE Intermediária 41-49%			26 (25,5)
	FE Preservada ≥50%			15 (14,9)
	Informação não encontrada			2 (2,2)
Comorbidades associadas	Hipertensão arterial sistêmica			75 (74,3)
	Dislipidemia			49 (48,5)
	Diabetes mellitus			27 (26,7)
	Doença arterial coronariana			17 (16,8)
Medicações em uso	Todas as medicações	5,64±1,79	2-11	
	Medicações cardiológicas	4,72±1,39	2-10	

Continua

Continuação da Tabela 2

Variável Clínica	Média±DP	Variância	n (%)
Classe de medicamentos	β-Bloqueadores		94 (93,1)
	IECA/BRA		84 (83,2)
	Diuréticos		73 (72,3)
	Poupador de potássio		54 (53,5)
	Digitálicos		28 (27,7)
	Anticoagulantes		22 (21,8)

Nota: DP = desvio padrão; IECA = inibidores da enzima conversora de angiotensina; BRA = bloqueadores de receptores da angiotensina.

**Tabela 3** – Classificação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde em pacientes com insuficiência cardíaca, Recife, Pernambuco, Brasil, 2017

	Boa n (%)	Moderada n (%)	Ruim n (%)	Total n (%)	Valor de p
Classe Funcional					
I	34 (79,0)	6 (13,9)	3 (6,9)	43 (42,6)	<b>&lt;0,001*</b>
II	7 (17,9)	18 (46,1)	14 (35,8)	39 (38,6)	
III	1 (5,26)	2 (10,5)	16 (84,2)	19 (18,)	
Idade					
<60 anos	12 (25,0)	15 (31,2)	21 (43,7)	48 (47,5%)	0,004*
≥60 anos	30 (56,6)	11 (20,7)	12 (22,6)	53 (52,5)	
IC Chagas					
Sim	6 (26,0)	4 (17,4)	13 (56,5)	23 (22,8)	0,021*
Não	36 (46,1)	22 (28,2)	20 (25,6)	78 (77,2)	

Nota: DP = desvio padrão; IC Chagas = pacientes com insuficiência cardíaca secundária à doença de Chagas; \* = diferença estatisticamente significativa.

**Tabela 4** – Análise das diferenças de médias entre as variáveis sociodemográficas, econômicas e clínicas com Qualidade de Vida Relacionada à Saúde em pacientes com insuficiência cardíaca, conforme dimensões do questionário Minnesota, Recife, Pernambuco, Brasil, 2017

Variáveis		Dimensão Física (0-45) Média±DP	Dimensão Emocional (0-20) Média±DP	Score Total (0-105) Média±DP
Idade	< 60 anos	18,7 ± 11,7	7,6 ± 5,7	42,3 ± 20,2
	≥ 60 anos	10,8 ± 11,3	5,5 ± 5,3	27,0 ± 20,4
	Valor de p	<b>&lt;0,001*</b>	0,06	<b>&lt;0,001*</b>
Renda	Sem renda	37,5 ± 2,1	10,0 ± 8,4	68,5 ± 14,8
	Até 1 salário	15,5 ± 11,2	7,1 ± 5,3	36,3 ± 19,8
	Até 2 salários	10,2 ± 12,2	5,0 ± 5,9	26,7 ± 23,5
	Até 3 salários	25,0 ± 8,4	7,0 ± 2,8	47,0 ± 5,65
	Valor de p	0,04*	0,317	0,017*
Ocupação	Desempregado	27,8 ± 15,1	9,8 ± 6,8	55,1 ± 26,4
	Auxílio-doença	16,9 ± 10,2	7,0 ± 5,1	39,1 ± 17,3
	Autônomo	5,0 ± 4,2	4,5 ± 4,9	18,5 ± 10,6
	Assalariado	6,2 ± 8,9	3,0 ± 4,2	14,2 ± 20,0
	Valor de p	0,01*	0,432	0,01*
Classe Funcional	I	5,5 ± 7,1	4,0 ± 4,2	18,6 ± 14,2
	II	17,9 ± 9,2	7,5 ± 5,4	40,5 ± 17,1
	III	28,2 ± 10,3	10,2 ± 6,3	57,0 ± 17,4
	Valor de p	<b>&lt;0,001*</b>	<b>&lt;0,001*</b>	<b>&lt;0,001*</b>
IC Chagas	Não	13,6 ± 11,9	5,8 ± 4,8	31,8 ± 21,1
	Sim	17,9 ± 12,5	9,0 ± 7,1	42,8 ± 21,9
	Valor de p	0,13	0,015*	0,021*
Tempo de acompanhamento ambulatorial	< 1 ano	33,5 ± 7,7	8,0 ± 11,3	64,0 ± 21,2
	De 1 a 5 anos	13,9 ± 11,7	6,3 ± 5,3	32,7 ± 22,4
	De 6 a 10 anos	14,7 ± 12,4	6,7 ± 5,6	34,7 ± 20,7
	≥ 11 anos	16,4 ± 12,5	7,4 ± 6,9	37,9 ± 22,1
	Valor de p	0,119	0,896	0,243
Escores por dimensão		14,6 ± 12,1	6,56 ± 5,6	34,3 ± 21,6

