



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA**  
Fundada em 18 de Fevereiro de 1808



---

## **Monografia**

# **Qualidade de vida de idosos portadores de insuficiência cardíaca atendidos em um ambulatório de referência em Salvador, Bahia – Brasil**

**Edimar Joaquim da Silva**

**Salvador (Bahia)**  
**Dezembro, 2014**

## Ficha Catalográfica

(elaborada pela Bibl. **SONIA ABREU**, da Bibliotheca Gonçalo Moniz : Memória da Saúde Brasileira/SIBIUFBA/FMB-UFBA)

Silva, Edimar Joaquim da  
S586 Qualidade de vida de idosos portadores de insuficiência cardíaca: atendidos em um ambulatório de referência em Salvador – Bahia, Brasil / Edimar Joaquim da Silva. Salvador: EJ, Silva, 2014.  
viii. 30 fls.: il. [tab.].

Professor orientador: Ângela Marisa de Aquino Miranda Scippa.  
Monografia como exigência parcial e obrigatória para Conclusão do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

1. Qualidade de vida. 2. Insuficiência cardíaca. 3. Idosos.  
I. Scippa, Ângela Marisa de Aquino Miranda. II. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina da Bahia. III. Título.

CDU: 61:378



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA**  
Fundada em 18 de Fevereiro de 1808



---

## **Monografia**

# **Qualidade de vida de idosos portadores de insuficiência cardíaca atendidos em um ambulatório de referência em Salvador – Bahia, Brasil**

**Edimar Joaquim da Silva**

Professor orientador: **Ângela Marisa de Aquino Miranda Scippa**

Monografia de Conclusão do Componente Curricular MED-B60, como pré-requisito obrigatório e parcial para conclusão do curso médico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, apresentada ao Colegiado do Curso de Graduação em Medicina.

**Salvador (Bahia)**  
**Dezembro, 2014**

**Monografia:** *Qualidade de vida de idosos portadores de insuficiência cardíaca atendidos em um ambulatório de insuficiência cardíaca em Salvador – Bahia*, de **Edimar Joaquim da Silva**.

Professor orientador: **Ângela Marisa de Aquino Miranda Scippa**

## COMISSÃO REVISORA

- **Ângela Marisa de Aquino Miranda Scippa**, Professora do Departamento de Neurociências e Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Eduardo Pondé de Sena**, Professor do Departamento de Biorregulação do Instituto Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia.
- **Ana Paola Robatto Nunes**, Professor do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Priscila Valera Guerra**, Doutoranda do Curso de Doutorado do Programa de Pós graduação em Patologia (PPgPat) da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

**TERMO DE REGISTRO ACADÊMICO:**  
Monografia avaliada pela Comissão Revisora, e julgada apta à apresentação pública no VIII Seminário Estudantil de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA, com posterior homologação do conceito final pela coordenação do Núcleo de Formação Científica e de MED-B60 (Monografia IV). Salvador (Bahia), em \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

*O conhecimento torna a alma jovem e diminui a amargura da velhice. Colhe, pois, a sabedoria. Armazena suavidade para o amanhã. (Leonardo da Vinci)*

Aos meus irmãos (as) e mãe, **Ana Anísia da  
Silva**, minha fortaleza e exemplo de luta e  
persistência.

**EQUIPE**

- Edimar Joaquim da Silva, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA. Correio-e: [edimar.joaquim9@gmail.com](mailto:edimar.joaquim9@gmail.com);
- Ângela Mraisa Miranda de Aquino Scippa, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA.

**INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES****UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**

- Faculdade de Medicina da Bahia (FMB)

**HOSPITAL ANA NERY**

- Ambulatório de Insuficiência Cardíaca

**FONTES DE FINANCIAMENTO**

- Recursos próprios

## AGRADECIMENTOS

- ❖ A minha Professora orientadora, Doutora **Ângela Marisa Miranda de Aquino Scippa**, pelo estímulo e apoio na elaboração deste trabalho.
- ❖ Ao médico cardiologista, Doutor **André Mauricio Souza Fernandes**, pelo apoio na coleta de dados e realização desta pesquisa.
- ❖ A todos os **funcionários, técnicas de enfermagem, médicos, residentes, manutenção, limpeza e vigilantes** do Ambulatório de Insuficiência Cardíaca do Hospital Ana Nery, pela ajuda conferida durante a pesquisa de campo.
- ❖ Aos meus colegas, **Cipriano Reis Gama e Igor Ribeiro Novais** pelo apoio na aplicação dos questionários.
- ❖ Aos Professores Doutor **Eduardo Pondé de Sena**, Doutora **Ana Paola Robatto Nunese** à Doutoranda **Priscila Valera Guerra**, membros da Comissão Revisora desta Monografia. Meus agradecimentos pelo acompanhamento e dedicação ao projeto de pesquisa e as consideráveis sugestões.



**SUMÁRIO**

<b>ÍNDICE DE TABELAS</b>	<b>2</b>
<b>SIGLAS E ABREVIACIONES</b>	<b>3</b>
<b>I. RESUMO</b>	<b>4</b>
<b>II. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>	<b>5</b>
<b>III. OBJETIVOS</b>	<b>7</b>
<b>IV. REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>8</b>
<b>V. METODOLOGIA</b>	<b>15</b>
<b>VI. RESULTADOS</b>	<b>18</b>
<b>VII. DISCUSSÃO</b>	<b>23</b>
<b>VIII. CONCLUSÕES</b>	<b>27</b>
<b>IX. SUMMARY</b>	<b>28</b>
<b>X. BIBLIOGRAFIA</b>	<b>29</b>
<b>XI. ANEXOS</b>	
• Anexo 1: Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa	32
• Anexo 2: Modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	35
• Anexo 3: Formulário da Coleta de Dados	36

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas da amostra	18
Tabela 2. Qualidade de vida de idosos portadores de IC, segundo escalas de QV geral e específica	20
Tabela 3. Resultados dos escores de QV, segundo a Classificação Funcional - <i>New York Heart Association</i> (CF-NYHA)	21

**SIGLAS E ABREVIACÕES**

AF: aspectos físicos

AE: aspectos emocionais

AIH: autorização de internação hospitalar

AS: aspectos sociais

AVC: acidente vascular cerebral

CF: classe funcional

CFu: capacidade funcional

DP: desvio padrão

EGS: estado geral de saúde

HAS: hipertensão arterial sistêmica

IC: insuficiência cardíaca

IAM: infarto agudo do miocárdio

LHFQ: *Living with Heart Failure Questionnaire*

NYHA: *New York Heart Association*

QV: qualidade de vida

QVRS: qualidade de vida relacionada à saúde

SM: saúde mental

SF-36: *Short-Form Health Survey 36-item*

SIH/SUS: Sistema de Informações Hospitalares do SUS

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

V: vitalidade

## I. RESUMO

### QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS PORTADORES DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA ATENDIDOS EM UM AMBULATÓRIO DE REFERÊNCIA EM SALVADOR – BAHIA, BRASIL

Introdução: O aumento da expectativa de vida está associado às doenças crônicas, como a insuficiência cardíaca (IC). Nessa perspectiva, a avaliação da qualidade de vida (QV) se torna importante na evolução clínica do paciente. Objetivo: avaliar a QV de idosos portadores de IC atendidos em ambulatório de um hospital de referência. Metodologia: estudo de corte transversal com abordagem quantitativa, realizado por amostra de conveniência. Foram avaliados dados sociodemográficos e clínicos, além da avaliação da QV. Resultados o grupo de 30 idosos caracterizou-se por 16 (53%) pacientes do sexo feminino, média de idade de 69,7 anos, 15 (50%) eram casados. A maioria era aposentada 27 (90%), vivia com a família 28 (93%), relatou renda familiar de 1-2 salários mínimos 24 (83%), tem ensino fundamental 9 (30%) e não sabe ler/escrever 9 (30%), duração média de IC de 5,26 anos, etiologia não esclarecida 14 (47%), média de 1,46 hospitalização, Classe Funcional I/II 19 (63,33%). Os instrumentos apresentaram confiabilidade satisfatória. Em relação ao *Short-Form Health Survey 36-item (SF-36)*, os pacientes apresentaram médias mais altas nas dimensões aspectos sociais e saúde mental. Enquanto que no *Living with Heart Failure Questionnaire (LHFQ)*, os pacientes apresentaram médias moderadas nas dimensões física e emocional, e no escore total. As médias dos escores da dimensão do SF-36 reduzem com a progressão da CF-NYHA. Já em relação ao LHFQ observa-se que, com a progressão na CF-NYHA os escores dos instrumentos de QV aumentam. Discussão: os resultados confirmam a hipótese de que idosos portadores de IC apresentam baixa QV, o que reforça a necessidade de que se criem medidas de melhor suporte médico e social a essa população. Conclusões: pacientes idosos com IC apresentam baixa QV nos domínios emocional, saúde física e vitalidade. Porém, mais estudos com amostras maiores e mais representativas dessa população são necessários.

**Palavras-chaves:** 1. Qualidade de vida; 2. Insuficiência cardíaca; 3. idosos

## II – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A epidemiologia da insuficiência cardíaca (IC) torna-se um agravo preocupante para os profissionais de saúde, sociedade e gestores dos serviços públicos em saúde. O aumento da expectativa de vida na população brasileira elevou o número de idosos e houve também aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (Brasil, 2014; Schmidt, 2011).

No Brasil, a principal etiologia da IC é a cardiopatia isquêmica crônica associada à HAS. Estima-se que, cerca de 65% dos idosos brasileiros sejam hipertensos, sendo essa patologia mais frequente na população afrodescendente, por isso espera-se que, devido a esta forte associação, a IC esteja mais presente nestes grupos, idosos e afrodescendente. Nesse contexto, observa-se que a IC é um problema epidêmico em progressão e é a via final de várias doenças como a HAS, a diabetes e as coronariopatias (Bocchi et al., 2009).

