UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

VIVIANE MARTINELLI PELEGRINO

AVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE PERCEBIDO E DO IMPACTO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA POR PACIENTES EM SEGUIMENTO AMBULATORIAL

Ribeirão Preto

2008

VIVIANE MARTINELLI PELEGRINO

AVALIAÇÃO DO ESTADO GERAL DE SAÚDE E DO IMPACTO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA POR PACIENTES EM SEGUIMENTO AMBULATORIAL

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de mestre em Enfermagem Fundamental.
Linha de pesquisa: Processo de cuidar do adulto e idoso com doenças agudas e crônico-degenerativas.

Orientadora: Profa. Dra. Rosana Aparecida Spadoti Dantas.

Ribeirão Preto

2008

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E A DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TARABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Ficha Catalográfica

Pelegrino, Viviane Martinelli.
Avaliação do estado geral de saúde e do impacto da insuficiência cardíaca por pacientes em seguimento ambulatorial / Viviane Martinelli Pelegrino; orientadora: Rosana Aparecida Spadoti Dantas - Ribeirão Preto / 2008.
127.: fig. 30cm.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Linha de pesquisa: Processo de cuidar do adulto e idoso com doenças agudas e crônico-degenerativas - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

1. Insuficiência Cardíaca Congestiva. 2. Qualidade de Vida. 3. Impacto da doença na qualidade de vida. I. Dantas, Rosana Aparecida Spadoti. II. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. III. Título.

Viviane Martinelli Pelegrino

Linha de pesquisa: Processo de cuidar do adulto e idoso com doenças agudas e crônico-degenerativas

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a obtenção do titulo de mestre em Enfermagem Fundamental.
Linha de pesquisa: Processo de cuidar do adulto e idoso com doenças agudas e crônico-degenerativas.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

À meus pais, Gerson e Aparecida,

e à meus irmãos, Flávia e Jefferson,

por toda a dedicação, compreensão,

apoio e todo o amor que me fizeram

seguir em frente durante toda a minha vida.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

- À Profa. Dra. Rosana Aparecida Spadoti Dantas, pela presença e direcionamento durante todo o desenvolvimento desse trabalho, pelas oportunidades oferecidas e por acreditar em mim.

AGRADECIMENTOS

- À Profa. Dra. Lídia Aparecida Rossi pelos ensinamentos e experiências compartilhadas que muito contribuíram com a presente dissertação;

- Ao Prof. Dr. Marcus Vinícius Simões pelos ensinamentos e colaboração com a finalização desse trabalho;

- Aos médicos do Ambulatório da Divisão de Cardiologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, que foram compreensíveis com a fase de coleta de dados;

- À enfermeira Maria Alice do Serviço de Hemodinâmica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, que esteve presente nas discussões com os pacientes do grupo de insuficiência cardíaca;

- À equipe de enfermagem do Ambulatório de Clínica Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, que me acolheu com simpatia;

- Aos pacientes do ambulatório de Insuficiência Cardíaca do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, por serem generosos e por participarem na realização dessa investigação;

- Aos meus colegas da clínica cirúrgica 9º andar do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo que torceram por mim;

- Às minhas amigas Carina, Fabiana, María e Inaiara pelas experiências compartilhadas e pela torcida em vários momentos da minha vida;

- À minha querida irmã Flávia que sempre me ajudou e em todos os momentos;

- À minha família que me apoiou incondicionalmente e souberam compreender as minhas ansiedades e expectativas.

SUMÁRIO

Lista de Tabelas

Lista de Figuras

Lista de Abreviaturas

Lista de Símbolos

Resumo

Abstract

Resumen

1. Introdução 2

1.1 - Apresentação do tema 2

1.2 - Revisão de literatura 3

1.2.1 - Insuficiência Cardíaca: aspectos fisiopatológicos e epidemiológicos 3

1.2.2 - O estado de saúde percebido e o impacto da Insuficiência Cardíaca na vida diária 13

2. Objetivos 30

2.1 – Geral 30

2.2 – Específicos 30

3. Material e Método 32

3.1 - Delineamento do estudo 32

3.2 - Proteção aos sujeitos do estudo 32

3.3 - Local do estudo 33

3.4 - População e amostra 33

3.5 - Coleta dos dados 34

3.5.1 - Instrumentos para coleta de dados 35

3.5.1.1 - Caracterização sócio-demógrafica e clínica 35

3.5.1.2 - Estado de saúde percebido (Perceived Health Status) 36

3.5.1.3 - O impacto da Insuficiência Cardíaca na vida diária 39

3.6 - Estudo piloto 40

3.7 - Processamento e Análise dos dados 41

4. Resultados **45**

5. Discussão **65**

6. Conclusões **86**

7. Considerações Finais **89**

8. Referências Bibliográficas **91**

9. Anexos **98**

10. Apêndices **105**

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Análise descritiva das características sócio-demográficas de 138 pacientes com IC em seguimento ambulatorial. Ribeirão Preto, 2005 – 2006 46

Tabela 2 - Análise descritiva das características da IC dos 138 pacientes em seguimento ambulatorial. Ribeirão Preto, 2005 - 2006. 47

Tabela 3 - Análise descritiva das características clínicas dos 138 pacientes com IC em seguimento ambulatorial. Ribeirão Preto, 2005 - 2006. 48

Tabela 4 - Análise descritiva dos valores dos oito componentes do SF-36, segundo avaliação dos 138 pacientes com IC em seguimento ambulatorial. Ribeirão Preto, 2005 – 2006 49

Tabela 5 - Análise descritiva da escala do MLHFQ total e de seus componentes físico e emocional, segundo avaliação dos 138 pacientes com IC em seguimento ambulatorial. Ribeirão Preto, 2005 – 2006 50

Tabela 6 - Distribuição das freqüências das respostas dos 138 pacientes com IC em seguimento ambulatorial aos itens do MLHFQ com valores entre zero e cinco, itens não aplicáveis (NA) e não respondidos (NR). Ribeirão Preto, 2005 – 2006 52

Tabela 7 - Distribuição das freqüências das respostas dos 138 pacientes com IC em seguimento ambulatorial aos itens do MLHFQ após a substituição dos itens não aplicáveis (NA) pelas médias dos itens. Ribeirão Preto, 2005 – 2006 54

Tabela 8 - Análise descritiva dos itens do MLHFQ, segundo avaliação dos 138 pacientes com IC em seguimento ambulatorial. Ribeirão Preto, 2006 55

Tabela 9 - Coeficientes de correlação de Pearson (r) entre o valor total do MLHF e os oito componentes do SF-36. Ribeirão Preto, 2005 - 2006. 56

Tabela 10 - Médias do valor total do MLHFQ, segundo sexo e situação conjugal dos 138 pacientes com IC em seguimento ambulatorial. Ribeirão Preto 2005-2006 57

Tabela 11 - Médias do valor do MLHFQ físico e emocional, segundo sexo e situação conjugal dos 138 pacientes com IC em seguimento ambulatorial. Ribeirão Preto 2005-2006..... 58

Tabela 12 - Médias do valor total do MLHFQ, segundo classe funcional da NYHA e a fração de ejeção do ventrículo esquerdo dos 138 pacientes com IC em seguimento ambulatorial. Ribeirão Preto 2005-2006..... 60

Tabela 13 - Tabela 13 - Médias do valor total e das dimensões física e emocional do MLHFQ, segundo classe funcional da NYHA e a fração de ejeção do ventrículo esquerdo dos 138 pacientes com IC em seguimento ambulatorial. Ribeirão Preto 2005-2006 60

Tabela 14 - Médias do valor total e das dimensões física e emocional do MLHFQ, segundo a fração de ejeção do ventrículo esquerdo dos 138 pacientes com IC em seguimento ambulatorial. Ribeirão Preto 2005-2006 61

Tabela 15 - Coeficientes de correlação entre as medidas do MLHFQ total, físico e emocional com os oitos domínios do SF-36, segundo sexo dos pacientes com IC em seguimento ambulatorial. Ribeirão Preto 2005-2006 61

Tabela 16 - Coeficientes de correlação entre as medidas do MLHFQ total, físico e emocional com os oitos domínios do SF-36, segundo classe funcional dos pacientes com IC em seguimento ambulatorial. Ribeirão Preto 2005-2006..... 63