Nota: DP = desvio padrão; IC Chagas = pacientes com insuficiência cardíaca secundária à doença de chagas; \* = diferença estatisticamente significativa.

## DISCUSSÃO

O crescente envelhecimento populacional, a alta expectativa de vida e a melhoria no tratamento de cardiopatias graves vem contribuindo para o aumento de doenças cardiovasculares (DCV), entre elas a IC, via final da maioria das cardiopatias<sup>(2)</sup>. De acordo com esta perspectiva, o perfil sociodemográfico deste estudo foi semelhante aos desenvolvidos em outros ambulatorios de cardiologia<sup>(10-11)</sup>.

Estudo que associou o grau de instrução e QVRS demonstrou que a escolaridade constitui-se como fator importante na QV dos pacientes com doenças cardíacas e é associada à prevalência de reinternações e mortalidade<sup>(12)</sup>. Em consonância com pesquisa desenvolvida em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil<sup>(13)</sup>, o nível de escolaridade da amostra deste estudo foi até o ensino fundamental. Tal dado é relevante, pois baixos níveis de escolaridade poderiam diminuir as oportunidades de informações e acesso aos cuidados de saúde, uma vez que é fator fundamental no processo de comunicação e de execução das orientações dadas pela equipe de saúde<sup>(14)</sup>.

Diferentemente dos resultados encontrados em estudo multicêntrico com 1.263 pacientes, no qual a etiologia isquêmica foi predominante no cenário nacional e na região Nordeste<sup>(3)</sup>, os dados desta pesquisa revelam a predominância idiopática e hipertensiva. Pesquisa similar desenvolvida em ambulatório de IC no Nordeste do país também encontrou a etiologia idiopática como a mais frequente<sup>(10)</sup>.

Nesta pesquisa, a doença de Chagas (DC) foi a terceira causa mais frequente de IC, dado que pode ser associado ao funcionamento, no ambulatório, da referência do estado de Pernambuco em doença de Chagas. Conforme o II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, a região Nordeste caracteriza-se como a segunda região com maior prevalência da doença no país<sup>(15)</sup>.

No tratamento farmacológico da IC, as classes de medicações cardiológicas mais frequentemente utilizadas foram os β-bloqueadores, diuréticos, IECA e BRA, como encontrado na literatura<sup>(10)</sup>. Estudo longitudinal desenvolvido na Holanda para avaliar a QVRS dos pacientes com IC encontrou relação significativa entre o uso de β-Bloqueadores, BRA e IECA no grupo dos sobreviventes, ao longo dos três anos da pesquisa. Além disso, piores escores de QVRS também estiveram associados ao menor número de prescrições dos β-bloqueadores<sup>(16)</sup>.

Ainda sobre as medicações, é importante ressaltar que os medicamentos cardiovasculares estão entre os que mais contribuem para a polifarmácia<sup>(17)</sup>. A média encontrada nesta amostra para todas as medicações (5,64±1,79) foi menor do que em outros estudos desenvolvidos em pacientes com IC (7,0±2,0, 11,4±4,3)<sup>(18-19)</sup>.

Os dados analisados por meio do Minnesota revelam QV moderada (34,3±21,6). As médias encontradas foram mais baixas que as disponíveis na literatura nacional (38,0±17)<sup>(20)</sup> e internacional (44±21; 34,5±22,8)<sup>(16,21)</sup>. A dimensão física, que avalia a sintomatologia da doença,



apresentou escores mais altos ( $14,6 \pm 12,5$ ) quando comparados à dimensão emocional ( $10,8 \pm 8,8$ ), sugerindo importante influência das alterações físicas, como dispnéia, fadiga e edema, na QVRS.