Em determinadas regiões geográficas do país e em áreas de baixas condições socioeconômicas é possível identificar casos especiais de IC em nosso meio, que podem ser secundários a doença de Chagas, endomiocardiofibrose e a cardiopatia valvular reumática crônica (Bocchi et al., 2009).

A IC se caracteriza como uma síndrome de caráter sistêmico, definida como disfunção cardíaca que ocasiona inadequado suprimento sanguíneo para atender as necessidades metabólicas tissulares, na presença de retorno venoso normal, ou fazê-lo somente com elevadas pressões de enchimento (Robbins & Cotran, 2005). Essas alterações fisiológicas refletem diretamente no padrão de vida normal, uma vez que a incapacidade para executar determinadas atividades do dia-dia surge em decorrência dos sinais e sintomas da IC, como dor ou desconforto precordial, dispnéia, ortopnéia, palpitação, síncope, fadiga e edema (Soares et al., 2008). Essas condições clínicas impactam diretamente na práxis social destes sujeitos, tornando-se imprescindível a mensuração da Qualidade de Vida (QV) deles.

A QV é um conceito amplo e envolve aspectos subjetivos, por isso não existe uma definição consensual. Este tema envolve questões multidimensionais e que relacionam os aspectos físicos, psicológicos e espirituais dos indivíduos. A QV, atualmente, pode ser definida de forma genérica ou relacionada à saúde. A Organização Mundial da Saúde (OMS), de forma geral, a define como: “a percepção que o indivíduo

tem da sua vida, considerando o seu contexto cultural, valores e sentimentos, expectativas e necessidades”. Deste modo, envolve o bem-estar físico, mental e social, e a relação desses aspectos com o ambiente em que vive (Soares et al., 2008).

A conceituação da QV relacionada à saúde é ampla. Envolve outros aspectos dentro da percepção de saúde física e mental, como a capacidade funcional, social, econômica, além de elementos relacionados ao processo saúde-doença (Winkelmann & Manfroi, 2008; Soares et al., 2008).

Face ao exposto, é indispensável avaliar a QV dos idosos portadores de IC, uma vez que a IC é um importante problema de saúde pública, tornando-se necessário um olhar diferenciado das autoridades públicas, no sentido de criar políticas públicas consoantes às necessidades deste grupo. Observa-se ainda uma lacuna no que se refere a estudos que avaliam de modo comparativo os instrumentos gerais e específicos da QV dos portadores de IC, sendo assim este estudo torna-se inovador quando analisado sob esta ótica.

### **III. OBJETIVOS**

#### GERAL

- Avaliar a qualidade de vida de idosos portadores de insuficiência cardíaca atendidos em ambulatório de um hospital de referência em cardiologia em Salvador – Bahia, Brasil, no ano de 2014.

#### ESPECÍFICOS

1. Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico dos portadores de IC;
2. Avaliar a QV dos portadores de IC, através da SF-36 e do LHFQ;
3. Avaliar a relação da QV com os dados sociodemográficos e clínicos dos pacientes;
4. Comparar a QV dos portadores de IC, avaliando dois instrumentos, um específico e um genérico.

#### IV. REVISÃO DE LITERATURA

Estudos de incidência estimam que a cada ano, no Brasil, são diagnosticados dois milhões de casos novos de IC. O número de portadores de IC no mundo somam 23 milhões. O aumento na incidência está atrelado aos avanços terapêuticos no tratamento da IC e das condições que a predis põem, como o IAM e a HAS. Este contexto eleva os custos em saúde para países cuja população idosa é crescente, já que aumenta a sobrevivência e casos de IC e, conseqüentemente, aumenta o número de internações hospitalares por essa afecção (Nogueira et al., 2010).

Segundo dados do DATASUS, há no Brasil cerca de dois milhões de pacientes com IC, sendo diagnosticados 240 mil casos por ano. As projeções indicam que, em 2025, o Brasil terá a sexta maior população de idosos, aproximadamente, 30 milhões de pessoas, o que corresponde a 15% da população total (Nogueira et al., 2010).

A IC representa a principal causa de internação no Sistema Único de Saúde (SUS), a partir dos 65 anos (Evangelista et al., 2001). Segundo a III Diretriz Brasileira de IC (Bocchi et al., 2009), em 2007 ela foi responsável por 2,6% das hospitalizações e 6% dos óbitos registrados pelo SUS-MS no Brasil, consumindo 3% do total de recursos utilizados para atender todas as internações realizadas pelo sistema. Por isso, a IC é reconhecida na atualidade como um importante problema de saúde pública.

Apesar do reconhecimento crescente sobre a importância que a IC vem adquirindo, há carência de dados epidemiológicos, clínicos e terapêuticos sobre essa doença no nosso meio (Araújo et al., 2005). As autorizações de internação hospitalar (AIH) do SUS têm sido o meio mais utilizado para se fazer estudo da epidemiologia no Brasil. Estudos têm comprovado que o SUS se responsabiliza por 75% das internações hospitalares no país, sendo que o banco de dados mais abrangente no país é o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Como o sistema privado de saúde suplementar ainda não dispõe de registro aberto sobre suas internações, é possível ter um conhecimento parcial do universo de informações referentes às internações por IC, sua letalidade e impacto econômico. Deste modo, dificulta a elaboração de estudos mais precisos (Albanesi, 2005).

A transição demográfica ocorreu de forma desigual no mundo, nos países desenvolvidos foi um processo lento, no qual as pessoas eram inseridas no mercado de trabalho, tinham oportunidades educacionais, além das boas condições sanitárias,



alimentares, ambientais e de moradia. Tais condições foram favoráveis para uma melhor QV (Cerqueira & Oliveira, 2002). Já no Brasil, e em outros países em desenvolvimento, este cenário ocorreu rápido e desarticulado de uma política social favorável, deste modo não se observou um incremento na QV do grupo idoso. A cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados neste grupo, a maior parte são portadores de doenças crônicas não transmissíveis e apresentam redução da capacidade funcional (Veras, 2008).

O contexto em que os idosos se inserem, como maior vulnerabilidade às doenças crônicas, dentre elas as cardiovasculares e osteomusculares, somados aos maus hábitos de saúde contribuem para a incapacitação funcional do idoso, podendo gerar limitações importantes e alterar significativamente a QV (Servio & Alencar, 2011). O aumento da expectativa de vida da população e a otimização do tratamento do IAM resultaram em aumento do número de indivíduos com IC. Nos idosos, a sua incidência e prevalência mostram-se elevadas (Remme et al., 2005). Após os 65 anos, a incidência de IC aproxima-se de 10 casos em 1.000. Estima ainda que, 22% dos homens e 46% das mulheres vítimas de IAM sofrerão das incapacidades advindas da IC após seis anos do evento (Thom et al., 2006).

O envelhecimento é acompanhado por uma redução da capacidade de órgãos e sistemas em executar suas funções, nesse sentido pode desencadear processos patológicos, diminuindo a QV do idoso. Ocorrem alterações tanto no coração, quanto nos sistemas que mantêm relação com ele, dificultando a manutenção da homeostase (Sérvio & Alencar, 2011).

As alterações que ocorrem na função cardíaca, como HAS, doença isquêmica, doenças arterial coronária (arteriosclerose), valvar, vascular periférica e reumática do coração, além do acidente vascular cerebral e cardiopatias congênitas, entre outras levam à IC (Sérvio & Alencar, 2011; Bocchi et al., 2009). A definição etiológica é importante para avaliar o prognóstico e pode influenciar na escolha da terapia (Bocchi et al., 2009).

A IC é uma síndrome clínica complexa de caráter sistêmico, definida como disfunção cardíaca que ocasiona inadequado suprimento sanguíneo, para atender as necessidades metabólicas tissulares, na presença de retorno venoso normal, ou fazê-lo somente com elevadas pressões de enchimento (Robbins & Cotran, 2005).

A IC pode ser aguda (estágio inicial da doença) ou crônica (estágio tardio). A IC aguda pode ser causada por quantidades tóxicas de drogas ou anestésicos, ou por certas

condições patológicas, como a oclusão coronariana aguda. Neste caso, o volume sanguíneo não é modificado imediatamente. Já a IC crônica pode ter sua origem em condições como hipertensão essencial, ou doença cardíaca isquêmica. Neste caso, ocorre um desvio tanto na curva da função cardíaca, quanto vascular. O aumento no volume sanguíneo é causado, em parte, pela retenção de líquidos nos rins, deste modo culmina com o desvio da curva da função vascular. Tal contexto está associado à alteração na função renal, a qual estará com taxa de filtração glomerular reduzida, somando-se a isso ocorre um aumento na secreção de aldosterona pelo córtex adrenal. Em graus moderados de IC, a pressão venosa é elevada, mas o débito cardíaco é normal. Enquanto em graus severos de IC, a pressão venosa é ainda maior e o débito cardíaco é subnormal (Robbins & Cotran, 2005).

Diante de uma carga hemodinâmica excessiva ou distúrbio na contratilidade do miocárdio, o sistema cardiovascular fará uso de alguns mecanismos, no sentido de manter a pressão arterial e a função dos órgãos vitais. Dentre os mais importantes estão: mecanismo de *Frank-Starling* que se caracteriza pelo aumento da contratilidade, secundário ao aumento da pré-carga que ocorre na dilatação; hipertrofia do miocárdio, associada ou não de dilatação das câmaras cardíacas. Nessa alteração, aumenta a massa do tecido contrátil; ativação dos sistemas neuro-hormonais, principalmente a liberação do neurotransmissor norepinefrina pelos nervos cardíacos adrenérgicos, que eleva a frequência cardíaca, aumenta a contratilidade miocárdica e a resistência vascular; ativando o sistema renina-angiotensina-aldosterona e liberando o peptídeo natriurético atrial (Robbins & Cotran, 2005).

