

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA EM UM HOSPITAL ESCOLA DO OESTE DO PARANÁ

EVALUATION OF THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH CONGESTIVE HEART FAILURE IN A TEACHING HOSPITAL IN WESTERN PARANÁ

ELOISA GONÇALVES BRITO¹, FILIPE TOMAS SEQUEIRA DE ALMEIDA², RUI M. S. ALMEIDA^{3*}

1. Acadêmica do curso de Medicina do Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz; 2. Médico Residente em Cirurgia Cardiovascular pela Santa Casa de Londrina 3. Professor Doutor, Coordenador do Curso de Medicina do Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz.

Rua Paraná 5319, Coqueiral, Cascavel, Paraná, Brasil. CEP: 85827040. ruisalmeida@uol.com.br

Recebido em 05/02/2023. Aceito para publicação em 13/03/2022

RESUMO

A insuficiência cardíaca (IC) é consequência de alterações estruturais e funcionais do coração¹. Ela é responsável por certo grau de debilidade na qualidade de vida dos pacientes que possuem essa patologia. O presente estudo tem como objetivo avaliar a qualidade de vida dos pacientes com insuficiência cardíaca, tanto no âmbito funcional quanto no psíquico, por meio da aplicação do questionário de Minnesota e questionário socioeconômico. No presente estudo, foram entrevistados 20 pacientes. É possível inferir que a insuficiência cardíaca é um importante causa na diminuição da qualidade de vida dos pacientes que a possuem. Também foi observado maior número de pontuação na dimensão física dos pacientes do que na dimensão emocional.

PALAVRAS-CHAVE: Insuficiência Cardíaca; Descompensação Cardíaca; Qualidade de Vida Relacionada à Saúde.

ABSTRACT

Congestive heart failure (CHF) is a consequence of structural and functional changes in the heart¹. Being responsible for a certain degree of weakness in the quality of life of patients who have this pathology. The purpose of this study is to evaluate the quality of life in patients with CHF, both in the functional and psychic frameworks, through the application of the Minnesota questionnaire and socioeconomic questionnaire. The present study interviewed 20 patients, it is possible to infer that CHF is an important cause of the decrease in the quality of life in patients with CHF, a higher number of scores was also observed in the physical dimension of patients than in the emotional dimension.

KEYWORDS: Heart Failure; Cardiac Failure; Health-Related Quality of Life.

1. INTRODUÇÃO

A insuficiência cardíaca (IC), é uma síndrome comum, com altas taxas de mortalidade e morbidade. Ela é consequência de alterações na estrutura e/ou no funcionamento cardíaco, resultando em um débito

insuficiente para o funcionamento fisiológico do corpo¹. Essa síndrome é considerada um importante problema de saúde pública, responsável por 1 – 3% do orçamento total de saúde da Europa e dos EUA¹. No Brasil, aproximadamente 70% da população acima dos 60 anos de idade possui algum grau de insuficiência cardíaca.² Além disso, 39% das internações em instituições hospitalares ocorrem devido à descompensação dessa doença².

A IC é uma síndrome progressiva que possui tratamento. Porém, mesmo sob terapia otimizada, alguns pacientes acometidos por essa doença podem apresentar limitações no seu cotidiano, o que resulta em alterações em sua qualidade de vida².

A qualidade de vida de um indivíduo pode ser definida como a percepção própria de conforto ou bem-estar em realizar funções físicas, psíquicas e sociais. Ela é mensurada pela satisfação ou insatisfação do mesmo com determinadas áreas da vida, levando em consideração suas necessidades, expectativas, anseios, e sua conduta sobre si e sobre as relações ao seu redor^{1,3,4}.

Diante da relação entre a IC e seu impacto diário sobre os pacientes, esse trabalho tem por objetivo primário identificar os principais sintomas relatados por pacientes com IC internados na enfermaria e UTI do Hospital São Lucas Cascavel-PR, por meio do questionário de Minnesota. Como objetivo secundário, busca-se analisar como a patologia impacta na qualidade de vida desses pacientes.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, observacional, individual, e com abordagem qualitativa através da coleta de dados realizados mediante a aplicação do questionário de Minnesota. O questionário é aplicado de forma presencial na enfermaria, UTI e ambulatório de cardiologia clínica do Hospital São Lucas, na cidade de Cascavel-PR.

Serão incluídos na pesquisa pacientes com idade entre 18 e 80 anos, com diagnóstico de IC, de ambos os sexos. Serão excluídos da pesquisa pacientes com outras doenças cardíacas que não incluem a IC, bem

como pacientes em ventilação mecânica, incapacidade cognitiva de responder o questionário e pacientes sem a mensuração da fração de ejeção.