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Diagrama de dispersão dos valores do MLHFQ total e da idade (em anos) dos 138 pacientes com IC em seguimento ambulatorial 58

Figura 2 - Diagrama de dispersão dos valores do MLHFQ total e o tempo de seguimento ambulatorial (em meses) dos 138 pacientes com IC em seguimento ambulatorial 59

LISTA DE ABREVIAÇÕES

CF – NYHA:	classe funcional segundo NYHA – New York Heart Association
D.P.:	desvio padrão
FEVE:	Fração do Ventrículo Esquerdo
HCFMRP – USP:	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
IC:	Insuficiência Cardíaca
MLHFQ:	Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire
SF – 36:	Medical Outcomes Short-Form 36 items
NA:	não se aplica
QV:	Qualidade de vida
QVRS:	Qualidade de Vida relacionada à Saúde

LISTA DE SÍMBOLOS

r – coeficiente de correlação de Pearson

α – alpha de Cronbach

p – nível de significância

RESUMO

PELEGRINO, V. M. **Avaliação do estado de saúde percebido e do impacto da insuficiência cardíaca por pacientes em seguimento ambulatorial.** 2008. 127f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma doença crônica e incapacitante de alta morbi-mortalidade que provoca mudanças na qualidade de vida relacionadas à saúde (QVRS). Foi realizado um estudo descritivo, correlacional tipo corte transversal com 138 pacientes com IC em seguimento ambulatorial com os objetivos de avaliar: o estado geral de saúde por meio do Medical Outcomes Survey 36 – Item Short-Form (SF-36), o impacto da IC na vida diária utilizando o Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ) e analisar as relações entre essas duas variáveis e do estado de saúde percebido e do impacto da IC com variáveis sócio-demográficas e clínicas. Os dados foram coletados por entrevistas e, posteriormente, processados e analisados por meio de estatística descritiva, teste de correlação de Pearson, teste t e ANOVA para comparação entre os grupos e análise da consistência interna dos instrumentos usados (α de Cronbach). O nível de significância foi de 0,05. Como resultados constatamos que a maioria dos pacientes era do sexo masculino, com idade média de 56 anos, casados, baixa escolaridade e aposentados com renda média mensal individual de dois salários mínimos. Clinicamente, apresentaram IC secundária à miocardiopatia Dilatada Idiopática seguida da miocardiopatia Chagásica com classe funcional (CF-NYHA) II e III, grave disfunção sistólica, ou seja, menor valor da fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) e com outras doenças associadas. Os instrumentos apresentaram, em sua maioria, consistência interna satisfatória (0,44 a 0,88 para o SF-36 e 0,78 a 0,93 para o total do MLHFQ e suas dimensões). A avaliação dos valores do SF-36 pode variar de zero a 100 com maiores valores indicando melhor estado de saúde percebido enquanto a avaliação dos valores

do MLHFQ varia de zero a 105 com maiores valores indicando maior impacto da IC na vida diária dos pacientes. Os resultados foram apresentados em média e desvio-padrão. Os componentes mais comprometidos do SF-36 foram os *Aspectos físicos* (36,8±41,2) e *Aspectos emocionais* (47,6±43,9). O MLHFQ obteve valor de 35,8 (±24,9) para o total, 13,6 (±11,5) para dimensão física e 8,3 (±6,7) para a emocional. A correlação entre os instrumentos foi de forte magnitude e todas estatisticamente significantes. O impacto da IC na vida das mulheres (41,2±24,3) foi maior que os homens (32,2±24,9). A correlação entre o MLHFQ e idade e tempo de seguimento ambulatorial apresentou-se negativa e fraca, mas estatisticamente significante apenas para o tempo. As correlações do MLHFQ total e as variáveis clínicas foram estatisticamente significantes. O impacto da IC tende a aumentar com menor FEVE e maior CF-NYHA. O estado de saúde percebido e o impacto da IC na vida diária estavam moderadamente comprometidos. Quanto pior a percepção sobre o estado geral de saúde mais os pacientes com IC sentem o impacto dessa condição crônica de saúde sobre sua vida diária. Os pacientes com IC apresentaram comprometimento no seu estado de saúde percebido e sofreram com o impacto dessa doença em suas vidas diárias afetando a qualidade de vida. Mensurar a qualidade de vida relacionada à saúde permite a identificação de aspectos relevantes percebido pelos pacientes. A utilização dessas medidas, ou seja, o estado de saúde percebido e o impacto da IC na vida diária tornam-se uma ferramenta na identificação desses aspectos. Os resultados advindos dessas medidas poderão ser usados para subsidiar a assistência à saúde desses pacientes.

PALAVRAS CHAVES: Insuficiência Cardíaca Congestiva, Qualidade de Vida e Impacto da doença na qualidade de vida.

ABSTRACT

PELEGRINO, V. M**. Assessment of the perceived health condition and the impact of heart failure by outpatients.** 2008. 127f. Dissertation (Master's degree) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

Heart Failure (HF) is a chronic and debilitating condition of high morbidity and mortality that provokes changes in the health related quality of life (HRQL). A descriptive, correlational study type transversal cut with 138 outpatients with HF was performed with the objectives of assessing the general health condition by Medical Outcomes Survey 36 – Item Short-Form (SF-36), the impact of HF in daily life using the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ) and analyzing the relations between these two variables and the perceived health condition and the impact of HF with socio-demographic and clinical variables. The data were collected through interviews and, subsequently, processed and analyzed by descriptive statistics, test on Pearson's correlation, t-test and ANOVA for comparison among the groups and analyses of internal consistency of the used instruments (Cronbach's α). The level of significance was 0,05. It was found that the most patients were men, average age 56 years old, married, low rate of literacy and retired with two minimum wages as individual monthly minimum revenue. Clinically, they presented HF secondary to Idiopathic Dilated myocardiopathy followed by Chagas' myocardiopathy with functional class (CF-NYHA) II and III, serious systolic dysfunction, in other words, decreased value of left ventricular ejection fraction (LVEF) and with other related diseases. The instruments presented, mostly, satisfactory internal consistency (0,44 to 0,88 for SF-36 and 0,78 to 0,93 for the total MLHFQ and its dimensions). The assessment of the values of SF-36 may vary from zero to 100 with increased values indicating better perceived health condition and the MLHFQ assessment varies from zero to 105 with increased values indicating greater impact on daily patient's life. The results were presented in means and standard deviation. The most

impaired components of SF-36 were the physical (36,8±41,2) and emotional (47,6±43,9) aspects. The MLHFQ achieved the value 35,8 (±24,9) for the total; 13,6 (±11,5) for the physical dimension and 8,3 (±6,7) for the emotional dimension. The correlation among instruments had a strong importance and all were statistically significant. The impact of HF on women's lives (41,2±24,3) was more severe than on men's (32,2±24,9). The correlation among the MLHFQ, the age and time in an outpatient clinic was presented as negative and weak, but statistically significant only for the time. The total and clinical variables correlations of MLHFQ were statistically significant. The impact of HF tends to increase with decreased LVEF and increased CF-NYHA. The general perceived health condition and the impact of HF on daily life were reasonably impaired. The more the perception on the general health condition the more the patients with HF feel the impact of this chronic health condition on their daily life. It is more common in young women patients with decreased time in outpatient clinic and whose condition was more severe related to the systolic dysfunction and to the symptoms. These patients need greater attention from the health team during the outpatient clinical care, especially in the onset of the medical assistance.

KEY WORDS: Congestive Heart Failure, Quality of Life and Impact of the disease on quality of life.

RESUMEN

PELEGRINO, V. M. **Evaluación del estado de salud percibido y del impacto de la insuficiencia cardiaca de pacientes en seguimiento ambulatorio.** 2008. 127f. Tesis (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirao Preto, Universidad de Sao Paulo, Ribeirao Preto, 2008.