A hipertrofia cardíaca representa um equilíbrio ténue entre as características adaptativas (incluem síntese de novos sarcômeros) e alterações bioquímicas/moleculares e estruturais potencialmente deletérias, que englobam a diminuição da relação capilar/miócito, o aumento do tecido fibroso e a síntese de proteínas anormais. Desse modo, a hipertrofia cardíaca prolongada frequentemente evolui para IC (Robbins & Cotran, 2005).

No adulto, a etiologia da IC por cardiopatia congênita resulta da história natural de defeitos ainda não corrigidos cirurgicamente ou das consequências e complicações das intervenções cirúrgicas paliativas ou definitivas. Entretanto, as sequelas cirúrgicas podem envolver o sistema de condução, as valvas cardíacas, os materiais protéticos, o miocárdio, o leito vascular e o sistema nervoso (Horowitz, 2004). Alguns fatores

podem interferir no funcionamento do coração, tornando-o hipofetivo, como lesões das válvulas cardíacas, pressão externa em torno do coração, deficiências vitamínicas, miocardite derivada do reumatismo ou doenças infecciosas e lesões no pericárdio. A HAS, a arteriosclerose e o comprometimento das válvulas cardíacas representam 95% dos casos que tornam a bomba cardíaca hipofetiva (Silva & Januário, 2005). Segundo Freitas (2003) existe uma forte associação entre HAS e desenvolvimento da IC, e os dados de Framingham revelam que os portadores de HAS apresentam maior risco, cerca de duas a três vezes maior de desenvolver IC (Lotufo, 2008).

Na III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica (Bocchi et al. 2009) a estratificação de pacientes com IC é baseada em dados de história e permite ao profissional de saúde avaliar o momento evolutivo da doença em que o paciente se encontra, avaliar QV e o prognóstico, estabelecer prioridades e linhas terapêuticas. Esta forma de categorização permite uma compreensão evolutiva da doença e, ainda, serve de base para a identificação de pacientes com indicação de intervenções predominantemente preventivas (estágios A e B), terapêuticas (estágios C) ou seleção de pacientes para procedimentos especializados e cuidados paliativos (estágio D) (Bocchi et al., 2009).

O Estágio A inclui pacientes sob risco de desenvolver IC, mas ainda sem doença estrutural perceptível e sem sintomas atribuíveis à IC. O Estágio B inclui pacientes que adquiriram lesão estrutural cardíaca, mas ainda sem sintomas atribuíveis à IC. No Estágio C estão os pacientes com lesão estrutural cardíaca e sintomas atuais ou progressos de IC. Apresentam sintomas, mas não são dependentes de inotrópicos, ventilação e/ou circulação mecânica. Neste estágio os pacientes podem apresentar piora do quadro evoluindo para o estágio D. O Estágio D inclui pacientes com sintomas refratários ao tratamento convencional e que requerem intervenções especializadas ou cuidados paliativos. Neste estágio o paciente tem sintomas persistentes mesmo em repouso, podendo necessitar de infusão contínua de drogas vasoativas e/ou ventilação mecânica e/ou suporte circulatório mecânico. Têm alto risco de morte iminente, que pode ser eficientemente evitado com transplante cardíaco (Bocchi et al., 2009).

A IC pode ser estratificada, também, através de sintomas. Essa categorização pode ocorrer em quatro classes propostas pela *New York Heart Association*. As quatro classes são: Classe I - ausência de sintomas (dispnéia) durante atividades cotidianas. A limitação para esforços é semelhante à esperada em indivíduos normais; Classe II -

sintomas desencadeados por atividades cotidianas; Classe III - sintomas desencadeados em atividades menos intensas que as cotidianas ou pequenos esforços; Classe IV - sintomas em repouso. Esta técnica usa as atividades cotidianas para a sua gradação, por isso esta medida adquire um valor subjetivo. Ainda assim, apresenta boa correlação com o prognóstico e QV (Bocchi et al., 2009).

Os sinais e sintomas são de grande importância para a suspeita clínica de IC, mas isoladamente apresentam limitações de sensibilidade e/ou especificidade para o diagnóstico. A IC usualmente manifesta-se por dispnéia, edema e fadiga. Os sinais mais específicos e de maior valor prognóstico, como a pressão venosa elevada são pouco sensíveis e de reprodutibilidade limitada, principalmente entre não especialistas (Servio & Alencar, 2011). Os sinais de maior destaque da IC são: taquicardia, aumento do pulso venoso jugular, refluxo hepatojugular, crepitações bilaterais, edema periférico não atribuído à insuficiência venosa, desvio lateral do ictus cordis, aumento de peso, aumento da frequência respiratória. Dentre os sintomas mais frequentes na IC destacam-se a dispnéia aos esforços ou em repouso, ortopnéia, dispnéia paroxística noturna, fadiga, tolerância reduzida aos esforços, tosse sem causa aparente (especialmente noturna), estado confusional agudo, náuseas, dor abdominal, declínio do estado funcional, hiporexia (Servio & Alencar, 2011).

O diagnóstico de IC pode gerar frustrações e desestruturação psicológica para o paciente e sua família, já que o indivíduo precisa adaptar-se à restrição funcional. Esta condição gera sensação de perda, que reflete sua nova situação de vida. Mudar o estilo de vida implica em uma ameaça quase sempre cercada de ansiedade, angústia, medos, questionamentos e dúvidas (Bocchi et al., 2009). Neste contexto, é imprescindível incluir a família no plano de cuidados do paciente, de modo a orientá-las, compartilhar perdas, limitações e cuidados.

Seongkum et al. (2014) ressaltam que, nos programas educacionais ou de reabilitação é importante os profissionais desenvolverem uma abordagem com pacientes e familiares, no sentido de ensinar-lhes habilidades de apoio emocional, incluindo a escuta ativa e a expressão apropriada de empatia, e dar-lhes tempo para praticar as habilidades. Além disso, orientam ainda dispor de tempo para os participantes compartilharem suas emoções, sentimentos e problemas com os outros. Tal conduta, visa fortalecer a rede de apoio emocional, com melhoria nos sintomas depressivos e físicos, conseqüentemente melhor QV (Seongkum et al., 2014).

A IC, uma vez instalada, tem forte impacto na vida do paciente, o que pode ser explicado pelas limitações decorrentes dos sintomas físicos e psicológicos associados à síndrome. Entre os sintomas físicos destacam-se a fadiga e a dispnéia que se caracterizam pelo agravamento progressivo. Entre os sintomas emocionais destacam-se o medo, a insegurança e a tristeza. É ainda descrito, déficits de memória e de atenção e diminuição do equilíbrio, o que pode predispor à ocorrência de quedas. Esse conjunto de repercussões compromete a QV relacionada à saúde dos sujeitos que a vivenciam, especialmente a do idoso (Scattolin et al., 2007). A IC também está associada ao comprometimento do desempenho funcional, traduzido pelas limitações nas atividades habituais do dia-a-dia, incapacidade para o trabalho e no estabelecimento de relações sociais e perda da independência (Scattolin et al., 2007; Evangelista, 2001).

Por se tratar de algo complexo, que envolve conceitos multidimensionais, que relacionam aspectos físicos, psicológicos espirituais do indivíduo, não há definição consensual de QV. Atualmente, a QV pode ser definida de duas maneiras: de forma genérica ou relacionada à saúde. De maneira geral, a definição mais difundida é a da OMS que a define como a percepção que o indivíduo tem da sua vida, considerando seu contexto cultural, seus valores e seus sentimentos, expectativas e necessidades. Esse conceito engloba dimensões amplas, como o bem-estar físico, mental e social, e a relação desses aspectos com o ambiente em que vive ( Soares et al., 2008; Seidl & Zannon, 2004).

A conceituação de QV relacionada à saúde agrega e relaciona os aspectos envolvidos na definição genérica, com a questão da doença e das intervenções em saúde. Envolve a capacidade funcional, os aspectos físicos, sociais e econômicos e outros aspectos relacionados ao processo saúde-doença (Winkelmann & Manfroi, 2008; Soares et al., 2008).

A QV diz respeito à adaptação de indivíduos e grupos humanos, em diferentes épocas e sociedades. Avaliar a QV a partir de critérios objetivos – como condição financeira – e subjetivos, como satisfação e crescimento pessoal, significa comparar condições disponíveis com as consideradas desejáveis pelo indivíduo e pela sociedade. Os resultados são expressos por índices de desenvolvimento, bem-estar, prazer ou satisfação (Néri, 2001).

O paciente com IC apresenta múltiplos fatores envolvidos tanto em sua gênese, como em sua evolução. A elevada morbimortalidade encontrada em portadores de IC,

requer frequentes internações e reinternações, exigindo, portanto, abordagem multidisciplinar contínua. Essa complexidade supõe um importante desafio para o sistema de saúde, uma vez que existem numerosas lacunas e ineficiências no manuseio desses pacientes quando acompanhados em clínicas não especializadas (Sérvio & Alencar, 2011; Bocchi et al., 2009).

Nesse contexto, objetivando um melhor seguimento dos pacientes com IC torna-se necessária a criação de clínicas específicas, com corpo multidisciplinar, capaz de fornecer assistência integral ao paciente, levando em consideração o conjunto de determinantes biológico, psicológico e social. Estudos mostram que o acompanhamento dos pacientes nas clínicas de cardiologia que tratam a IC melhora a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico, determina melhor otimização da terapêutica, diminui o número de hospitalizações relacionadas diretamente à doença, com consequências diretas na QV e redução dos custos hospitalares (Servio & Alencar, 2011; Bocchi et al., 2009).