Neste trabalho, foi utilizado o método de avaliação por meio da aplicação do questionário de Minnesota, o qual foi desenvolvido especificamente para avaliar a qualidade de vida dos pacientes com IC.

O questionário de Minnesota é composto por 21 perguntas, as avaliaram sobre as principais limitações que a IC pode trazer ao paciente. As respostas devem estar relacionadas aos sinais e sintomas apresentados nos últimos 30 dias.⁴ Essas respostas serão quantificadas e 0 a 5, sendo 0 a ausência de limitações e 5 o máximo de limitação.⁴ Esse questionário foi escolhido por avaliar a qualidade de vida dos pacientes com IC e os efeitos causados pelo tratamento⁴.

Além do questionário de Minnesota, também foi aplicado um segundo questionário com informações socioeconômicas como idade, sexo, medicações em uso, FEVE e outras comorbidades e hábitos. Isso busca uma avaliação mais ampla da qualidade de vida e posterior relação entre os materiais. O questionário possui como limitação o viés de subjetividade, pois o resultado está pautado na resposta individual de cada paciente entrevistado.

O questionário de Minnesota foi validado no Brasil através do estudo “Validação da Versão em Português do *Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire*”, em 2019⁴.

Depois da aplicação do questionário aos pacientes, as respostas foram tabuladas e analisadas para verificar os principais sinais e sintomas que acometem os pacientes com IC, bem como relacioná-los à idade, ao sexo, às comorbidades e à fração de ejeção.

Os dados utilizados no presente trabalho não incluem a identificação dos pacientes. Serão usados exclusivamente para qualificar a qualidade de vida dos pacientes e correlacionar com a classe funcional desses pacientes. A assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi obtida de todos os participantes que aceitaram participar da pesquisa de forma presencial. Esse termo garante o sigilo dos dados coletados na pesquisa. Os pesquisadores se encarregaram de coletar os TCLE.

O atual estudo possui algumas limitações devido ao fato de o hospital utilizado pelo pesquisador não ser de referência cardiológica, bem como a necessidade da realização do ecocardiograma transtorácico para a inclusão do paciente na pesquisa. Essas duas limitações resultaram em uma pequena amostra para o estudo.

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro Universitário FAG e aprovado sob o CAAE nº 16416619.3.0000.5219.

3. RESULTADOS

Nesta pesquisa, foram coletados dados de 20 pacientes diagnosticados com IC internados no Hospital São Lucas, Cascavel/PR, durante o período de 5 meses. Foram avaliadas as respostas do questionário

de Minnesota e do questionário socioeconômico respondido pelos pacientes.

Na Tabela 1, temos a descrição das características dos participantes do estudo. Obtivemos predomínio da população masculina (60%) e pacientes com mais de 61 anos (61%), em concordância com alguns estudos.^{18,19} Dentre os pacientes considerados tabagistas (60%), foi incluindo o tabagismo passivo.

Com relação à fração de ejeção, 65% dos pacientes incluídos no estudo apresentaram IC com fração e ejeção reduzida, 15% IC com fração de ejeção intermediária e 20% IC com fração de ejeção preservada. Houve predominância dos pacientes com ICFER, assim como no estudo feito com pacientes com IC no ambulatório de cardiologia em Pernambuco.²⁰

Em relação às comorbidades, 50% dos pacientes apresentavam mais de 4 comorbidades, sendo as principais DPOC, HAS, obesidade, dislipidemia e diabetes mellitus tipo 2.

Sobre os medicamentos utilizados, 55% faziam uso de oito ou mais medicamentos. 50% dos pacientes já tiveram hospitalizações prévias, nessas hospitalizações prévias 30% realizaram cateterismo e 20% realizaram revascularização cardíaca.

Tabela 1. Descrição das características dos participantes do estudo

Característica	n	%
Sexo		
Feminino	8	40%
Masculino	12	60%
Faixa etária		
≤40	1	5%
≥41-60	6	30%
≥61	13	65%
Tabagismo		
Não	8	40%
Sim	12	60%
Etilismo		
Não	12	60%
Sim	8	40%
Fração de Ejeção		
≤40%	13	65%
41-49%	3	15%
≥50%	4	20%
Comorbidades		
1-2	4	20%
3	6	30%
≥4	10	50%
Medicamentos em uso		
0-4	5	25%
5-7	4	20%
≥8	11	55%
Hospitalizações Prévias		
0-1	6	30%
2	4	20%
≥3	10	50%

(n=20).