La Insuficiencia Cardiaca (IC) es una enfermedad crónica causante de incapacidad, de alta morbimortalidad que ocasiona cambios en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Fue realizado un estudio descriptivo, correlacional de tipo corte transversal con 138 pacientes con IC en atención ambulatoria con los objetivos de evaluar: el estado general de salud por medio del Medical Outcomes Survey 36 – Item Short-Form (SF-36), el impacto de la IC en la vida diaria utilizando el Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ) y analizar la relación entre esas dos variables y del estado de salud percibido y del impacto del IC con variables socio-demográficas y clínicas. Los datos fueron colectados por entrevista y, posteriormente, procesados y analizados por medio de estadísticas descriptivas, teste de correlación de Pearson, teste t y ANOVA para comparación entre grupos y análisis de la consistencia interna de los instrumentos usados (α de Cronbach). El nivel considerado significante fue 0,05. Como resultados constatamos que la mayoría de los pacientes era de sexo masculino, con edad media de 56 años, casados, de baja escolaridad y jubilados con renta mensual individual de dos sueldos mínimos. Clínicamente, presentaron IC secundaria a la miocardiopatía Dilatada Idiopática seguida de la miocardiopatía Chagásica con clase funcional (CF-NYHA) II y III, grave función sistólica o menor valor de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVE) y con otras enfermedades asociadas. La mayor parte de los instrumentos presentaron consistencia interna satisfactoria (0,44 a 0,88 para el SF-36 y 0,78 a 0,93 para el MLHFQ y sus dimensiones). La evaluación de los valores del SF-36 puede variar de cero a 100, siendo que mayores valores indican mejor estado de salud percibido y del MLHFQ varia de cero a 105, en el cual mayores valores indican mayor

impacto de la IC en la vida diaria de los pacientes. Los resultados fueron presentados en media y desvío estándar. Los componentes más comprometidos del SF-36 fueron los aspectos físicos (36,8±41,2) y emocionales (47,6±43,9). El MLHFQ tuvo valor de 35,8 (±24,9) para el total, 13,6 (±11,5) para la dimensión física y 8,3 (±6,7) para la emocional. La correlación entre los instrumentos fue de fuerte magnitud y todas estadísticamente significantes. El impacto del IC en la vida de las mujeres (41,2±24,3) fue mayor comparada a la de los hombres (32,2±24,9). La correlación entre MLHFQ, edad y tiempo de atención ambulatoria fue negativa y baja, pero estadísticamente significantes. El impacto del IC tiende a aumentar con menor FEVE y mayor CF-NYHA. El estado general de salud percibido y el impacto del IC en la vida diaria estaban moderadamente comprometidos. En cuanto peor la percepción sobre el estado general de salud más los pacientes con IC sienten el impacto de su condición crónica de salud sobre su vida diaria. Es mayor en paciente jóvenes del sexo femenino con menor tiempo de atención ambulatoria, principalmente en el inicio del seguimiento.

PALABRAS-CLAVE: Insuficiencia Cardiaca Congestiva, Calidad de Vida, Impacto de la enfermedad en la calidad de vida.

Introdução

1. INTRODUÇÃO

1.1 – Apresentação do tema

A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma doença crônica, incapacitante, de alto custo hospitalar, resultante de várias etiologias e que pode ser a via final da maioria das doenças cardíacas. Dentre as doenças cardiovasculares, a IC está sendo reconhecida como um problema crescente de saúde pública podendo causar limitações na vida dos pacientes e também provocar mudanças na qualidade de vida dessas pessoas.

No Curso de Especialização em Enfermagem Clínico-Cirúrgica na área de Cardiologia, modalidade Residência, oferecido pelo Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, uma das atividades programadas era o acompanhamento de pacientes com IC atendidos no ambulatório de IC da Divisão de Cardiologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP). Esses pacientes participavam de um grupo educativo conduzido por vários profissionais, entre eles os enfermeiros. Nos encontros realizados antes da consulta médica, os pacientes recebiam orientações relacionadas à doença, ao tratamento medicamentoso, atividade física, alimentação, atenção social e psicológica. No decorrer dessa atividade, pudemos perceber que os pacientes sofrem de maneira significativa com o impacto dessa doença, o que pode comprometer a qualidade de suas vidas.

Assim, decidimos realizar esse estudo para investigar a percepção desse pacientes sobre o impacto da IC em suas vidas. Acreditamos que, uma melhor compreensão do impacto da IC na vida desses pacientes poderá subsidiar o planejamento da assistência de enfermagem no cuidado desses indivíduos na trajetória da doença cardíaca.

1. 2 - Revisão de literatura

1.2.1 - Insuficiência Cardíaca: aspectos fisiopatológicos e epidemiológicos

A IC é definida como uma síndrome clínica na qual uma desordem estrutural ou funcional do coração leva à diminuição da capacidade do ventrículo de ejetar e/ou de se encher de sangue nas pressões de enchimento fisiológicas (FELKER et al., 2003). A disfunção sistólica é a causa mais comum de IC e caracteriza-se por baixa fração de ejeção e ventrículo dilatado (BRAUNWALD; STEVENSON, 2000).

A fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE), medida pelo ecocardiograma, pode ser registrada nos seguintes intervalos: >55% ou função sistólica normal, 45-55% ou disfunção sistólica leve, 30-44% ou disfunção sistólica moderada e <30% ou disfunção sistólica grave. A IC com função sistólica ventricular esquerda preservada é definida por fração de ejeção do ventrículo esquerdo ≥45% (ZILE; BRUTSAERT, 2002). Após o desenvolvimento de disfunção ventricular, a IC usualmente progride de forma imprevisível e com piora dos sintomas (ROSSI NETO, 2004).

A disfunção do ventrículo esquerdo inicia-se com alguma lesão no miocárdio e é usualmente um processo progressivo, até mesmo na ausência de novas lesões para o miocárdio. A principal manifestação dessa progressão é conhecida como processo de remodelamento, o qual decorre de mecanismos homeostáticos que atuam para diminuir o estresse da parede cardíaca. Isso geralmente resulta em mudanças na geometria do ventrículo esquerdo com dilatação e hipertrofia das câmaras cardíacas. O processo de remodelamento precede o desenvolvimento dos sintomas, ocasionalmente, por meses e até mesmo anos. Porém ele continua com o surgimento dos sintomas e pode contribuir de forma importante para a piora dos sintomas apesar do tratamento (HUNT et al., 2001).

O principal fator de risco para o desenvolvimento da IC nos Estados Unidos é a doença isquêmica do coração, responsável por quase 60% dos casos novos da IC. No Brasil, além dos fatores que acometem os indivíduos de outros países, temos a doença de Chagas e a doença reumática como causas da IC (ROSSI NETO, 2004).

Os fatores de riscos para IC diferem entre homens e mulheres sendo a doença isquêmica a causa mais comum de IC em homens de todas as idades e mulheres jovens (STROMBERG; MARTENSSON, 2003).

Latado et al. (2005) apresentam uma lista de etiologias da IC: a) cardiopatia isquêmica pela presença de infarto do miocárdio prévio, angina de peito, revascularização coronariana prévia por angioplastia percutânea ou cirurgia, ou coronariografia que demonstraram obstruções arteriais críticas em ramos epicárdicos; b) cardiopatia hipertensiva, definida como história de hipertensão arterial sistêmica de longa data sem adequado controle pressórico ou uso prolongado de anti-hipertensivos, associada à presença de hipertrofia miocárdica ao eletrocardiograma ou ecocardiograma; c) cardiopatia valvular, definida como uma história de doença valvular prévia ou com base em resultados de ecocardiograma; d) doença de Chagas, definida por testes sorológicos positivos; e) miocardiopatia idiopática, quando dilatação e disfunção ventriculares estiverem presentes, na ausência de outra causa evidente; f) miocardite viral pela presença de disfunção ventricular esquerda e cintilografia miocárdica com gálio-67 ou biópsia endomiocárdica, sugestivas de anormalidades inflamatórias transitórias. Há ainda autores que simplesmente classificam sua etiologia em isquêmica e não isquêmica (ROSSI NETO, 2004).

Em um estudo realizado por Mendez e Cowie (2001) com o objetivo de se conhecer as principais etiologias da IC em países em desenvolvimento, os autores constataram que, no Brasil, as etiologias mais comum eram: Cardiopatia Isquêmica (33%), Miocardiopatia

Idiopática Dilatada (26%), Reumática (22%), Hipertensiva (7%) e Miocardiopatia Chagásica (6%).