O avanço terapêutico e tecnológico em saúde ampliaram a sobrevivência de portadores de doenças crônicas. Acrescenta-se a isso, estes indivíduos apresentam um considerável comprometimento no desenvolvimento das atividades habituais do dia-dia, decorrente das alterações fisiológicas que são expressas por meio de sinais e sintomas, como dor ou desconforto precordial, dispnéia, ortopnéia, palpitação, síncope, fadiga e edema. Tais condições apresentadas constituem fatores limitantes para interação do indivíduo com a sociedade, o que pode levá-los a introspecção e depressão. Este complexo cotidiano alerta a necessidade de se avaliar a QV dos portadores de IC.

Diante do contexto levantado, a IC torna-se um importante problema no cenário da saúde, tornando-se necessário identificar os fatores limitantes e agravantes do estado de saúde destes indivíduos, de modo a desenvolver novas abordagens e estratégias terapêuticas que visem atender estes pacientes em sua integralidade, com impactos positivos em sua QV.

## V. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de corte transversal com abordagem quantitativa, realizado por amostra de conveniência, no Hospital Ana Nery, no ambulatório dos portadores de insuficiência cardíaca, Salvador-Ba, localizado na Rua Saldanha Marinho, Bairro Caixa D' Água.

Os sujeitos do estudo constituíram-se de idosos, com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, portadores de IC que compareceram no ambulatório de um hospital de referência do Estado da Bahia, nas terças-feiras, turno vespertino, entre os meses de junho, agosto e setembro - 2014, e que concordaram em participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo 2).

Foram excluídos da pesquisa: pacientes de primeira consulta sem confirmação diagnóstica de IC; idosos com dificuldade de comunicação e expressão; pacientes que não se enquadravam na faixa etária; e, aqueles que se recusaram a participar do estudo de acordo com a resolução nº 466/12.

Antes da coleta de dados, realizou-se uma triagem dos prontuários, no sentido de identificar os pacientes elegíveis para o estudo. A entrevista aconteceu em uma sala próximo ao ambulatório de IC, no período de espera pelo atendimento cardiológico. Inicialmente os indivíduos foram esclarecidos acerca dos objetivos da pesquisa e só após a sua anuência iniciava-se a entrevista para coleta de dados.

O instrumento para coleta de dados foi um formulário (Anexo 3) dividido em três seções que se propunham a delinear o perfil sócio-demográfico e clínico dos sujeitos, caracterizar os sujeitos quanto à QV, avaliado por um instrumento genérico e específico.

O instrumento que caracteriza os sujeitos quanto ao perfil sócio-demográfico e clínico foi construído pelos pesquisadores. Foram estudadas variáveis sócio-demográficas – idade, sexo, estado civil, escolaridade, composição familiar, renda familiar, e vínculo empregatício e variáveis clínicas – CF-NYHA, tempo de diagnóstico da IC, número de hospitalização e causa da IC. A CF-NYHA e causa da doença foram obtidas com base no registro da consulta médica realizada no mesmo dia da entrevista.

Para verificar a QV específica dos portadores de IC utilizou-se *Living with Heart Failure Questionnaire* (MLHFQ), traduzido e validado para língua portuguesa do Brasil em 2008 pelos autores Carvalho et al. (2008) constituído de 21 questões. As

respostas às questões do MLHFQ referem-se à percepção do próprio paciente com relação à influência da IC nos aspectos físicos, sócio-econômicos e psicológicos da vida. O último mês deve ser levado em consideração para responder os questionamentos. A escala de respostas para cada questão varia de 0 (não) a 5 (demais), na qual o “0” representa sem limitações e o 5, limitação máxima. O escore total é obtido por meio da soma dos 21 itens, com intervalo possível de 0 a 105. O maior escore é indicativo de pior QV. Estas questões envolvem uma dimensão física (de 1 a 7, 12 e 13) que estão altamente inter-relacionadas com dispnéia, fadiga, uma dimensão emocional (de 17 a 21) e outras questões (de número 8,9,10,11,14,15 e 16) que, somadas as dimensões anteriores, formam o escore total.

O SF-36 é um questionário retrospectivo (4 semanas anteriores), que contém 36 itens, incorporados em 8 dimensões: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspecto emocional e saúde mental. O cálculo da SF-36 foi feito transformando as questões em domínios, sendo que para cada domínio realizou-se um cálculo diferente que varia de zero a cem. O resultado é chamado de *Raw Scale* porque o valor final não apresenta nenhuma unidade em medida (Martinez et al., 2004).

#### Análise estatística

Os resultados foram descritos como média  $\pm$  desvio padrão, mediana e amplitude ou intervalo interquartil, e proporções. O teste de Z-Kolmogorov-Sminorv foi usado para avaliar a normalidade da amostra. Observou-se distribuição anormal ( não paramétrica) dos dados. Assim sendo, a análise de correlação entre as variáveis quantitativas foi realizada usando a correlação biparcial de Spearman, sendo a força dessa associação descrita através do coeficiente de correlação de Spearman (CCS). Foi utilizado um nível de significância de 5% ( $p$  valor  $< 0,05$ ). O valor de  $p$  foi mostrado com o intuito de ajudar na descrição dos resultados, não devendo ser usado para realizar inferência. O valor foi mostrado para um teste exato e bicaudado. A avaliação da confiabilidade dos questionários (SF-36 e LHFQ), foi realizada através do cálculo do alfa de Cronbach, para os itens dos respectivos domínios em cada instrumento. Alguns grupos de variáveis foram redefinidos em dois grupos para facilitar a análise dos dados, tais como insuficiência cardíaca CF 1 e CF 2 versus CF 3 e CF 4), número de hospitalizações ( nenhuma ou uma versus acima de uma), escolaridade (nunca



leu/escrever ou alfabetização versus ensino fundamental, médio ou superior). As análises foram realizadas através do software SPSS, versão 21.

O estudo foi realizado em acordo com a Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia, sob protocolo nº 677.082, de 06 de junho de 2014 (Anexo 1).

## VI. RESULTADOS

Foram realizadas coleta de dados entre os meses de junho, agosto e setembro de 2014. De acordo com os dados do sistema de informação do ambulatório, foram registrados 122 pacientes, dos quais 42 (34,43%) tinham idade  $\geq 60$  anos: 12 foram excluídos devido a: recusa (7), primeira consulta (4) e dificuldade de comunicação e expressão (1). O contingente de idoso elegível para o estudo foi representado por 30 indivíduos (71,43%) .

A distribuição entre homens e mulheres foi semelhante, sendo 16 (53%) do sexo feminino, com média de idade de 69,7 anos e mediana de 67 anos, 15 (50%) eram casados. A maioria era aposentada 27 (90%), vivia com a família 28 (93%) , com renda familiar de 1-2 salários mínimos 24 (83%), ensino fundamental 9 (30%) e analfabeta 9 (30%).

A caracterização clínica evidenciou idosos com tempo de diagnóstico de IC de 5,26 anos, etiologia desconhecida 14 (47%), média de 1,46 hospitalizações, CF-NYHA I/II 19 (63,33%). Pelo fato da classe I e IV serem compostas por pequeno número de sujeitos, optou-se pelo agrupamento das classes I e II e III e IV, dando origem à classe I/II e III/IV, respectivamente (Tabela 1).

**Tabela 1-** Descrição das variáveis sociodemográficas e clínicas da amostra.

Variável	n (%)	Média $\pm$ DP	Mediana	Varição observada
Idade (anos)		69,7 (8,54)	67	60-87
<b>Sexo</b>				
Masculino	14(46,7)			
Feminino	16(53,3)			
<b>Estado civil</b>				
Casado (a)	15(50)			
Solteiro (a)	4(13)			
Separado (a)/divorciado(a)	3(10)			
Viúvo	8(26,7)			
<b>Composição familiar</b>				
Convive com familiares	28(93,3)			
Mora sozinho	2(6,7)			
<b>Escolaridade</b>				
Não sabe ler/escrever	9(30)			
Alfabetização	5(16,7)			
Ensino fundamental	9(30)			
Ensino médio	6(20)			
Ensino superior	1(3,3)			

CONTINUA

**Tabela 1-** [continuação]

<b>Ocupação</b>				
Aposentado (a)	27(90)			
Trabalha	3(10)			
<b>Renda familiar (salário mínimo)*</b>				
1	1(3,3)			
1-2	25(83,3)			
3-5	3(10)			
<b>Causas da IC</b>				
Doença isquêmica	6(20)			
Doença de Chagas	6(20)			
Febre reumática	2(6,7)			
Hipertensão arterial	2(6,7)			
Etiologia a esclarecer	13(43,3)			
<b>Duração da IC</b>		5,26 (5,50)	4	1-30
<b>CF – NYHA</b>				
I/II	19(63,33)			
III/IV	11(36,67)			
<b>Número de hospitalização</b>		1,46 (1,07)	1	1-5

DP: desvio padrão; IC: insuficiência cardíaca; CF-NYHA: Classificação Funcional da New York Heart Association; \* Salário mínimo = R\$ 724,00.

Em relação ao SF-36, os pacientes apresentaram médias mais altas nas dimensões que avaliam os aspectos sociais e saúde mental. As dimensões de médias moderadas foram verificadas na dor, estado geral de saúde e capacidade funcional, e médias mais baixas nas dimensões que avaliam aspectos físicos, aspectos emocionais e a vitalidade. No que se refere ao LHFQ, os pacientes apresentaram médias moderadas nos escores das dimensões física e emocional, e no escore total. Entretanto, comparando a média destes escores com a variação observada, as questões que compõem a dimensão física apresentaram médias mais elevadas em relação àquelas da dimensão emocional e escore total (Tabela 2).