Uma diferença significativa foi encontrada entre a idade e a QVRS na dimensão física ( $p < 0,001$ ) e no escore total ( $p < 0,001$ ). O resultando é semelhante ao encontrado na pesquisa com 91 pacientes de IC em seguimento ambulatorial no município de João Pessoa, Paraíba, Brasil<sup>(1)</sup>, onde foram evidenciadas melhores percepções de QVRS em pessoas com idade mais avançada. Estudos semelhantes desenvolvidos em São Paulo e no Canadá também publicaram resultados similares, apesar das diferenças regionais e dos índices de desenvolvimento<sup>(13,22)</sup>.

O fatos dos idosos possuírem uma compreensão global do conceito de QV, articulando saberes construídos no cotidiano e ao longo de experiências técnico-profissionais, evidencia a multidimensionalidade do conceito de QVRS nos idosos e justifica melhores escores em comparação aos pacientes mais jovens<sup>(23)</sup>.

A IC apresenta grande impacto na saúde do trabalhador e os sintomas dificultam a execução de atividades laborais, exigindo mudanças na função, na carga horária de trabalho ou até ocasionando a inatividade ocupacional. Em consonância com dados de pesquisa nacional<sup>(1)</sup>, no presente estudo, considerável percentual declarou-se profissionalmente inativa, possivelmente em função da idade média da amostra e do comprometimento físico precoce dos pacientes com IC.

A significância encontrada, quando relacionada à ocupação e QVRS na dimensões físicas ( $p = 0,01$ ) e no escore total ( $p = 0,01$ ), revela influência negativa da inatividade ocupacional na QV dos pacientes com IC, principalmente entre os desempregados e os que recebem auxílio-doença. A redução dos anos laborais ou produtivos dos pacientes com IC em função da sintomatologia pode aumentar os gastos com medicações e interferir negativamente na QV relacionada pelo paciente, mediante a diminuição da renda per capita<sup>(14,21)</sup> e familiar<sup>(24)</sup>.

A renda per capita de até um salário mínimo configura-se como uma variável de risco para baixos escores nas dimensões físicas ( $p = 0,04$ ) e no escore total ( $p = 0,01$ ), corroborando com o achado da literatura<sup>(25)</sup>. Aqueles que declararam não possuir renda apresentaram escores de QVRS quase duas vezes pior, em comparação com os que possuem renda mensal de até um salário mínimo.

O impacto causado na QVRS em função de baixa renda está relacionado à dificuldade em acesso aos serviços de saúde, à aquisição de medicações, alimentos e às alterações necessárias no estilo de vida, contribuindo para re-hospitalizações, baixa adesão terapêutica e piores escores de QV<sup>(14)</sup>.

Em ambulatórios de IC, espera-se a prevalência de pacientes menos sintomáticos, com CF menores e, conseqüentemente, melhor QVRS. Assim, em coerência com estudos desenvolvidos em ambulatórios no cenário nacional<sup>(1,13)</sup> e internacional<sup>(21)</sup>, as CF (NYHA) mais encontradas na amostra foram a I e a II.

As médias obtidas mostram forte significância entre a QVRS e CF em todas as dimensões analisadas, de modo que, quanto maior a CF pior a QVRS<sup>(1,20,24)</sup>. De acordo com a literatura existente, apesar de ser um indicador subjetivo, a CF permite estratificar o grau de limitação nas atividades cotidianas, possuindo, além de caráter funcional, capacidade de avaliar a QVRS em relação à IC<sup>(4,19)</sup>.

A média total de QVRS foi maior no grupo de pacientes com IC Chagas, em comparação com o grupo não Chagas, e a dimensão

emocional foi o principal contribuinte para este dado, mostrando que a percepção de QVRS da população com Chagas ultrapassa as questões clínicas. O impacto emocional na vida dos pacientes está associado aos estigmas culturais comparados aos de doenças crônicas discriminadas pela sociedade atual, como o câncer e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA). Também causa alterações na forma de pensar, de produzir, nas relações familiares e com a sociedade, levando a mudanças nos padrões de comportamento<sup>(26)</sup>.

Embora não tenha sido encontrada significância entre a QVRS e o tempo de acompanhamento ambulatorial, os pacientes com menos de um ano no serviço possuíam piores escores em todos os aspectos pesquisados, assim como em outras pesquisas que sugerem influência positiva dessa variável sobre a percepção de QV desses pacientes<sup>(10,13)</sup>.