Independentemente de sua etiologia, a IC trata-se de uma síndrome crônica, progressiva e sem cura até o momento (ROSSI NETO, 2004). E após o desenvolvimento da disfunção ventricular, a IC usualmente progride de forma inexorável até a morte, fazendo-se necessárias as medidas preventivas antes do seu início ou de forma precoce no curso da progressão da disfunção ventricular (ROSSI NETO, 2004).

No entanto, o mecanismo responsável para a intolerância à atividade física em pacientes com IC associada à disfunção sistólica, não está bem definido. Os pacientes com baixa fração de ejeção podem estar assintomáticos, enquanto que pacientes com fração de ejeção do ventrículo esquerdo preservada podem apresentar grave incapacidade. A aparente desordem entre a gravidade da disfunção sistólica e os estágios funcionais da IC não estão bem conhecidos apesar de intensas investigações nessa área (HUNT et al., 2001).

Os principais sintomas da IC refletem, em geral, as anormalidades hemodinâmicas. Inicialmente, essas anormalidades ocorrem durantes esforços intensos, a seguir durante atividades rotineiras e, por fim, em repouso. Quando a IC evolui lentamente para o estágio sintomático, o primeiro sinal é, em geral, dispnéia aos esforços ou fadiga. Os sintomas de pressões de enchimento elevadas (por exemplo, ortopnéia, edema ou distensão venosa de jugular) ou hipoperfusão sistêmica em repouso (por exemplo, membros frios ou pressão de pulso estreita) em repouso são mais específicos, porém costumam ocorrer em um estágio mais avançado da doença (BRAUNWALD; STEVENSON, 2000).

A ortopnéia é o sintoma mais sensível da IC. Embora, seja descrita como dispnéia em decúbito dorsal, ocasionalmente manifesta-se como tosse ou comprometimento grave do sono com respirações de Cheyne-Stokes (hiperventilações e hipoventilações cíclicas ou apnéia). A dispnéia paroxística noturna também reflete pressões elevadas de enchimento ventricular

esquerdo. Muitos pacientes com congestão venosa sistêmica relatam anorexia, saciedade precoce ou desconforto abdominal. Tais sintomas podem ocorrer mesmo na ausência de edema ou ascite, mas costumam ser acompanhados por hepatomegalia (BRAUNWALD; STEVENSON, 2000).

Ainda com relação à sintomatologia, a IC causa sintomas que conduzem a limitações funcionais durante as atividades da vida diária, provocar distúrbios psicológicos e ainda gastos com cuidados médicos e efeitos colaterais dos medicamentos. Desse modo, esses sintomas podem teoricamente mediar o impacto sobre a QV dos pacientes com IC (RECTOR; ANAND; COHN, 2006).

Tradicionalmente, a IC é classificada segundo a tolerância aos esforços físicos, conforme estabelecido pelo Criteria Commitee of the New York Heart Association (NYHA) em 1964 (KOPEL; LAGE, 2000). Essa é a classificação mais antiga e comumente utilizada para quantificar o grau de limitação funcional imposta pela IC sendo conhecida como classificação funcional. Os pacientes são distribuídos em diferentes classes funcionais, de acordo com o esforço: classe I (nenhuma limitação: sem sintomas e nenhuma limitação em atividades rotineiras); classe II (leve limitação das atividades físicas: sintomas leves e as limitações nas atividades rotineiras resultam em fadiga, dispnéia, palpitação ou angina. No entanto, os sintomas são confortáveis no repouso); classe III (limitação moderada na atividade física. Embora estejam confortáveis em repouso, atividades menos intensas que as ordinárias provocam o aparecimento dos sintomas); classe IV (limitações graves: incapacidade para realizar qualquer atividade física sem desconforto, sintomas presentes mesmo em repouso e qualquer atividade física induz ao aparecimento de desconforto progressivamente maior) (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2002).

Entretanto, a classificação da IC sofreu algumas alterações nos últimos anos. A classificação mais recente data de 2001 e foi formulada por um comitê formado por

representantes da The American College of Cardiology, The American Heart Association e também por representantes de periódicos internacionais que definiram, por consenso, quatro estágios da IC que enfatizam a evolução e a progressão da doença, dando muito valor à prevenção. Nessa classificação, considera-se desde pacientes potenciais para o desenvolvimento de IC, que ainda são assintomáticos e que não têm lesão em órgãos-alvo, até aqueles com IC refratária. Reconhece-se que existem fatores de risco e pré-requisitos estruturais para o desenvolvimento da IC e que a intervenção terapêutica, antes mesmo do aparecimento da disfunção ventricular esquerda ou dos sintomas, pode reduzir a morbi-mortalidade da IC (HUNT et al., 2001).

Foram determinados quatro estágios para a classificação da IC: estágio A (abrange os indivíduos com alto risco para desenvolver a IC), estágio B (refere aqueles com alguma desordem estrutural no coração, mas são assintomáticos), estágio C (pacientes com algum sintoma de IC no passado ou que apresentaram recentemente sintomas associados à disfunção estrutural cardíaca) estágio D (abrange os indivíduos em estágio final da doença que requerem tratamento especializado como suporte circulatório, infusão de drogas inotrópicas, transplante cardíaco ou cuidado hospitalar). No entanto, essa classificação foi considerada como tendo uma função complementar, não devendo substituir a classificação proposta pela NYHA (HUNT et al., 2001).

Uma outra classificação existente define a IC como sendo: nova, crônica, aguda, descompensada ou com exacerbação dos sintomas. A forma crônica tem seu fundamento na ativição neuro-humoral, enquanto que a descompensada baseia-se na hipovolemia, no baixo débito cardíaco e no edema agudo de pulmão (ROSSI NETO, 2004).

Neste estudo, adotaremos a classificação da NYHA, por ser essa uma classificação de fácil compreensão, frequentemente encontrada em vários estudos e que tem sido utilizada para avaliar o estado funcional, pois apresenta uma combinação de sintomas físicos e limitações

dos pacientes com IC. Esta também é a classificação adotada pela Divisão de Cardiologia do HCFMRP-USP, local onde foi realizado este estudo.

Em muitos pacientes, a IC sintomática é precipitada por um distúrbio agudo que exerce uma carga hemodinâmica extra sobre o coração (BRAUNWALD; STEVENSON, 2000). Na IC não se usa o termo IC aguda para exarcebações dos sintomas, pois muitos pacientes desenvolvem os sintomas de forma gradual, mas usa-se o termo descompensação. A descompensação da IC é definida como o aparecimento de novos sinais e sintomas, ou a piora dos já existentes como a dispnéia, fadiga e edema, levando o indivíduo a buscar atendimento de emergência e a necessidade de hospitalização (FELKER et al., 2003).

O curso clínico de IC é marcado por períodos de estabilidade relativa e episódios de descompensação. Embora os pacientes voltem à estabilização clínica, após tratamento eficaz de uma exacerbação, muitos desenvolvem episódios repetidos com freqüência crescente e piora da doença subjacente. No passado, essa progressão era vista como inevitável, porém, atualmente os avanços terapêuticos, como o uso de drogas beta bloqueadoras, têm ajudado a minimizar a progressão da doença. Em geral, as causas de descompensação podem ser atribuídas a fatores relacionados ao paciente (por exemplo, o descumprimento da terapêutica médica), à ocorrência de problemas agudos (por exemplo, arritmias, infecções ou infarto) e a própria progressão da doença subjacente. A IC descompensada é comum e altamente mórbida podendo acometer desde jovens até idosos (FELKER et al., 2003).

O reconhecimento, o rápido tratamento e, quando possível, a prevenção dos fatores que causam ou exarcebam a IC, são cruciais ao manuseio dessa doença. Devem-se controlar as condições que podem acelerar a progressão da doença, como hipertensão, uso do álcool e, no caso da doença arterial coronária, fatores de risco para aterosclerose (TIMERMAN; PEREIRA, 2000).

Nos estágios assintomáticos enfatiza-se a interrupção da evolução da doença, enquanto que nos estágios mais avançados de descompensação da IC tem-se por objetivo o alívio dos sintomas.