Os resultados obtidos com a aplicação do LHFQ mostraram que a média dos escores nas diferentes dimensões para este grupo de pacientes esteve próxima da média do valor máximo que poderia ser obtido em todas as dimensões, sendo que, as médias, embora próximas, apresentaram amplos desvios – padrão, indicando maior variabilidade dos escores. Essa variabilidade é observada também nos resultados obtidos com a SF-36.

A confiabilidade dos instrumentos SF-36 e LHFQ foi avaliada pela consistência interna, com o cálculo do coeficiente alfa de Cronbach. Os valores de alfa para o SF-36

foram iguais ou superiores a 0,80 nas dimensões capacidade funcional, aspectos físicos, dor, aspectos emocionais e saúde mental, e alfa de 0,63 no estado geral de saúde e 0,69 na vitalidade e aspectos sociais. Este resultado aponta uma confiabilidade satisfatória. O valor de alfa nas três dimensões supracitadas ficaram abaixo de 0,70, porém muito próximo do critério satisfatório estabelecido ( $\alpha > 0,70$ ). Em relação ao LHFQ, os valores de alfa foram superiores a 0,74 para todas as dimensões, revelando uma confiabilidade satisfatória do instrumento.

Tabela 2 – Qualidade de vida de idosos portadores de IC, segundo escalas de QV geral e específica.

<b>Dimensões</b>	<b>Média ± DP</b>	<b>Mediana</b>	<b>Variação observada</b>	<b>Variação possível</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>
<b>SF-36</b>					
CFu	57,0 (31,28)	65	0 – 100	0 – 100	0,94
AF	43,33(48,21)	12,50	0 – 100	0 – 100	0,97
Dor	58,67 (29,72)	51	0 – 100	0 – 100	0,92
EGS	58,23 (18,76)	57	25 – 87	0 – 100	0,63
Vitalidade	51,0 (23,75)	50	15 – 95	0 – 100	0,69
AS	63,75 (27,92)	62,50	12,5 – 100	0 – 100	0,69
AE	47,78 (44,36)	33,33	0 – 100	0 – 100	0,85
SM	61,33 (22,63)	60	0 – 100	0 – 100	0,80
<b>LHFQ</b>					
Físico	19,77 (11,86)	19	0 – 40	0 – 45	0,89
Emocional	11,50 (6,26)	12	0 – 23	0 – 25	0,74
Total	43,60 (24,35)	45,50	1– 87	0 – 105	0,94

DP: Desvio Padrão; CFu= Capacidade Funcional; AF= Aspectos Físicos; EGS= Estado Geral de Saúde; AS= Aspectos Sociais; AE=Aspectos Emocionais; SM= Saúde Mental.

As médias dos escores do SF-36 mostram que com a progressão da CF-NYHA os escores de todas as dimensões reduzem. A menor média foi registrada na CF – NYHA III e IV referente ao domínio aspectos físicos (29,54), portanto atribui-se uma pior QV neste contexto. Já em relação ao LHFQ observa-se que, com a progressão na CF-NYHA os escores dos instrumentos de QV (total e por dimensões) aumentam. Em se tratando deste instrumento específico, verificou maior média na CF-NYHA III e IV

referente a dimensão física e escore total, caracterizando uma pior QV nestes domínios (Tabela 3).

Houve diferença estatisticamente significativa entre os grupo CF I/II e CF III/IV e os domínios EGS (  $p=0,029$ ), vitalidade ( $p=0,049$ ) e saúde mental ( $0,004$ ) do SF-36; e, o componente emocional ( $p=0,027$ ) do LHFQ.

**Tabela 3** –Resultados dos escores de QV, segundo a Classificação Funcional da *New York Heart Association*(CF-NYHA).

	CF-NYHA		Valor de P
	I e II (n= 19)	III e IV (n=11)	
	Média± DP	Média± DP	
<b>SF-36</b>			
CFu	63,16 (26,72)	46,36 (36,82)	0,387
AF	51,31 (48,93)	29,54 (45,85)	0,274
Dor	66,10 (28,42)	45,81 (28,67)	0,190
EGS	62,89 (17,26)	50,18 (19,27)	<b>0,029</b>
Vitalidade	58,42 (23,63)	38,18 (18,61)	<b>0,049</b>
AS	73,03 (25,78)	47,73 (24,89)	0,054
AE	54,39 (44,73)	36,36 (43,34)	0,434
SM	67,79 (24,56)	50,18 (13,54)	<b>0,004</b>
<b>LHFQ</b>			
Físico	15,95 (11,71)	26,36 (9,23)	0,055
Emocional	9,31 (6,26)	15,27 (4,29)	<b>0,027</b>
Total	35,95 (24,92)	56,81 (17,27)	0,057

DP: Desvio Padrão; CFu= Capacidade Funcional; AF= Aspectos Físicos; EGS= Estado Geral de Saúde; AS= Aspectos Sociais; AE=Aspectos Emocionais; SM= Saúde Mental. Living Heart Failure Questionnaire-LHFQ

Houve correlação negativa entre vitalidade e dimensão física do LHFQ (rô de Spearman:  $-0,833$ ,  $p<0,0001$ ). O mesmo ocorreu com a correlação entre: estado geral de saúde e dimensão física (rô de Spearman:  $-0,770$ ,  $p<0,0001$ ); vitalidade e dimensão emocional (rô de Spearman:  $-0,761$ ,  $p<0,0001$ ); estado geral de saúde e dimensão emocional (rô de Spearman:  $-0,754$ ,  $p<0,0001$ ).

A correlação foi negativa também entre vitalidade e dimensão física com o escore total do LHFQ, respectivamente (rô de Spearman: -0,826,  $p < 0,0001$ ) e (rô de Spearman: -0,771,  $p < 0,0001$ ).

Em relação aos aspectos sociais e saúde mental se correlacionaram negativamente com a dimensão emocional do LHFQ, respectivamente (rô de Spearman: -0,823,  $p < 0,0001$ ) e (rô de Spearman: -0,736,  $p < 0,0001$ ).

O maior número de internamento (superior a um internamento) foi associado negativamente aos domínios do SF-36: capacidade funcional ( $p = 0,023$ ); aspectos físicos ( $p = 0,007$ ); dor ( $p = 0,025$ ); vitalidade ( $p = 0,018$ ); aspectos sociais ( $p = 0,004$ ); saúde mental ( $p = 0,004$ ). Exceto para aspectos emocionais ( $p = 0,281$ ). O maior número de internamento (superior a um internamento) também foi associado aos escores do LHFQ: dimensão física ( $p = 0,017$ ), diemsão emocional ( $p = 0,008$ ) e escore total ( $p = 0,068$ ).

A idade não se correlacionou com os instrumentos de QV, ou seja, a idade mais avançada não esteve associada com pior escores de QV. Os idosos casados apresentaram melhor estado geral de saúde ( $p = 0,023$ ).

## VII. DISCUSSÃO

Com o aumento da sobrevida em nosso país, as doenças crônicas vem ganhando destaque, com possíveis impactos na QV de seus portadores. Assim, nosso estudo ao avaliar o perfil sociodemográfico evidenciou idade média de 69,7 anos com semelhança entre a distribuição do sexo, a maioria casado, residência com a família, aposentados, resultados concordantes com outros estudos (Scatollin et al., 2007; Paskulin & Vianna, 2007). Outro dado importante, é que embora a escolaridade não seja a variável com maior poder explicativo no desencadeamento dos processos de adoecimento, ela é importante no acesso aos serviços, na comunicação com o profissional de saúde – em especial, com o médico –, da consequente efetividade na prevenção, tratamento e cura de doenças, bem como no que se refere aos processos de ressignificação, por parte da população, das noções de saúde e doença (Lopes, 2005). No que tange este aspecto o presente estudo revelou um número considerável de analfabetos 9 (30%), sendo, portanto, interveniente para uma melhor QV.

A presença de suporte familiar entre os idosos pode despontar como uma ferramenta de enfrentamento da fragilidade gerada pela doença e das vulnerabilidades psicossociais, comuns nessa fase da vida, portanto, pode contribuir para uma melhor QV. Este estudo avaliou positivamente o suporte familiar, uma vez que 28 idosos (93,3%) convivem com a família. Além disso, os idosos casados apresentaram um melhor estado geral de saúde. Ressalta-se assim a importância de um olhar crítico e ampliado na conjuntura familiar, no sentido de compreender o contexto em que se configuram as relações humanas e identificar os fatores potenciais e limitantes desta relação, sendo que este último pode ser obstáculo na QV.

Ainda sobre esse contexto Seongkum et al. (2014) destacam que, nos programas educacionais ou de reabilitação é importante os profissionais desenvolverem uma abordagem integrada entre pacientes e familiares, no sentido de fortalecer a rede de apoio emocional, com melhoria nos sintomas depressivos e físicos, e consequentemente melhorar a QV.

Segundo Brasil (2009), o diagnóstico de IC pode gerar frustrações e desestruturação psicológica para o paciente e sua família, já que o indivíduo deve adaptar à restrição funcional. Alguns estudos (Forman et al., 2013; Brasil, 2009) apontam a doença isquêmica e a HAS como principais causas de IC. Este achado é discordante do estudo atual, o qual revela que a maioria, 14 (47%), dos idosos

apresentava causa desconhecida de IC. Neste contexto, Brasil (2009) destaca que a definição etiológica é importante para avaliar o prognóstico e pode influenciar na escolha da terapia.

A análise dos dois instrumentos de QVRS entre os idosos com IC neste estudo revela as dimensões que envolvem a saúde física, aspectos emocionais e a vitalidade como as mais afetadas. De acordo com o LHFQ, a média dos escores é moderada, tanto para as dimensões física e emocional, quanto para o escore total, o que indica menor influência da doença sobre a medida de QV. Os achados referentes à dimensão física e escore emocional são consoantes com o estudo de Scattolin et al. (2007), entretanto este mesmo autor diverge do presente trabalho na avaliação da dimensão emocional abaixo do critério satisfatório.