A Tabela 2, por sua vez, foi obtida através da análise da média de pontuação no questionário de Minnesota e dividida em grupos de acordo com o sexo, a faixa etária, o tabagismo, o etilismo, a fração de ejeção, as comorbidades, os medicamentos em uso e as hospitalizações prévias. Para esses cálculos, foram utilizados o teste T-Student e o teste Anova.

Quando o valor de p1 for >0,05 podemos inferir que não houve uma diferença estatisticamente relevante

entre os dois grupos. No presente trabalho, os valores de p1 das variáveis analisadas foram todos superiores a 0,05.

Foi utilizado o teste T-Student na maioria das análises, com exceção da fração de ejeção. Esta foi analisada utilizando-se o teste anova, pois foi feita comparação entre três grupos.

Tabela 2. Média de pontuação no questionário Minnesota conforme o grupo¹

Característica	Média Pontuação Minnesota (Desvio Padrão)	Valor p ¹
Sexo		
Feminino	41,1 (23,1)	0,51
Masculino	34,4 (19,6)	
Faixa etária		
≤60	43,6 (28,3)	0,41
≥61	33,6 (15,7)	
Tabagismo		
Não	39,4 (22,6)	0,71
Sim	35,6 (20,4)	
Etilismo		
Não	36,6 (21,2)	0,90
Sim	37,9 (21,6)	
Fração de Ejeção		
≤40%	34,7 (21,2)	0,08 ²
41-49%	51,3 (19,1)	
≥50%	34,2 (21,5)	
Comorbidades		
≤3	38,7 (24,9)	0,74
≥4	35,5 (17)	
Medicamentos em uso		
≤7	38 (25,8)	0,87
≥8	36,4 (17)	
Hospitalizações Prévias		
≤2	37,4 (21,8)	0,95
≥3	36,8 (21)	

Teste T-Student.²; Teste Anova.

Na Figura 1, foram selecionadas as 4 perguntas que mais pontuaram no questionário de Minnesota entre os pacientes entrevistados. A Série 1 representa pacientes que pontuaram de 5 a 4 pontos; a Série 2, pacientes que pontuaram de 3 a 1 ponto; a Série 3, pacientes que não pontuaram. Na linha vertical, temos as porcentagens de pacientes que pontuaram no respectivo requisito.

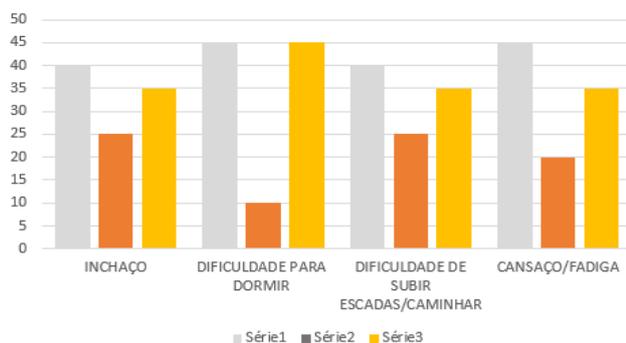


Figura 1. Sintomas com maior pontuação no questionário m.

Na Figura 2, a seguir, temos as 4 perguntas que menos pontuaram entre os pacientes entrevistado. Da mesma forma que o gráfico anterior, a Série 1 apresenta pacientes que pontuaram de 5 a 4 pontos; a Série 2, pacientes que pontuaram de 3 a 1 ponto; a Série 3, pacientes que não pontuaram. Na linha vertical, temos as porcentagens de pacientes que

pontuaram no respectivo requisito.

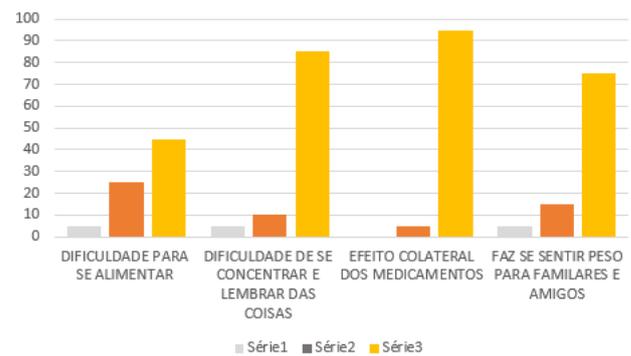


Figura 2. Sintomas com menor pontuação no questionário Minnesota.

4. DISCUSSÃO

No presente estudo, a população feminina obteve maior pontuação média (Minnesota 41,1) no questionário, quando comparada à população masculina (Minnesota 34,4). Esse resultado se deve ao fato de as perguntas presentes no questionário terem maior relação com a realização de trabalhos domésticos e com sentir-se um peso para família, preocupar-se com a doença e sentir-se deprimido. Assim, em geral, a população feminina teve maior pontuação nesses quesitos.