De acordo com a classificação da Sociedade Europeia de Cardiologia, grande percentual da amostra possui fração de ejeção reduzida ( $< 40\%$ ) e, quando comparada aos escores de QVRS, não houve significância. Apesar da gravidade desses pacientes, as médias nas dimensões avaliadas mostraram moderada QVRS, fato que pode estar associado ao atendimento multiprofissional ofertado no ambulatório.

A IC é considerada uma doença debilitante em função da diminuição do débito cardíaco e da FE. Assim, quando a quantidade de sangue ejetada pelo ventrículo esquerdo é insuficiente para atender as demandas corporais, é possível que ocorra a exacerbação dos sintomas físicos como dispnéia e fadiga e, conseqüentemente, piores percepções na QVRS<sup>(1)</sup>. Esta afirmação, no entanto, é controversa, ao passo que alguns estudos discordam desses achados e não encontram significância entre as variáveis, assim como ocorreu nesta pesquisa<sup>(13,20)</sup>.

Pesquisa desenvolvida em clínica especializada em IC no estado de Goiás relacionou negativamente o número de medicamentos à QV<sup>(20)</sup>, enquanto esta pesquisa demonstrou fraca relação apenas na dimensão física ( $p = 0,06$ ).

### Limitações do estudo

Sugere-se a realização de estudos que abordem as hipóteses de que o tempo de acompanhamento ambulatorial interfere positivamente na QVRS e que a DC interfere negativamente na QVRS em pacientes com IC, uma vez que o número reduzido de pacientes com a patologia configura-se como limitação deste estudo.

### Contribuições para a área da Enfermagem, Saúde e Política Pública

Vale ressaltar que as formas de enfrentamento da doença desenvolvidas pelos pacientes são subjetivas e que a equipe de saúde possui papel fundamental no processo de educação em saúde e empoderamento para o autocuidado. Educar o portador de IC é auxiliá-lo no entendimento da patologia, nas mudanças necessárias para melhor adaptação, na utilização correta da terapia, na redução de complicações, descompensação e internações hospitalares. Capacitar o paciente para ser o protagonista do seu processo saúde-doença é essencial para melhorar a sua percepção de QVRS.

### CONCLUSÃO

A QVRS dos pacientes com IC foi considerada moderada, com relação significativa entre a idade, a classe funcional e o grupo de pacientes com IC secundária à doença de Chagas. As médias foram

maiores na dimensão física, que reflete os sintomas e as limitações causadas pela doença, quando comparada à dimensão emocional.

A dimensão física foi fortemente influenciada pela idade e apresentou relação com a renda e a ocupação. O grupo de

pacientes com DC apresentou valores significativos na dimensão emocional, demonstrando influência negativa da doença no escore total de QVRS. Apenas a variável CF apresentou forte significância nas três dimensões analisadas.

## ERRATA

No artigo “Qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com insuficiência cardíaca”, com número de DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0368>, publicado no periódico Revista Brasileira de Enfermagem, v72(suppl 2):148-54, na página 150:

A Tabela 1:

Variáveis Sociodemográficas		Média±DP	Mínimo/máximo	n (%)
Idade	≥ 60 anos	60,23±10,81	30-79	
	<60 anos			
Sexo	Masculino			
	Feminino			
Raça/Cor	Parda			1 (1%)
	Preta			
	Branca			
	Amarela			
Estado Civil	Casado			8 (7,9%)
	Solteiro			
	Viúvo			
	Divorciado			
Procedência	Região Metropolitana			
	Outras Regiões			
Grau de Instrução	Ensino Fundamental			1 (1%)
	Ensino Médio			
	Analfabetos			
	Pós graduação			
Ocupação	Aposentado			4 (4%)
	Auxílio Doença			
	Assalariado			
	Autônomo			
	Outros			
Renda per capita	Até 1 salário			2 (2%)
	Até 2 salários			
	Até 3 salários			
	Sem renda			
Gastos com transporte ao ambulatório por consulta	Até 50,00 reais			
	Nenhum gasto			
	Mais de 50,00 reais			
Gasto mensal com medicação	Mais de 200,00 reais			
	De 101 a 200,00 reais			
	Até 100,00 reais			
Tempo de acompanhamento no ambulatório	De 1 a 5 anos			2 (1,9%)
	De 6 a 10 anos			
	≥ 11 anos			
	< 1 ano			

Substitua-se por:

Variáveis Sociodemográficas		Média±DP	Mínimo/máximo	n (%)
Idade	≥ 60 anos	60,23±10,81	30-79	53 (52,5)
	<60 anos			48 (47,5)
Sexo	Masculino			57 (56,4)
	Feminino			44 (43,6)
Raça/Cor	Parda			66 (65,3)
	Preta			19 (18,8)
	Branca			15 (14,9)
	Amarela			1 (1)
Estado Civil	Casado			58 (57,4)
	Solteiro			19 (18,8)
	Viúvo			16 (15,8)
	Divorciado			8 (7,9)
Procedência	Região Metropolitana			60 (59,4)
	Outras Regiões			41 (40,6)
Grau de Instrução	Ensino Fundamental			58 (57,5)
	Ensino Médio			25 (24,8)
	Analfabetos			17 (16,8)
	Pós graduação			1 (1)
Ocupação	Aposentado			48 (47,5)
	Auxílio Doença			36 (35,6)
	Assalariado			4 (4)
	Autônomo			2 (2)
	Outros			11 (10,9)
Renda per capita	Até 1 salário			67 (66,3)
	Até 2 salários			30 (29,7)
	Até 3 salários			2 (2)
	Sem renda			2 (2)
Gastos com transporte ao ambulatório por consulta	Até 50,00 reais			45 (44,6)
	Nenhum gasto			37 (36,6)
	Mais de 50,00 reais			19 (18,8)
Gasto mensal com medicação	Mais de 200,00 reais			34 (33,7)
	De 101 a 200,00 reais			31 (30,7)
	Até 100,00 reais			36 (35,6)
Tempo de acompanhamento no ambulatório	De 1 a 5 anos			43 (42,6)
	De 6 a 10 anos			39 (38,6)
	≥ 11 anos			17 (16,9)
	< 1 ano			2 (1,9)

## REFERÊNCIAS

- Sousa MM, Oliveira JS, Soares MJGO, Bezerra SMMS, Araújo AA, Oliveira SHS. Association of social and clinical conditions to the quality of life of patients with heart failure. *Rev Gaúcha Enferm.* 2017;38(2):e65885. doi: 10.1590/1983-1447.2017.02.65885
- Boisvert S, Proulx-Belhumeur A, 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. doi: 10.1590/0104-1169.0370.2612