Um estudo conduzido por Saccomann (2006) revelou nas questões relativas à dimensão física, que avaliam fadiga e dispnéia, apresentam pontuação média mais alta que as demais, indicando que a restrição da QV nesses pacientes parece estar mais relacionada ao impacto que a fadiga e a dispnéia têm sobre seu cotidiano.

Em relação ao SF-36, os escores mais elevados e que indicam melhor QV foram observados nas dimensões aspecto social e saúde mental. Observou-se escore moderado na dimensão dor, estado geral de saúde e capacidade funcional, revelando que elas não são vivenciadas pelos sujeitos de forma a comprometer a sua QV. Os escores mais baixos foram encontrados nos aspectos físicos, aspectos emocionais e a na vitalidade, mostrando que nos idosos com IC o maior comprometimento da QV manifesta-se nestes domínios. Os achados referentes a melhor QV nos domínios supracitados e pior QV atribuída ao domínio físico é convergente com o estudo de Sacomman (2006).

Nessa perspectiva, o diagnóstico de IC pode gerar frustrações e desestruturação psicológica para o paciente e sua família, já que o indivíduo deve adaptar à restrição funcional. Esta condição gera sensação de perda, que reflete sua nova situação de vida. Mudar o estilo de vida implica em uma ameaça quase sempre cercada de ansiedade, angústia, medos, questionamentos e dúvidas (Bocchi et al., 2009). Tais condições apresentadas constituem fatores limitantes para interação do indivíduo com a sociedade, o que pode levá-los a introspecção e depressão. Este estudo evidenciou que uma pior QV também esteve associada ao domínio emocional, assim, é possível sugerir que as causas supracitadas também estejam influenciando neste aspecto.



A IC, uma vez instalada, tem forte impacto na vida do paciente, pois está associada ao comprometimento do desempenho funcional, traduzido pelas limitações nas atividades habituais do dia-a-dia, incapacidade para o trabalho e no estabelecimento de relações sociais e perda da independência (Scattolin et al., 2007; Evangelista et al., 2001).

Apesar do estudo ter evidenciado que a saúde mental não interferiu na QV dos idosos estudados, o aspecto emocional se configurou como interveniente para uma melhor QV. Sobre este contexto, a literatura (Ergec et al. 2013; Bekelman et al., 2007) descreve que idosos com IC apresentam uma associação positiva com quadros de depressão, assim como maior relato de sintomas depressivos. Nessa ótica, torna-se importante investigar este aspecto no grupo geriátrico, sobretudo portador de cardiopatia, pois de acordo com Bekelman (2007), o seu tratamento reflete em melhoras do HLQF dos pacientes com IC. Deste modo, propomos que a mensuração da QVRS e triagem para sintomas de depressão em idosos com IC seja rotineiro na prática clínica diária, a fim de detectar tais pacientes e orientá-los para uma intervenção apropriada.

O envelhecimento é acompanhado por uma redução da capacidade de órgãos e sistemas em executar suas funções, nesse sentido pode desencadear processos patológicos, diminuindo a QV do idoso. Ocorrem alterações tanto no coração, quanto nos sistemas que mantêm relação com ele, dificultando a manutenção da homeostase (Sérvio & Alencar, 2011). Entretanto, este estudo evidencia que a idade não teve correlação com a QV, em contrapartida a CF-NYHA teve maior influência na QV, resultado consistente com outros estudos (Ergec et al., 2013; Allen et al., 2011; Franzen et al., 2007; Goot et al., 2006;).

Corroborando os achados de Scattolin et al. (2007), neste estudo, os idosos com IC de menor gravidade (CF-NYHA I e II) apresentaram escores de QVRS intermediários em todas as dimensões do LHFQ, indicando moderado comprometimento da QVRS (Scattolin et al., 2007).

A QVRS é um conceito que reflete a discrepância entre a percepção do paciente em relação ao seu estado de saúde atual daquele esperado, ou seja, a ela é melhor avaliada quando há maior concordância entre a percepção do paciente de sua saúde atual e a esperada (Scattolin et al., 2007).

Sacomman (2006) avaliou se o instrumento LHFQ apresenta propriedades psicométricas satisfatórias quando aplicados em idosos com IC. O LHFQ apresentou

itens não respondidos nas questões referentes ao trabalho e à atividade sexual. Esse instrumento revelou ser uma medida confiável e válida para avaliar as dimensões que afetam a QV dos idosos, embora contemple alguns itens não respondidos pela amostra estudada. O estudo recomendou usar com cautela a esse instrumento, devido a presença de questões que não se aplicam à idade avançada, pelas características inerentes à essa faixa etária. O presente contexto esteve presente neste trabalho, porém não foi significativo a ponto de influenciar na análise dos resultados.

Este estudo não avaliou a medida de independência funcional, ressalta-se a importância deste instrumento como complementar na avaliação do impacto da IC no dia-a-dia dos pacientes. Os resultados do estudo de Scattolin et al. (2007) sugerem que ações voltadas à promoção da independência funcional podem otimizar a QVRS de idosos com IC, especialmente na dimensão física. Tal dimensão apresentou maior impacto negativo na QV dos idosos deste estudo.

O envelhecimento é caracterizado como processo sequencial, individual, cumulativo, irreversível, universal, não patológico de deterioração de um organismo de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente (Ministério da Saúde, 2007). Neste contexto, a população idosa vive este processo de redução da reserva funcional de forma intensa, sobretudo nos aspectos osteomuscular, o que pode ser justificado pelas doenças como artrose, problemas de coluna que invariavelmente limitam as atividades físicas normais dos pacientes (Christmann et al., 2011). Para outro autor, a funcionalidade do indivíduo está diretamente relacionada à intensidade, frequência e duração do episódio de dor, que acompanha principalmente a população idosa.

No estudo de Christmann et al. (2011), o item Capacidade Funcional teve um baixo valor ( $36,61 \pm 23,49$ ) quando analisado pelos escores do SF36, já a nossa pesquisa teve uma melhor pontuação ( $57,0 \pm 31,28$ ) demonstrando que entre os indivíduos entrevistados há uma melhor reserva funcional osteoarticular, apesar do aspecto físico ter comprometido a QV do grupo estudado.

## VIII. CONCLUSÕES

1. O LHFQ apresentou elevado nível de Confiabilidade em todas as dimensões avaliadas. Os valores de alfa para o SF-36 também apresentou elevado nível de confiabilidade. Porém, o alfa de Cronbach no estado geral de saúde, vitalidade e aspectos sociais foram apenas próximos dos critérios satisfatórios.
2. As dimensões que envolvem a saúde física, aspectos emocionais e a vitalidade foram as as mais afetadas, segundo análises dos dois instrumentos de QVRS.
3. Medidas que promovam a independência funcional podem levar à melhor QVRS, especialmente no domínio físico.
4. Em relação ao SF-36, os que indicam melhor QV foram os aspectos social e saúde mental.
5. No LHFQ, a média foi moderada para as dimensões avaliadas, o que indica menor influência da doença sobre a medida de QV.
6. A idade não teve correlação com a QV, em contrapartida a CF-NYHA teve maior influência na QV. Uma pior QV esteve associada com o aumento da CF.
7. Este estudo foi realizado com amostra pequena, não sendo possível utilizar testes de estatística inferencial para fazer generalizações. Novos estudos devem ser conduzidos envolvendo maior número de sujeitos, de modo a verificar a reprodutibilidade destes achados e identificar as dimensões da QV comprometidas nesses sujeitos, tendo a finalidade de melhorar a assistência prestada pela equipe multiprofissional.

## IX. SUMMARY

### QUALITY OF LIFE OF THE ELDERLY SUFFERING FROM HEART FAILURE, SEEN AT REFERENCE OUTPATIENT CLINIC IN SALVADOR - BAHIA, BRAZIL

Introduction: Life expectancy increase is associated with chronic diseases such as heart failure (HF). From this perspective, evaluating quality of life (QoL) becomes crucial in the patient's clinical evolution. Objective: to evaluate QoL of elderly suffering from HF who were attended at the outpatient clinic of a reference hospital. Methodology: cross sectional study using a quantitative approach, carried out with convenience sample. Socio demographic and clinical data were evaluated, as well as the QoL assessment. Results: the group of 30 elderly was characterized by 16 (53%) female patients, average age of 69.7, and 15 (50%) were married. Most of them, 27 (90%), were retired, 28 (93%) lived with their family, 24 (83%) reported a family income of 1-2 (monthly) minimum salaries [between US\$ 295.00 and \$ 590.00 p/month], 9 (30%) completed elementary school and 9 (30%) were illiterate; the average duration of HF was 5.26 years, 14 (47%) had unclear etiology, average hospital stay was 1.46, 19 (63.33%) had Functional Classification I/II. The instruments presented satisfactory reliability. Regarding the Short-Form Health Survey 36-item (SF-36), the subjects showed higher averages in the social aspect and mental health domains, whereas in the Living with Heart Failure Questionnaire (LHFQ), the subjects showed moderate averages in the physical and emotional domains, and in the total score. The score averages of the SF-36 showed that the domain scores decreased with the progression of NYHA-FC. Regarding the LHFQ, it was observed that the scores of QoL instruments increased with the progression of NYHA-FC. Discussion: the results confirm the hypothesis that elderly patients suffering from HF show low QoL, which reinforces the need for creating measures to improve medical and social support for this population. Conclusions: elderly patients with HF present low QoL in the emotional, physical health and vitality domains. However, more studies with larger sample sizes and more representative of this population are needed.