Notamos que os paciente com menos de 60 anos possuem uma diminuição da qualidade de vida, com uma pontuação média no questionário de Minnesota de 43,6, em comparação aos pacientes com mais de 61 anos, que pontuaram em média 33,6.

Os pacientes com idade inferior a 60 anos apresentaram maior limitação das suas atividades diárias, com maior dificuldade de manter sua renda, tendo em vista que a maior parte deles não é aposentada.

Na população com mais de 61 anos verificamos uma maior prevalência de outras limitações além da IC, como artrose de joelho ou quadril, ou a imobilidade em uso de cadeira de rodas. Sendo assim, a IC não foi considerada como o grande limitante da qualidade de vida desses pacientes. Além disso, a maioria já era aposentada por invalidez ou pela própria idade, de forma que a doença não afetou a renda ou atividades laborais.

Quanto às comorbidades, 50% dos pacientes apresentam mais de três comorbidades, sendo as principais a hipertensão arterial sistêmica, a diabetes mellitus, a doença pulmonar obstrutiva crônica, a dislipidemia, a fibrilação atrial crônica e doença renal crônica, tal como em alguns estudos.^{18,19,20} Todas as doenças citadas possuem relação direta com a fisiopatologia da IC, podendo agravar a IC e piorar o desfecho quando não tratadas corretamente.¹⁷

Os pacientes com menos de três comorbidades possuem maior pontuação no questionário nos campos de número de hospitalizações, não aderência medicamentosa, gastos com plano de saúde,

sentimentos de depressão, preocupação com a doença, e falta de autocontrole da vida. Verifica-se que, pelo número reduzido de comorbidades, esses pacientes associam essas características como decorrentes exclusivamente da IC.

Os pacientes com mais de quatro comorbidades ou mais pontuaram menos, ou nem mesmo pontuaram nos quesitos citados acima. Isso se deve ao fato de os pacientes possuírem outras limitações decorrentes de outras patologias, não incorrendo em limitações devidas apenas à IC.

Os pacientes com fração de ejeção reduzida e elevada obtiveram pontuação semelhante, com Minnesota 34,7 e 34,2 respectivamente. Já os pacientes com fração de ejeção intermediária apresentaram uma pontuação maior (Minnesota 51,3), em concordância com o estudo que avaliou ambulatorialmente pacientes no estado de Pernambuco⁵. Esses pacientes apresentavam mais gastos com a saúde, maior número de hospitalizações prévias, mais que 3 comorbidades associadas e uso de mais de 3 medicamentos. Todas essas variáveis se dão pelo não entendimento da gravidade da doença, não aderência medicamentosa e também em virtude de seus hábitos de vida. Nesse grupo, as principais comorbidades associadas foram diabetes mellitus, hipertensão arterial e obesidade, as quais afetam diretamente na fisiopatologia da doença, fazendo com o que o paciente descompense mais e tenha mais desfechos indesejáveis.

Quanto ao tabagismo, nosso estudo considerou o paciente tabagista como ativo ou passivo. Dos pacientes fumantes 25% eram passivo e 75% ativos. No estudo, os pacientes tabagistas pontuaram 35,6 e os não tabagistas 39,4, o que não é o esperado, pois pacientes tabagistas geralmente apresentam mais sintomatologia do que os não tabagistas.⁶ Mas esse dado pode ser justificado pelo controle da doença pulmonar dos pacientes tabagistas entrevistados, pois apenas 50% dos tabagistas apresentavam DPOC, a qual estava controlada.

Dos pacientes com ICFER, apenas 41% faziam uso da medicação indicada para pacientes com ICFER NYHA II-IV em estágio C, dos quais seria inibidor da enzima conversora de angiotensina ou bloqueador do receptor de angiotensina, beta-bloqueador e espirolactona⁶. Isso justifica a pontuação mais alta desses pacientes no questionário de Minnesota, afinal, sem o tratamento adequado, o número de descompensação é maior e a progressão da doença é mais rápida.

Em relação aos efeitos colaterais dos medicamentos, apenas 1 dos pacientes entrevistados teve queixa de aumento da fadiga e falta de ar. O mesmo havia passado por consulta recentemente, na qual o médico fez aumento da dosagem do beta-bloqueador de escolha.