3. Albuquerque DC, Souza Neto JD, Bacal F, Rohde LEP, Bernardes-Pereira S, Berwanger O, et al. I Brazilian Registry of Heart Failure - Clinical Aspects, Care Quality and Hospitalization Outcomes. *Arq Bras Cardiol*. 2015;104(6):433-42. doi: 10.5935/abc.20150031
4. Bocchi EA, Marcondes-Braga FG, Bacal F, Ferraz AS, Albuquerque D, Rodrigues D, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Atualização da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica – 2012. *Arq Bras Cardiol [Internet]*. 2012 [cited 2017 Oct 17];98(Suppl 1):1-33. Available from: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2012/Diretriz%20IC%20Crônica.pdf>
5. Calixtre EM, Prado FAA, Almeida E, Fontes GM, Silva KFM, Gemme CN, et al. Reabilitação cardíaca fase III associada à VNI no tratamento da ICC: um estudo de caso. *Rev Saúde Meio Ambiente [Internet]*. 2017 [cited 2017 Nov 13];4(1):62-76. Available from: [http://seer.ufms.br/index.php/sameamb/article/view/1994/pdf\\_13](http://seer.ufms.br/index.php/sameamb/article/view/1994/pdf_13)
6. Oliveira BG, Abreu MNS, Abreu CDG, Rocha MOC, Ribeiro AL. Health-related quality of life in patients with Chagas disease. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2011;44(2):150-6. doi: 10.1590/S0037-86822011005000002
7. Oliveira-Campos M, Rodrigues-Neto JF, Silveira MF, Neves DMR, Vilhena JM, Oliveira JF, et al. Impacto dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis na qualidade de vida. *Ciênc Saúde Colet*. 2013;18(3):873-82. doi: 10.1590/S1413-81232013000300033
8. Carvalho VO, Guimarães GV, Carrara D, Bacal F, Bocchi EA. Validation of the Portuguese version of the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. *Arq Bras Cardiol*. 2009;93(1):36-41. doi: 10.1590/S0066-782X2009000700008
9. Vaillant-Roussel H, Laporte C, Pereira B, Tanguy B, Cassagnes J, Ruivard M, et al. Patient education in chronic heart failure in primary care (ETIC) and its impact on patient quality of life: design of a cluster randomised trial. *BMC Fam Pract*. 2014;15:208. doi: 10.1186/s12875-014-0208-3
10. Barbosa RR, Franklin RV, Stefenoni AV, Moraes VD, Jacques TM, Serpa RG, et al. Análise da qualidade de vida em homens e mulheres portadores de insuficiência cardíaca. *Rev Bras Cardiol [Internet]*. 2014 [cited 2019 Apr 5];27(2):97-103. Available from: <http://www.onlineijcs.com/detalhes/15/quality-of-life-analysis-among-men-and-women-with-heart-failure>
11. Saccoman ICRS, Cintra FA, Gallani MCBJ. Fatores associados às crenças sobre adesão ao tratamento não medicamentoso de pacientes com insuficiência cardíaca. *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48(1):18-24. doi: 10.1590/S0080-623420140000100002
12. Rosa ACM, Lamari NM. Caracterização de pacientes reinternados no setor de cardiologia. *Arq Ciênc Saúde*. 2017;24(3):79-83. doi: 10.17696/2318-3691.24.3.2017.640
13. Pelegrino 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. doi: 10.1590/S0104-11692011000300002
14. Almeida GAS, Teixeira JBA, Barichello E, Barbosa MH. Perfil de saúde de pacientes acometidos por insuficiência cardíaca. *Esc Anna Nery*. 2013;17(2):328-35. doi: 10.1590/S1414-81452013000200018
15. Dias JCP, Ramos Jr NA, Gontijo ED, Luquetti A, Shikanai-Yasuda MA, Coura JR, et al. II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015. *Epidemiol Serv Saúde*. 2016;25(n. esp.):7-86. doi: 10.5123/s1679-49742016000500002
16. Hoekstra T, Jaarsma T, van Veldhuisen DJ, Hillege HL, Sanderman R, Lesman-Leegte I. Quality of life and survival in patients with heart failure. *Eur J Heart Fail*. 2013;15(1):94-102. doi: 10.1093/eurjhf/hfs148
17. Silveira EA, Dalastra L, Pagotto V. Polypharmacy, chronic diseases and nutritional markers in community-dwelling older. *Rev Bras Epidemiol*. 2014;17(4):818-29. doi: 10.1590/1809-4503201400040002
18. Mantovani VM, Ruschel KB, Souza EN, Mussi C, Rabelo-Silva ER. Treatment adherence in patients with heart failure receiving nurse-assisted home visits. *Acta Paul Enferm*. 2015;28(1):41-7. doi: 10.1590/1982-0194201500008
19. Xavier SO, Ferretti-Rebustini REL, Santana-Santos E, Lucchesi PAO, Hohl KG. Heart failure as a predictor of functional dependence in hospitalized elderly. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(5):786-92. doi: 10.1590/S0080-623420150000500012
20. Lima PB, Moraes ER. Qualidade de vida e nível de atividade física de pacientes portadores de insuficiência cardíaca crônica. *ASSOBRAFIR Ciênc [Internet]*. 2014 [cited 2018 Jan 27];5(1):27-39. Available from: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/rebrafis/article/view/17578/14456>
21. 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. doi: 10.1111/jjns.12002
22. Seto E, Leonard KJ, Cafazzo JA, Masino C, Barnsley J, Ross HJ. Self-care and quality of life of patients with heart failure in a multidisciplinary clinic of cardiopathies. *J Cardiovasc Nurs*. 2011;26(5):377-85. doi: 10.1097/JCN.0b013e31820612b8
23. Ferreira MCG, Tura LFR, Silva RC, Ferreira MA. Social representations of older adults regarding quality of life. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(4):806-13. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0097
24. Sousa MM, Oliveira JS, Soares MJGO, Bezerra SMMS, Oliveira SHS. Physical and psychosocial effects of heart failure in perceived quality of life. *Cogitare Enferm*. 2017;22(2):e49783. doi: 10.5380/ce.v22i2.49783
25. Vagetti GC, Moreira NB, Barbosa Filho VC, Oliveira V, Cancian CF, Mazzardo O, et al. Domínios da qualidade de vida associados à percepção de saúde: um estudo com idosos de um programa de atividade física em bairros de baixa renda de Curitiba, Paraná, Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2013;18(12):3483-93. doi: 10.1590/S1413-81232013001200005
26. Gomes LMX, Santos AC, Lima FR, Barbosa TLA, Teles JT. The impact of Chagas' disease in daily patient. *Motricidade [Internet]*. 2012 [cited 2017 Nov 29];8(Suppl 2):204-11. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/2730/273023568024.pdf>