**Key Words:** 1. Quality of life; 2. Heart failure; 3. Elderly

## X. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

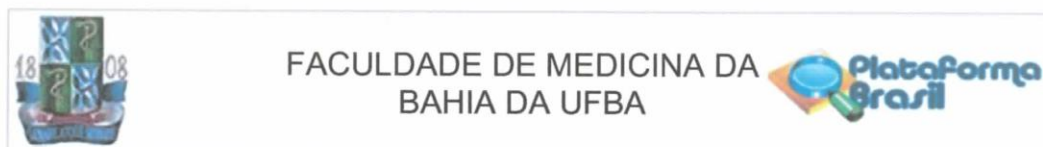
1. Allen LA, Gheorghide M, Reid KJ, et al. Identifying patients hospitalized with heart failure at risk for unfavorable future quality of life. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2011;4(4):389–398.
2. Araújo DV, Tavares LR, Veríssimo R; Ferraz MB, Mesquita ET. Custo da Insuficiência Cardíaca no Sistema Único de Saúde. *Arq. Bras. Cardiol*. 2005; 84 (5): 422-427.
3. Albanesi FM. O que vem ocorrendo com a insuficiência cardíaca no Brasil? *Arq Bras Cardiol*. 2005; 85:155-6.
4. Bekelman DB, Havranek EP, Becker DM, et al. Symptoms, depression, and quality of life in patients with heart failure. *J Card Fail*. 2007;13(8): 643–648.
5. Bocchi EA, Marcondes-Braga FG, Ayub-Ferreira SM, Rohde LE, Oliveira WA, Almeida DR. Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. *Arq Bras Cardiol* 2009;93(1 supl.1):1-71.
6. Brasil, Ministério da Saúde. Caderno de atenção básica – estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica. 2014; 35: 1-162.
7. Carvalho OV, Guimarães GV, Carrara D, Bacal F, Bocchi EA. Validação da Versão em Português do Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. *Arq Bras Cardiol*.,2008; .93(1): 39-44.
8. Cerqueira A, oliveira N. Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. *Psicol. USP*. 2002; 13(1): 1-10.
9. Christmann M; Costa CC; Moussalle LD. Avaliação da qualidade de vida de pacientes cardiopatas internados em um hospital público. *Revista da AMRIGS, Porto Alegre*, 55 (3): 239-243, jul.-set. 2011.
10. Ergec P, Despotovic N, Milosevic DP et al. Health-related quality of life in elderly patients hospitalized with chronic heart failure . *Clinical Interventions in Aging* 2013; 8: 1539–1546.
11. Evangelista LS, Kagawa SM, Dracup K. Gender differences in health perception and meaning in person living with heart failure. *Heart Lung* 2001; 30:167-76.
12. Forman DE, Ahmed A, Fleg JL. Heart Failure in Very Old Adults. *Curr Heart Fail Rep*. 2013; 10:387–400.
13. Franzen K, Saveman BI, Blomqvist K. Predictors for health related quality of life in persons 65 years or older with chronic heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2007;6(2):112–120

14. Freitas EV. Abordagem do idoso hipertenso com insuficiência cardíaca. *Rev Bras Hipertens*. 2003;10 (3): 409-14.
15. Gott M, Barnes S, Parker C, et al. Predictors of the quality of life of older people with heart failure recruited from primary care. *Age Ageing*. 2006;35(2):172–177.
16. Horowitz ESK. Insuficiência Cardíaca nas Cardiopatias Congênitas do Adulto. *Rev. Soc.Cardiol do Rio Grande do Sul*. 2004; 3: 1-3.
17. Lotufo PA. O escore de risco de Framingham para doenças cardiovasculares. *Rev Med (São Paulo)*. 2008 out.-dez.;87(4):232-7
18. Lopes F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. *Cad. Saúde Pública*, 2005;21(5):1595-1601.
19. Martinez MC, Paraguay AIBB; Latorre MRDO. Relação entre satisfação com aspectos psicossociais e saúde dos trabalhadores. *Rev. Saúde Pública*. 2004; 38(1): 55-61.
20. Ministério da Saúde. Envelhecimento e Saúde da pessoa idosa. Série A: Normas e Manuais Técnicos. *Cadernos de Atenção Básica 2007*, Brasília-DF n. 19;
21. Neri AL. Velhice e qualidade de vida na mulher. In: *Desenvolvimento e envelhecimento: Perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas*.2001; 145-160.
22. Nogueira PR, Rassi S, Corrêa KS. Perfil epidemiológico, clínico e terapêutico da insuficiência cardíaca em hospital terciário. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2010; 95(3): 392-398.
23. Paskulin LMG, Vianna LAC. Perfil sociodemográfico e condições de saúde autoreferidas de idosos de Porto Alegre. *Rev Saúde Pública* 2007;41(5):757-68.
24. Remme WJ, McMurray JJV, Rauch B, Zannad F, Keukelaar K, Solal AC, Sendon JL, Hobbs FDR, Grobbee DE, Boccanelli A, Cline C, Macarie C, Dietz R, Ruzyllo W. Public awareness of heart failure in Europe: first result from SHAPE. *Eur Heart J*. 2005; 26:2413-21.
25. Robbins SL, Cotran RS. *Patologia: bases patológicas das doenças*. Editores Kumar, Abbas, Fausto; (tradução: Maria da Conceição Zacharias et al). 2005; 583-650.
26. Saccomann ICRS. *Qualidade de vida em idosos portadores de insuficiência cardíaca: avaliação de um instrumento específico*. Monografia – Centro de Pós-graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2006.

27. Silva VJD, Januário EN. Variabilidade da frequência cardíaca e da pressão arterial na insuficiência cardíaca congestiva. *Rev. bas. hipertens.* 2005; 12 (1): 21-26.
28. Seongkum H, Terry AL, Debra M, Kennedy RL. Types of social support and their relationships to physical and depressive symptoms and health-related quality of life in patients with heart failure. *Heart & Lung.* 2014; 43: 299- 305.
29. Scattolin FAA, Diogo MJD, Colombo RCR. Correlação entre instrumentos de qualidade de vida relacionada à saúde e independência funcional em idosos com insuficiência cardíaca. *Cad. Saúde Pública.* 2007; 23 (11):2705-2715.
30. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública.* 2004; 20(2): 580-8.
31. Servio PM, Alencar LE. Qualidade de vida de idosos com insuficiência cardíaca. Monografia (Especialização em cardiologia) – Centro de Pós-graduação da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, Teresina, 2011.
32. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Lancet* 2011; Série Saúde no Brasil: 61-74
33. Soares DA, Toledo JAS, Santos LF, Lima RMB, Galdeano LE. Qualidade de vida de portadores de insuficiência cardíaca. *Acta. Paul. Enferm.* 2008; 21(2): 243-8.
34. Thom T, Haase N, Rosamond W, Howard VJ, Rumsfeld J, Manolio T, Zheng ZJ, Flegal k, Donnell C, Kittner S, Lloyd-Jones D, Goff DC, Hong Y . Heart disease and stroke statistics-2006 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation.* 2006; 113:85-151.
35. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev. Saúde Pública.* 2008; 23(10): 1-7.
36. Winkelmann, ER, Manfroi, WC. Qualidade de vida em cardiologia. *Rev HCPA.* 2008; 28(1):49-5.
37. Westlake C, Dracup K, Creaser J, et al. Correlates of health-related quality of life in patients with heart failure. *Heart Lung.* 2002;31(2): 85–93.

## XI. ANEXOS

### Anexo 1. Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Qualidade de vida de idosos portadores de insuficiência cardíaca atendidos em ambulatório de hospital especializado na capital baiana

**Pesquisador:** Ângela Marisa de Aquino Miranda-Scippa

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 31599314.3.0000.5577

**Instituição Proponente:**

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 677.082

**Data da Relatoria:** 06/06/2014

##### Apresentação do Projeto:

o investigador responde às pendências.

Os sujeitos do estudo serão os idosos, com idade igual ou superior a 60 anos, portadores de ICC (independente do grau) atendidos no ambulatório de cardiopatia do Hospital Ana Nery, entre os prováveis meses de junho a setembro de 2014. Vale ressaltar que, a coleta de dados só ocorrerá após parecer favorável do CEP-FMB. A amostra será por conveniência. A entrevista será realizada com os participantes que tiverem autonomia para responder o questionário. Os pacientes com limitações físicas para responderem o questionário serão excluídos da pesquisa. Os riscos e formas de proteção do participante da pesquisa foram descritos no Apêndice D deste projeto.

REVER NA METODOLOGIA QUE INDICA QUE O TRABALHO DE ENTREVISTA INICIOU EM FEVEREIRO/2014.

O último projeto de pesquisa anexado na Plataforma Brasil indica que a coleta de dados iniciaria no mês de abril e não fevereiro, como foi pontuado neste relatório "Os sujeitos do estudo serão os idosos portadores de ICC (independente do grau) atendidos no ambulatório de cardiopatia do

**Endereço:** Largo do Terreiro de Jesus, s/n  
**Bairro:** PELOURINHO **CEP:** 40.026-010  
**UF:** BA **Município:** SALVADOR  
**Telefone:** (71)3283-5564 **Fax:** (71)3283-5567 **E-mail:** cepfmb@ufba.br





FACULDADE DE MEDICINA DA  
BAHIA DA UFBA



Continuação do Parecer: 677.082

Hospital Ana Nery, entre os meses de abril a setembro de 2014. A amostra será por conveniência". Em contrapartida, no cronograma o pesquisador deixa claro que a coleta de dados tem previsão para iniciar no mês de junho, pois esperávamos por um parecer favorável do CEP. Além disso, na metodologia é descrito "Os dados serão coletados após o parecer favorável do CEP". Ressaltamos que o equívoco presente na metodologia será corrigido.