Dependendo da gravidade clínica dos sintomas de descompensação, o tratamento das causas precipitantes ou subjacentes deve ser realizado junto com o ajuste da terapia farmacológica (BRAUNWALD; STEVENSON, 2000).

Avanços recentes na terapia para IC têm melhorado a capacidade funcional e a sobrevivência de muitos pacientes com sintomas leves e moderados (SIN et al., 2004). O seu tratamento atual baseia-se na remoção da causa subjacente para a detecção das causas tratáveis, reconhecimento e remoção de causas precipitantes, pois o rápido tratamento e quando possível à prevenção dos fatores que causam ou exacerbam a IC como infecções, arritmias embolia pulmonar, são cruciais ao manuseio com sucesso da IC. O tratamento farmacológico inclui: digitálicos, diuréticos, nitratos, antagonistas dos canais de cálcio, bloqueadores alfa e beta-adrenérgicos, vasodilatadores, inibidores da enzima de conversão da angiotensina, antagonistas dos receptores de angiotensina II, anticoagulantes, antiarrítmicos. Ainda considera-se o uso de procedimentos terapêuticos com o uso de balão intra-aórtico, transplante cardíaco, terapia de ressincronização cardíaca, marcapasso e desfibrilador implantável. Quanto ao tratamento não-farmacológico, o que inclui as modificações no estilo de vida relacionadas à dieta (redução da ingestão excessiva de líquidos, sódio e álcool), atividade física (participação em programas de condicionamento físico), atividade sexual (praticada em fase assintomática ou oligossintomática, melhora a auto-estima e a qualidade de vida) e atividade laborativa (deve ser mantida, a não ser nos casos graves, onde deve ser amenizada ou até suspensa) (TIMERMAN; PEREIRA, 2000).

No tratamento farmacológico, a escolha e combinações de drogas dependem do estágio da doença, da etiologia e gravidade da IC. A combinação de drogas para o tratamento

básico da disfunção sistólica são inibidores da enzima conversora de angiotensina, diuréticos e beta-bloqueadores. A meta desse tratamento é reduzir o aumento da pressão bem como reduzir níveis de ativação neurohormonal e melhorar a função cardíaca. Na disfunção diastólica, o tratamento visa melhorar o relaxamento e o enchimento ventricular bem como reduzir os sinais de sobrecarga cardíaca. Para complementar o regime farmacológico é importante: monitorar os sinais e sintomas da IC e mudanças no estilo de vida como redução de sal na alimentação, restrição hídrica, cessação do fumo, restrição ou abstinência de álcool, profilaxia das infecções, controle diário do peso e exercícios (STROMBERG; MARTENSSON, 2003).

Por ser um tratamento de natureza complexa, há uma grande proporção de pacientes não aderentes. Por exemplo, a quantidade de comprimidos necessários é uma das principais razões para a falta de aderência e a isso se pode somar o custo dessas drogas. Em termos de saúde pública, a falta dos medicamentos considerados básicos aumenta a chance de complicações e do número de passagens pelo setor de emergência e internações hospitalares. Por isso, devem ser buscadas alternativas, por exemplo, a escolha do tratamento poderá ser baseada em características individuais de cada paciente, uma droga pode ser trocada por outra mais eficaz, otimizar o tratamento não-farmacológico e aperfeiçoar programas multidisciplinares de aconselhamento e seguimento da doença (ROSSI NETO, 2004).

De modo geral, o tratamento de pacientes com IC tem como objetivos melhorar a qualidade e prolongar a vida, além de evitar ou atenuar a progressão dessa síndrome (TIMERMAN; PEREIRA, 2000).

Com relação aos aspectos epidemiológicos, a IC afeta de 1% a 2% da população mundial, aproximadamente 23 milhões de pessoas possuem IC e 2 milhões de novos casos são diagnosticados a cada ano (ROSSI NETO, 2004). Nos países ocidentais, ela é responsável por 3% do orçamento nacional destinado à saúde, e 60% a 70% desses custos são decorrentes

de hospitalizações. Nos últimos 20 anos, ela tornou-se um importante problema de saúde pública, atingindo proporções epidêmicas no Brasil e em muitos outros países (BUCK; ARTEGA; TIRONE, 2003).

Segundo dados do Ministério da Saúde, existem, atualmente, cerca de dois milhões de pacientes com insuficiência cardíaca no Brasil, com incidência de 240 mil casos por ano. Por causa dessa alta prevalência, a insuficiência cardíaca representa a principal causa de internação de origem cardiovascular. Cerca de um terço dos internados no SUS possui o diagnóstico de insuficiência cardíaca (BUCK; ARTEGA; TIRONE, 2003). Em 2006, foram realizadas 299.435 internações por IC, sendo que a taxa de internações na faixa etária de 40 anos ou mais foi de 62,4%. Ocorreram aproximadamente 24 mil óbitos nesse ano e a taxa de mortalidade por IC foi de 8% (DATASUS, 2007).

Quanto ao custo da IC no Brasil, foi realizado um estudo que estimou a utilização e valoração de recursos, no período de 12 meses, nos pacientes em seguimento ambulatorial de Cardiologia da Universidade Fluminense. Foram incluídos 70 pacientes e computados custo direto (aqueles resultantes das intervenções: internação hospitalar, exames complementares, medicamentos, honorários profissionais, custos operacionais e transporte dos pacientes ao hospital) e estimativa do custo indireto. Os autores constataram um alto custo anual, cerca de 450 mil reais por paciente, e desse montante 39,73% eram destinados às hospitalizações, 38,93% para os medicamentos, 18,50% aos exames complementares e 2,84% às consultas ambulatoriais (ARAÚJO et al., 2005).

A comparação da mortalidade e os gastos com IC representam para o SUS quase que 75% dos atendimentos na área de saúde (ROSSI NETO, 2004). As hospitalizações, primária ou recorrente, contribuem significativamente para o aumento destes custos e a piora na QV (SHIVELY et al., 2005).

O aumento na prevalência da IC associa-se ao aumento do número de hospitalizações por descompensação dessa doença. Estima-se que o risco de morte ou re-hospitalização para IC varia de 30 a 60%, dependendo da população (FELKER et al., 2003).

A IC tem custo socioeconômico e hospitalar elevado, envolvendo gastos com medicamentos, internações repetidas, perda de produtividade, aposentadorias precoces, eventuais cirurgias e, ocasionalmente, transplante cardíaco. Representa sério e importante problema de saúde púbica, sendo uma das grandes preocupações dos programas de saúde voltados aos indivíduos com doenças cardiovasculares (BUCK; ARTEGA; TIRONE, 2003).

Contudo, a incidência e prevalência da IC têm aumentado sendo esperado elevação dessas taxas em um futuro próximo, devido ao envelhecimento da população e ao aumento da sobrevida das pessoas com doença arterial coronariana, considerada uma das principais causas da IC (STROMBERG; MARTENSSON, 2003). A existência de melhores tratamentos para o infarto agudo do miocárdio, da hipertensão arterial sistêmica e da própria IC, faz com que haja maior sobrevida dos doentes. Consequentemente ocorre o aumento do número de pessoas e de internações hospitalares com IC. Portanto, é de se esperar maior taxa de morbidade e de mortalidade e maior custo no tratamento da IC (ROSSI NETO, 2004).

No entanto, um dado preocupante levantado por Rossi Neto (2004) demonstra o declínio ao longo dos anos do número de internações por IC no Brasil. Apesar dessa aparente redução, a mortalidade hospitalar vem aumentando tanto de forma global como nos pacientes com mais de 65 anos de idade. Com certeza a melhora do tratamento justifica essa queda, já que a mortalidade vem aumentando. Portanto, a falta de vagas para internação de pacientes com IC ou a substituição por doenças menos onerosas ou por complicações de doenças que poderiam ser prevenidas podem ser as responsáveis pelo declínio, fazendo com que muitos pacientes com IC recebam tratamento inadequado, o que projeta para o futuro uma epidemia sem precedentes.