Quanto aos gastos com médicos e medicações, a pontuação foi mínima, pois 30% dos pacientes utilizam o SUS como sistema de saúde, e nesse grupo não houve gastos com medicações, visto serem fornecidas

pelo sistema de saúde ou farmácia básica. Já nos 70% de pacientes que possuíam convênio de saúde ou não utilizavam o SUS, o gasto com medicações foi maior. Entretanto, verifica-se que esses pacientes, em geral, utilizam medicações com maior efetividade que aqueles fornecidos pelo SUS.

As perguntas que tiveram maior pontuação foram sobre presença de sintomas de inchaço, dificuldade para dormir, dificuldade para subir e descer escadas, cansaço e fadiga, em concordância com alguns estudos^{2,19}. Essas respostas transparecem bem a fisiopatologia da doença, onde os sintomas presentes em pacientes com IC são justamente os que, neste estudo, pontuaram mais.

Já as perguntas que menos pontuaram, como dificuldade de se alimentar, dificuldade de se concentrar e lembrar de coisas, sentir-se um peso para familiares e amigos e sentir efeitos colaterais das medicações, demonstraram que a IC tem um impacto menor na vida social e emocional dos pacientes. Da mesma forma, em estudo que avaliou 101 pacientes, obteve-se maior pontuação na dimensão física (sintomas da doença) do que na dimensão emocional⁷. Porém, esta não deve ser menosprezada, pois ocorre, sobretudo, em pacientes com doenças em estágio mais avançado e que apresentam maiores limitações diárias.

5. CONCLUSÃO

Após análise dos dados é possível inferir que a IC é uma patologia que impõe importantes limitações ao cotidiano dos pacientes, em concordância com estudos que foram analisados ao longo da construção deste artigo.

Os principais sintomas que afetam os pacientes com IC que participaram do presente estudo são inchaço nas pernas, dispnéia aos pequenos e médio esforços, dispnéia paroxística noturna, dificuldade de realizar esportes/diversões/passatempos, dificuldade com o trabalho para o ganho de vida. As limitações psicossociais tiveram uma pontuação mínima, e geralmente os pacientes que pontuaram já possuíam depressão ou ansiedade como doença prévia.

No presente estudo, os pacientes com menos de três comorbidades tiveram maior pontuação no questionário de Minnesota. Verifica-se que, na população com menos de 60 anos, a IC apresentou maior impacto na qualidade de vida. Isso porque, além dos sintomas esperados no curso da doença de base, esses pacientes não são aposentados e ainda estão em fase produtiva, apresentando dificuldade para manter emprego, comprar medicamentos e sustentar suas casas.

A principal limitação deste estudo está no pequeno número de pacientes entrevistados, de forma que estudos posteriores com uma maior população podem evidenciar, de maneira mais precisa, as relações entre a IC e a qualidade de vida desses pacientes.

6. REFERÊNCIAS

- [1] Fonseca C, Brito D, Cernadas R, Ferreira J *et al.* Pela melhoria do tratamento da insuficiência cardíaca em

- Portugual- documento de consenso. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Cardiologia. 2016.
- [2] Ferreira AT, Barros TA. Avaliação da qualidade do sono e qualidade de vida em pacientes com insuficiência cardíaca congestiva em um hospital de referência em cardiologia. Maceió: Centro Universitário Tiradentes – UNIT/AL; 2019 [acesso 07 fev. 2023]. Disponível em: <https://openrit.grupotiradentes.com/xmlui/handle/set/3837>.
- [3] Comitê Coordenador da Diretriz de Insuficiência Cardíaca. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. Arq Bras Cardiol. 2018; 111(3):436-539.
- [4] Carvalho VO, Guimarães VG, Carrara D *et al.* Validação da Versão em Português do Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. Arq Bras Cardiol. 2009; 93(1):39-44.
- [5] Aguiar NM, Andrade Junior PSL, Silva CS *et al.* Avaliação da qualidade de vida dos pacientes com insuficiência cardíaca. REAC. 2021; 32:1-9;e8404.
- [6] Departamento de Insuficiência Cardíaca da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Atualizações de tópicos emergentes da diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca - 2021. Arq Bras Cardiol. 2021; 116(6):1174-1212.
- [7] Paz LFA, Medeiros CA, Alves SMM *et al.* Qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com insuficiência cardíaca. Rev Bras Enferm. 2019; 72(2):148-54.
- [8] Kurogl EM, Butcher RCGS, Salvetti MG. Relação entre capacidade funcional, desempenho e sintomas em pacientes internados com insuficiência cardíaca. Rev Bras Enferm. 2020; 73(4):e20190123.
- [9] Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz. Manual de Normas para elaboração e apresentação de trabalhos acadêmicos - 2015. Cascavel: Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz. 2015.