#### DEFINIR O RETORNO DE BENEFÍCIOS PARA A POPULAÇÃO (PALESTRAS, ETC.)

Definimos os benefícios no Anexo D desta pesquisa: "A pesquisa não trará benefício diretamente ao paciente. Ajudará a desvendar os fatores que interferem na qualidade de vida do grupo idoso, no sentido de guiar a formulação de novas formas de cuidados e elaborar novas políticas públicas voltadas para o referido público. Desta forma, contribuirá para o conhecimento sobre a temática estudada e para o desenvolvimento da ciência". Pode ser acrescido ainda: ao término da pesquisa e publicação da mesma para a comunidade científica, o projeto será disponibilizado para o Núcleo de Pesquisa Científica do Hospital Ana Nery e para os profissionais do Ambulatório de Insuficiência Cardíaca da referida instituição, de modo que estes atores tenham conhecimento dos fatores (psicossociais) que impossibilitam e/ou permitem o paciente idoso a ter uma melhor qualidade de vida. A partir destes achados espera-se que possam ser incorporados, na prática médica e institucional, condutas de promoção e atenção integral a saúde destes idosos, de modo a propiciar uma melhor qualidade de vida. Os autores da pesquisa se colocarão a disposição da instituição para apresentação de dados da pesquisa para os gestores desta instituição hospitalar ou em algum evento científico que esta unidade vier a realizar.

#### DEFINIR A CONTRAPARTIDA DA INSTITUIÇÃO

A contrapartida da instituição encontra-se descrita no rodapé do apêndice B (orçamento): "Obs.: os gastos do projeto serão custeados pelo pesquisador. A contrapartida da instituição inclui a disponibilização do espaço físico, computador e armário".

#### Objetivo da Pesquisa:

não altera.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

##### RISCOS

os indivíduos de 60 anos ou mais tem autonomia parcial e devem ser protegidos com assintura dos responsáveis se considerados com autonomia razoavelmente diminuída.

<b>Endereço:</b> Largo do Terreiro de Jesus, s/n	<b>CEP:</b> 40.026-010
<b>Bairro:</b> PELOURINHO	
<b>UF:</b> BA	<b>Município:</b> SALVADOR
<b>Telefone:</b> (71)3283-5564	<b>Fax:</b> (71)3283-5567
	<b>E-mail:</b> cepfmb@ufba.br



FACULDADE DE MEDICINA DA  
BAHIA DA UFBA



Continuação do Parecer: 677.082

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

não muda.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

não muda.

**Recomendações:**

Os participantes da pesquisa que sejam considerados com autonomia diminuída devem ter membros da família ou responsáveis assinando o TCLE.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Pendências resolvidas.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

SALVADOR, 06 de Junho de 2014

---

**Assinado por:**  
**Eduardo Martins Netto**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Largo do Terreiro de Jesus, s/n  
**Bairro:** PELOURINHO **CEP:** 40.026-010  
**UF:** BA **Município:** SALVADOR  
**Telefone:** (71)3283-5564 **Fax:** (71)3283-5567 **E-mail:** cepfmb@ufba.br

## Anexo 2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012- Conselho Nacional de Saúde.

O senhor ou a senhora está convidado a participar da pesquisa **“Qualidade de vida de idosos portadores de insuficiência cardíaca atendidos em um ambulatório de referência em Salvador-Bahia, Brasil”**, sob responsabilidade da pesquisadora Dr. Ângela Marisa de Aquino Miranda Scippa. Também faz parte da equipe Edimar Joaquim da Silva, estudante do curso de Medicina da UFBA.

Com esta pesquisa pretendemos entender algumas coisas da sua vida ajudam ou atrapalham no tratamento dessa doença do coração. Precisamos ler também o seu prontuário médico e só faremos se o senhor ou a senhora aceitar.

O senhor ou a senhora vai responder um questionário, em local reservado deste ambulatório, antes ou depois da sua consulta e de acordo com a sua escolha. A sua participação é livre, podendo desistir em qualquer momento da pesquisa, sem que haja qualquer prejuízo ou interferência no seu acompanhamento e tratamento. Caso sinta cansaço, vergonha ou incômodo em responder as perguntas, pode pedir para parar ou mesmo desistir de continuar. Suas respostas não terão seu nome para que sua identidade não seja conhecida. Também quando formos ler o seu prontuário, seu nome não vai ser copiado ou outra coisa que possa lhe identificar. Para que sua identidade e respostas fiquem protegidas, cada participante será entrevistado sozinho em uma sala; as anotações com seus dados serão identificados por um número.

Caso tenha alguma dúvida ou queira se informar de mais detalhes sobre a pesquisa, os pesquisadores estarão à disposição a qualquer momento para esclarecimentos. Ângela Marisa de Aquino Miranda Scippa, no Hospital Universitário Professor Edgard Santos – HUPES, endereço: Rua Augusto Viana, s/n, Canela; email: [amscippa@gmail.com](mailto:amscippa@gmail.com), telefone: (71)3283-5561.

Se quiser pode procurar também o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA no endereço: Largo do Terreiro de Jesus, s/n – Centro Histórico., telefone: (71) 3283 – 5564 e email: [cepfmb@ufba.br](mailto:cepfmb@ufba.br).

Nome do (da) Participante \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Salvador, Data: \_\_/\_\_/\_\_

Assinatura do Pesquisador



- ( 4 - Acima de 5 salários mínimos  
( ) 5 - NS/NR

9. Classificação da IC de acordo com a *New York Heart Association* (consulta no prontuário)

- ( ) 1 - Classe I - ausência de sintomas (dispnéia) durante atividades cotidianas  
( ) 2- Classe II - sintomas desencadeados por atividades cotidianas;  
( ) 3- Classe III - sintomas desencadeados em atividades menos intensas que as cotidianas ou pequenos esforços;  
( ) 4- Classe IV - sintomas em repouso.

10. Data do diagnóstico da IC (consulta no prontuário) \_\_\_\_\_

11. Tempo em que porta IC (dias, meses, anos) \_\_\_\_\_

12. Internações por complicação da IC

- ( ) 1- uma vez  
( ) 2- duas vezes  
( ) 3- três vezes  
( ) 4- quatro vezes  
( ) 5- 5 ou mais vezes

13- Causa da IC

.....

**III – Versão Brasileira do Questionário Qualidade de Vida SF-36**

1. Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2. Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6. Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De Forma Nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7. Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito Leve	Leve	Moderada	Grave	Muito Grave
1	2	3	4	5	6

8. Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De Maneira alguma	Um Pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se	1	2	3	4	5	6

sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?						
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

**0. Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?**

Todo tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

**1. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?**

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

## VI – Minnesota Living With Haert Failure Questionnaire

Minnesota Living With Haert Failure Questionnaire	Não	Muito pouco			Demais	
		1	2	3	4	5
20. Durante o último mês seu problema cardíaco o impediu de viver como queria porque causou inchaço em seus tornozelos e pernas.	0	1	2	3	4	5
21. Durante o último mês seu problema cardíaco o impediu de viver como queria porque obrigou você a sentar ou deitar para descansar durante o dia.	00	1	2	3	4	5
22. Durante o último mês seu problema cardíaco o impediu de viver como queria porque tornou sua caminhada e subida de escada difícil.	00	1	2	3	4	5
23. Durante o último mês seu problema cardíaco o impediu de viver como queria porque tornou seu trabalho doméstico difícil.	00	1	2	3	4	5
24. Durante o último mês seu problema cardíaco o impediu de viver como queria porque tornou suas saídas de casa difícil.	00	1	2	3	4	5
25. Durante o último mês seu problema cardíaco o impediu de viver como queria porque tornou difícil dormir bem à noite.	00	1	2	3	4	5
26. Durante o último mês seu problema cardíaco o impediu de viver como queria porque tornou seus relacionamento ou atividades com familiares e amigos difícil.	00	1	2	3	4	5
27. Durante o último mês seu problema cardíaco o impediu de viver como queria porque tornou seu trabalho para ganhar a vida difícil.	00	1	2	3	4	5
28. Durante o último mês seu problema cardíaco o impediu de viver como queria porque tornou seus passatempos, esportes e diversão difícil.	00	1	2	3	4	5
29. Durante o último mês seu problema cardíaco o impediu de viver como queria porque tornou sua atividade sexual difícil.	00	1	2	3	4	5
30. Durante o último mês seu problema cardíaco o impediu de viver como queria porque fez você comer menos as comidas que você gosta.	00	1	2	3	4	5
31. Durante o último mês seu problema cardíaco o impediu de viver como queria porque causou falta de ar.	00	1	2	3	4	5
32. Durante o último mês seu problema cardíaco o impediu de viver como queria porque deixou você cansado, fatigado ou com pouca energia.	00	1	2	3	4	5
33. Durante o último mês seu problema cardíaco o impediu de viver como queria porque obrigou você a ficar hospitalizado	00		2	3	4	5
34. Durante o último mês seu problema cardíaco o impediu de viver como queria porque fez você gastar dinheiro com cuidados médicos.	00	1	2	3	4	5
35. Durante o último mês seu problema cardíaco o impediu de viver como queria porque causou em você efeitos colaterais das medicações.	00	1	2	3	4	5
36. Durante o último mês seu problema cardíaco o impediu de viver como queria porque fez você sentir-se um peso para familiares e amigos.	00	1	2	3	4	5
37. Durante o último mês seu problema cardíaco o impediu de viver como queria porque fez você sentir uma falta de auto controle na sua vida.	00	1	2	3	4	5
38. Durante o último mês seu problema cardíaco o impediu de viver como queria porque fez você se preocupar.	00	1	2	3	4	5
39. Durante o último mês seu problema cardíaco o impediu de viver como queria porque tornou difícil você concentrar-se ou lembrar-se das coisas.	00	1	2	3	4	5
40. Durante o último mês seu problema cardíaco o impediu de viver como queria porque fez você sentir-se deprimido.	00	1	2	3	4	5