As principais lideranças mundiais e nacionais, já há algum tempo, vêm alertando para a situação atual da IC no mundo, classificando-a como uma epidemia de proporções incertas e que necessita de uma resposta global. No Brasil, vive-se a possibilidade da instalação dessa pandemia, principalmente, pelo fato de não estarmos preparados para lidar com o envelhecimento de nossa população, tanto do ponto de vista clínico como do ponto de vista sócio-econômico. Devemos implementar políticas de saúde que visem à prevenção do desenvolvimento da IC, assim como à disponibilidade de medidas terapêuticas eficazes para a população em geral. Essas medidas podem parecer, a princípio, que aumentam o custo do tratamento da IC, mas trata-se de uma síndrome crônica, progressiva e sem cura, até o momento (ROSSI NETO, 2004).

Para a IC, a meta do tratamento não é somente prolongar a vida, mas também aliviar os sintomas e melhorar as funções (DUNDERDALE et al., 2005) bem como melhorar a sobrevida, a atividade física e a qualidade de vida (QV) (STROMBERG; MARTENSSON, 2003). Assim, diminuir o impacto negativo dessa doença na vida dos indivíduos deve ser um dos principais objetivos dos profissionais de saúde. Melhorar a QV é uma meta importante na terapêutica e isto tem sido visto como um resultado importante a ser medido em pesquisas clínicas (DUNDERDALE et al., 2005).

1.2.2 - O estado de saúde percebido e o impacto da IC na vida diária

O estado de saúde percebido e o impacto da IC na vida dos pacientes são considerados como indicadores da QV (CICONELLI et al, 1999, SNEED et al., 2001; KASPER et al., 2002; ARTINIAN et al., 2003; KOUKOUVOU et al., 2003; MEYER; LAEDERACH-HOFMANN, 2003; RIEGEL et al., 2003a; BADANO et al., 2004; GOTTLIEB et al., 2004; HAK et al., 2004; JENG et al., 2004; PARAJÓN et al., 2004; CALVERT; FREEMANTLE;

CLELAND, 2005; DUCHARME et al., 2005; DOURADO et al., 2006) ou da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) (COWLEY et al., 2000; MIDDLEL et al., 2000; BENNETT et al., 2002; EKMAN; FAGERBERG; LUNDMAN, 2002; RIEGEL et al., 2002; RIEGEL et al., 2003b; HEO et al., 2005; RODRÍGUEZ-ARTALEJO et al., 2005; SHIVELY et al., 2005; SCATTOLIN, 2006; ZAMBROSKI et al., 2006; SACCOMANN; CINTRA; GALLANI, 2007) dos pacientes dependendo do conceito usado pelos autores.

No contexto dos estudos clínicos as investigações sobre QV estão centradas, predominantemente, na evolução dos aspectos que são afetados pela doença em si e/ou pelo seu tratamento e não nos aspectos mais globais de QV. Assim, o termo qualidade de vida relacionado à saúde (da expressão em inglês Health-related quality of life) é usado para diferenciar os aspectos relevantes para os profissionais da saúde daqueles com sentido mais amplo. Esses aspectos devem incluir tanto os benefícios como os prejuízos da terapêutica adotada, tais como os efeitos colaterais e a toxicidade das drogas. Muitas vezes o tratamento indicado para as doenças crônicas não visam à cura, mas o alívio dos sintomas ou aumento da sobrevida (FAYERS; MACHIN, 2007).

Assim, QVRS abrange aqueles aspectos do bem estar auto-percebido que estão relacionados à, ou que são afetados pela presença da doença e/ou do tratamento. Avaliações da qualidade de vida relacionadas à saúde medem alterações na saúde física, funcional, mental e social, a fim de analisar os custos humanos e financeiros bem como os benefícios de novos programas e intervenções terapêuticas (FAYERS; MACHIN, 2007).

Os aspectos relevantes podem variar de um estudo a outro, mas, geralmente, incluem saúde geral, capacidade física, sintomas e toxicidade, estado emocional, capacidade cognitiva, bem-estar social e funcional, função sexual e questões existenciais (FAYERS; MACHIN, 2007).

A QVRS também é considerada como sinônimo do termo "estado de saúde percebido" (perceived health status) o qual inclui três grandes domínios: físico, psicológico e social. O domínio físico inclui os aspectos da capacidade funcional e capacidade para o trabalho. O domínio psicológico está relacionado à satisfação, bem estar, auto-estima, ansiedade e depressão. O domínio social comporta aspectos da reabilitação para o trabalho, lazer, interação social e familiar (PASCHOAL, 2000; FAYERS; MACHIN, 2007).

Atualmente, a expressão que vem sendo utilizada como sinônimo de QVRS é a dos resultados relatados pelo paciente (patient-reported outcomes). A discussão desses resultados tem ocorrido nos encontros organizados pela International Society of Quality of Life (ISOQOL) (FAYERS; MACHIN, 2007).

No Brasil, como em outros países, vêm crescendo o interesse por essa temática entre enfermeiros e demais profissionais da saúde que cuidam de indivíduos com condições crônicas como os indivíduos com IC.

Para muitos pacientes com IC avançada, a qualidade diária de suas vidas pode ser tão importante quanto à sua sobrevivência (LEWIS et al., 2001). A melhora da qualidade de vida envolve diferentes aspectos como o estado físico, emocional, social, além dos sintomas (BENNETT et al., 2002).

Essa melhoria passou a ser um dos resultados esperados, tanto das práticas assistenciais quanto das políticas públicas para o setor nos campos da promoção da saúde e da prevenção de doenças. Ela tem sido utilizada tanto para avaliação da eficiência, eficácia e impacto de determinados tratamentos para grupos com agravos diversos, quanto para comparação entre procedimentos para o controle de problemas de saúde (SEIDEL; ZANNON, 2004).

Concordamos com Meneguin (2001) ao afirmar que as informações sobre qualidade de vida subjetivamente percebida pelos pacientes, sem desconsiderar a importância das

avaliações clínicas e funcionais, podem enriquecer os dados obtidos pelo profissional, uma vez que considera a percepção desses indivíduos sobre as repercussões da doença e do tratamento em suas vidas.

Assim, a compreensão da QVRS juntamente com a mortalidade e as hospitalizações tornam-se importantes objetivos nos estudos com pacientes com IC. Quanto às restrições impostas pela doença estão à dificuldade em executar um trabalho, manter uma atividade sexual, diminuição progressiva da autoconfiança, efeito das medicações e hospitalização recorrentes. A IC é uma das condições crônicas que mais afeta a vida dos pacientes por isso existe o interesse de se estudar o impacto da doença e suas correlações (PARAJÓN et al., 2003). Pode-se considerar que a compreensão, segundo os próprios pacientes, do impacto da doença e do tratamento sobre suas vidas está sendo amplamente reconhecida como um tópico de pesquisa em estudos clínicos e epidemiológicos (CICONELLI et al., 1999).

A avaliação da QV/QVRS/estado de saúde percebido de indivíduos em condições crônicas têm sido feita por meios de instrumentos desenvolvidos para esse fim por diferentes pesquisadores.

Essas avaliações contemplam vários aspectos tais como aqueles associados com a atividade da vida diária, como o trabalho, recreação, cuidados domésticos e relacionamentos com família, amigos e grupos sociais. Os instrumentos de QVRS consideram não somente as habilidades para exercer tais funções, mas também incluem a satisfação decorrente dessas habilidades (JACKOWSKI; GUYATT, 2003).

No estudo realizado por Sneed et al (2001), os participantes relacionaram QV à capacidade de desempenharem atividades, mais especificamente, relacionaram atividades físicas que eles poderiam fazer para manter o emprego, passatempos, recreação, família e relações sociais. Para esses pacientes, os sintomas e prejuízos imposto pela IC (e outras doenças associadas) eram os fatores principais que foram relacionados à QV.

Desse modo, esses instrumentos de mensuração da QVRS tendem a manter o caráter multidimensional e avaliam, ainda, a percepção geral de QV, embora a ênfase habitualmente recaia sobre sintomas, incapacidades ou limitações ocasionadas por enfermidades (SEILD; ZANNOM, 2004). O propósito dos instrumentos de QVRS é medir a subjetividade da presença ou da gravidade da doença e dos seus sintomas e mostrar como as manifestações de uma doença ou tratamento são sentidas por um indivíduo (SNEED et al., 2001).

As medidas de avaliação de QVRS podem ser classificadas como genéricas, se usam questionários de base populacional sem especificar patologias, sendo mais apropriadas aos estudos epidemiológicos, de planejamento e de avaliação do sistema de saúde. Ou podem ser classificadas como específicas, em geral, com instrumentos que abordam situações relacionadas à QV cotidiana dos indivíduos, subseqüente à experiência de doenças, agravos ou intervenções médicas. Esses instrumentos são relacionados às condições crônicas específicas tais como o câncer, diabete, doença coronariana e cerebrovascular, Parkinson e outros problemas do sistema nervoso central, hepatites, artrites crônicas, asma brônquica e outras doenças respiratórias ou a conseqüências crônicas (seqüelas ou medidas curativas e reabilitadoras) de doenças ou agravos agudos, como problemas neurológicos pós-traumáticos, transplantes, uso de insulina e outros medicamentos de uso prolongado (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Assim, os pesquisadores escolhem instrumentos genéricos ou específicos para avaliarem a QVRS. Ambas as medidas tem vantagens e desvantagens que particularmente servem para alcançar metas diferentes dentro de um mesmo estudo (JACKOWSKI; GUYATT, 2003).

Os instrumentos genéricos são uma das medidas de avaliação do estado geral de saúde geral, sintomas físicos, dimensão emocional e funcional da saúde. Essa amplitude de englobar aspectos importantes da saúde dos indivíduos prejudica investigações profundas sobre cada

área da vida. Tais instrumentos são úteis para comparar estado de saúde de indivíduos com diferentes condições crônicas, gravidades, intervenções em alguns casos, culturas. Como desvantagem, eles não são sensíveis para descobrir mudanças pequenas, mas importantes na QVRS dos pacientes (JACKOWSKI; GUYATT, 2003).

Middel et al. (2001) afirmam que a vantagem dos instrumentos genéricos são o de apresentarem um alcance maior e podem ser usados em muitas populações com grande variedade de doenças. A desvantagem está nos aspectos gerais da QVRS que pode não ser significantes para doenças específicas e resultam em uma avaliação menos válida do conceito de QVRS, por exemplo, em grupos de pacientes com condições crônicas. Avaliar somente aqueles aspectos da QVRS para determinada condições resulta em um instrumento curto que pode ser sensível para detectar mudanças em grupo de pacientes com doenças específicas após intervenção. A desvantagem está na dificuldade para comparar os resultados dessas avaliações com aqueles obtidos em outras populações.

As medidas genéricas de avaliação da QVRS não são capazes de dizer exatamente, para o profissional de saúde, o que fazer; entretanto, são capazes de demonstrar se os indivíduos conseguem executar determinadas atividades, e como eles se sentem quando as estão praticando. As aplicações repetidas desses instrumentos no decorrer de um período podem definir a melhora ou piora do paciente em diferentes aspectos, tanto físicos como emocionais, tornando-se úteis para a avaliação de determinada intervenção terapêutica (CICONELLI et al.,1999).

Segundo Fayers e Machin (2007), os instrumentos genéricos de avaliação de QVRS mais freqüentemente utilizados pelos pesquisadores são: o Medical Outcomes Studies 36-item Short-Form (SF-36), o Nottingham Health Profile e o Sickness Impact Profile. A escolha de um instrumento tem sido feita para estudar a variável QVRS em diferentes populações de indivíduos com condições crônicas de saúde. Por exemplo, o SF-36 foi desenvolvido com o

propósito de avaliar o estado geral de saúde dos indivíduos, independente da idade, doença ou grupo de tratamento (WARE; SHERBOURNE, 1992).

As medidas específicas de QVRS são usadas para indagar sobre os aspectos físico, mental e social afetados pela doença, permitindo questões para descobrir mudanças pequenas e importantes. Devido às suas especificidades eles não permitem comparações entre doenças diferentes (JACKOWSKI; GUYATT, 2003).

Dessa maneira, os instrumentos específicos são elaborados para avaliar o impacto de uma determinada doença (e também seu tratamento) sobre a vida dos pacientes. Temos como exemplo, os instrumentos desenvolvidos especificamente para pacientes com doenças crônicas, como o câncer, epilepsia ou cardiopatias, entre elas a insuficiência cardíaca. Como exemplo de instrumento criado para avaliar o impacto da IC na vida dos doentes, tem o Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire desenvolvido por Rector, Kubo e Cohn (1987).

Eles também avaliam, de maneira individual e específica, determinados aspectos da QVRS como as funções físicas, sexual, o sono e a fadiga (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Assim, um grande número de instrumentos tem sido desenvolvido para avaliar QVRS ou estado de saúde percebido. Como os dois tipos de instrumentos fornecem informações diferentes, eles podem ser empregados concomitantemente. Os genéricos podem abordar o perfil de saúde ou não e procuram englobar todos os aspectos importantes relacionados à saúde, refletindo o impacto de uma doença sobre o indivíduo. Podem ser usados para estudar indivíduos da população geral ou de grupos específicos, como aqueles com condições crônicas de saúde. Eles permitem comparar a QVRS de indivíduos sadios com indivíduos doentes, indivíduos com a mesma condição de saúde vivendo em diferentes contextos sociais e culturais. Como desvantagem não são sensíveis na detecção de aspectos particulares e

específicos da QV que são afetados por uma determinada doença e/ou seu tratamento (FAYERS; MACHIN, 2007).

Porém, o uso dos dois instrumentos pode ajudar a avaliar a QVRS mesmo que haja presença de comorbidades. Estes instrumentos têm sido utilizados inclusive para pacientes com IC (GUYATT, 1993).

Segundo Sneed et al. (2001), alguns autores sugerem o uso de instrumento de avaliação global da saúde ou genéricos em pesquisas sobre a QVRS em pacientes com alguma condição crônica de saúde porque os resultados podem ser comparados com populações saudáveis. Porém, instrumentos específicos focalizam as percepções dos pacientes sobre os efeitos de uma doença na vida diária e são mais sensíveis as mudanças da doença. O uso desses instrumentos pode ser clinicamente útil para quantificar a melhora ou regressão do impacto da IC.

A percepção do estado geral de saúde de pacientes com IC têm sido investigada por meio de instrumentos genéricos, específicos ou suas associações. Entre os instrumentos genéricos usados destacam-se o SF-36 (MIDDEL et al., 2001; SNEED et al., 2001; EKMAN; FAGERBERG; LUNDMAN et al., 2002; MEYER; LAEDERACH-HOFMANN, 2003; GOTTLIEB et al., 2004; JENG et al., 2004; RODRÍGUEZ-ARTALEJO et al., 2005; SHIVELY et al., 2005), EuroQol-5D (LAINSCAK; KEBER, 2003; CALVERT; FREEMANTLE; CLELAND, 2005), SF-12 (BENNETT et al., 2002) e Sickness Impact Profile (COWLEY et al., 2000).

O SF-36 está sendo usado satisfatoriamente em estudos com pacientes de IC e essa avaliação genérica produz uma representação global sobre a QVRS dos pacientes. Contudo, os pacientes com IC apresentam outras comorbidades que não podem ser detectadas pelo instrumento genérico. O uso de instrumentos genéricos, como o SF-36, para a avaliação das diferenças ou mudanças na QVRS em pacientes com IC, podem levar a conclusões incorretas,

pois a natureza imprecisa dessas medidas pode encobrir um aspecto particular que pode ser de fundamental importância para o grupo de pacientes que está sendo estudado. Os instrumentos específicos concentram áreas particulares de relevância para determinado grupo e devem ser usado em conjunto com questionários genéricos (DUNDERDALE et al., 2005).

De acordo com a revisão de literatura realizada por Dunderdale et al. (2005) os instrumentos específicos utilizados para mensurar a QVRS dos pacientes com IC foram: Quality of Life in Severe Heart Failure Questionnaire (QLQ-SHF), Chronic Heart Failure Questinnaire (CHQ), Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ), Left Ventricular Dysfunction Questionnaire (LVD-36) e o Minnesota Living Heart Failure Questionnaire (MLHFQ).

Em nossa revisão vimos que o instrumento específico mais usado é o Minnesota Living Heart Failure Questionnaire (MLHFQ) (RECTOR; COHN, 1992; GORKIN et al., 1993; COWLEY et al., 2000; LEWIS et al., 2001; MIDDEL et al., 2001; SNEED et al., 2001; BENNETT et al., 2002; RIEGEL et al., 2002; KASPER et al., 2002; LAINSCAK; KEBER, 2003; RIEGEL et al., 2003a; RIEGEL et al., 2003b; BADANO et al., 2004; GOTTLIEB et al., 2004; HAK et al., 2004; PARAJÓN et al., 2004; KOUKOUVOU et al., 2004; CALVERT; FREEMANTLE; CLELAND, 2005; DUCHARME et al., 2005; HEO et al., 2005; RODRÍGUEZ-ARTALEJO et al., 2005; SHIVELY et al., 2005; ZAMBROSKI et al., 2005; DOURADO et al., 2006; RECTOR; ANAND; COHN, 2006). No Brasil temos os estudos realizados por Scattolin (2006) e Saccomann, Cintra e Gallani (2007) nos quais o referido instrumento foi utilizado.

Nossa revisão está de acordo com as conclusões de outros autores, tais como Parajón e colaboradores (2004) que também fizeram essa constatação relacionada ao uso do MLHFQ em estudos clínicos. Adicionalmente, a medida do MLHFQ avalia aspectos físico, psicológico e sócio-econômico (MEYER; LAEDERACH-HOFMANN, 2003). Ele provê dados sobre o

grau de comprometimento da vida dos doentes em decorrência de sintomas específicos e das limitações impostas pela IC (SNEED et al., 2001).

Uma das características que diferencia um instrumento como o SF-36 do MLHFQ é que o instrumento específico para IC inclui sinais e sintomas da doença (RODRÍGUEZ-ARTALEJO, 2005).

Tanto o MLHFQ quanto o SF-36 foram considerados como instrumentos válidos e confiáveis para a avaliação dos pacientes com IC (RECTOR; KUBO; COHN, 1987; GORKIN et al., 1993; MIDDEL et al., 2001; BENNETTI et al., 2002).

Eles foram usados para avaliar quais eram os domínios do SF-36 ou do MLHFQ que estavam comprometidos em pacientes com IC hospitalizados (MIDDEL et al., 2001; EKMAN; FAGERBERG; LUNDMAN, 2002) ou em atendimento ambulatorial (KASPER et al, 2002; RIEGEL et al, 2002; ARTINIAN et al., 2003; JENG et al., 2003; MEYER; LAEDERACH-HOFMANN, 2003; RIEGEL et al., 2003a; RIEGEL et al., 2003b BADANO et al., 2004; GOTTLIEB et al., 2004; SHIVELY et al., 2004, KOUKOUVOU et al., 2004; DUCHARME et al., 2005).

Os resultados do SF-36 indicam que a dimensão física distingue melhor as diferenças na gravidade de condições crônicas e a dimensão da saúde mental é melhor distinguida em pacientes que apresentam alguma desordem psicológica como foi demonstrado na realização da validade discriminante do instrumento (JENG et al., 2004). Também se observou que quando os resultados obtidos por meio do SF-36 eram comparados entre pacientes com IC e indivíduos da população em geral havia baixos valores, em todos os domínios do SF-36 para o grupo de pacientes com IC, com variação da média de 25 a 75 contra 69 a 95 para o grupo de pacientes saudáveis (EKMAN; FAGERBERG; LUNDMAN, 2002). Em geral esses números foram em média 20 pontos menores para a população saudável (RODRÍGUEZ-ARTALEJO, 2005), o que confirma a capacidade discriminante desse instrumento.

Alguns autores têm usado outras versões do SF-36. Bennett et al. (2002) utilizaram a versão com 12 itens sendo seis itens para o componente físico e seis itens para o mental. Os valores variam de zero a 100 e mantiveram-se com altos valores indicando melhor estado geral de saúde. Em um outro estudo foi utilizada a versão adaptada do SF-36, Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey-Veterans (SF-36V), para mensurar a capacidade mental e física e a percepção do estado geral de saúde (SHIVELY et al., 2005).

Também tem sido utilizadas correlações entre os valores dos domínios do SF-36 e a medida de QVRS com o instrumento MLHFQ. Heo et al. (2005) examinaram as relações entre as variáveis: percepção de saúde mensurada por um componente do SF-36 (*Estado geral de saúde)*, sintomas (seguindo a classificação da NYHA), idade e a medida do MLHFQ. Como resultados encontraram que o estado de saúde geral, sintoma e estado funcional NYHA, era o melhor associado com a dimensão física do MLHFQ. A percepção da saúde, sintomas e idade foram melhores correlacionados com o total do MLHFQ e seu componente emocional.

Além dessas avaliações, os resultados dos valores obtidos com esses instrumentos foram correlacionados com dados sócio-demográficos e clínicos, como, por exemplo, idade, sexo, raça e classe funcional segundo a NYHA (RECTOR; COHN, 1992; COWLEY et al., 2000; LEWIS et al., 2001; BADANO et al., 2004; JENG et al., 2004; HEO et al., 2005). Investigar essas correlações é importante uma vez que o conhecimento sobre quais são as variáveis que estão associadas com a QVRS pode auxiliar no planejamento da assistência para pacientes com IC (HEO et al., 2005).

A relação mais comumente avaliada em pesquisas com IC é a de QVRS e variáveis fisio-biológicas, chamadas de objetivas, como FEVE, tempo do diagnóstico, comorbidades, classe funcional e etiologia da IC (HEO et al., 2005).

Por exemplo, a FEVE foi utilizada para comparar a sobrevivência e a taxa de readmissão hospitalar dos pacientes hospitalizados. Os pacientes com IC e disfunção

diastólica apresentaram redução na capacidade funcional, na taxa de readmissão hospitalar e sobrevivência semelhante aos pacientes com disfunção sistólica, pois 93% dos pacientes com disfunção sistólica apresentaram também comprometimento da função diastólica (BADANO et al., 2004). E quando relacionada com a QV, a fração de ejeção pode influenciar a QV por ser um indicador de gravidade da doença (RIEGEL et al., 2003a).

O estado funcional avaliado pela classe funcional da NYHA é a variável mais comumente estudada na relação com a QVRS (HEO et al., 2005). Em geral, vários estudos demonstraram piora da QVRS (avaliado tanto pelo SF-36 como pelo MLHFQ) quanto maior a progressão da classe funcional da IC (RIEGEL et al., 2002; PARAJÓN et al., 2004; DOURADO et al., 2006; SACCOMANN; CINTRA; GALLANI, 2007; SCATTOLIN, 2006).

O efeito do tratamento medicamentoso na QVRS dos pacientes com IC também tem sido avaliado em diversas pesquisas com o intuito de verificar a eficácia de certas drogas. Como exemplo, o estudo ELITE foi desenvolvido para testar duas drogas, losartan e captopril, em um grupo de pacientes com IC e a medida de QVRS utilizada foi o instrumento MLHFQ. Concluíram que, em ambos os grupos houve melhora, estatisticamente significante, da QVRS ao longo do tempo de acompanhamento dos pacientes, porém não houve diferença na QVRS entre os grupos, embora o grupo de pacientes usando losartan apresentou menos efeitos adversos (COWLEY et al., 2000).

Já no estudo que usou o medicamento carvedilol em pacientes com IC sintomática, foi constatado que o medicamento usado levou à melhora significativa e satisfatória da QVRS a longo prazo se comparado com o grupo com tratamento convencional para a IC (BUCK; TIRONE; ARTEGA, 2003).

Com relação as variáveis sócio-demográficas e suas associações com a QVRS em pacientes com IC, temos que essa condição crônica afeta ambos os sexos, as raças e vários grupos de idade (GOTTLIEB et al., 2004).

Alguns estudos têm mostrado que as mulheres apresentam pior estado geral de saúde, avaliado pelo SF-36, após o controle de outras as variáveis como idade, fração de ejeção do ventrículo esquerdo e classe funcional do que os homens (GOTTLIEB et al., 2004). O impacto da IC, avaliado pelo MLHFQ, parece estar associado à idade e ao gênero dos pacientes, com os mais jovens e as mulheres sofrendo um impacto maior da doença em suas vidas (CALVERT; FREEMANTLE; CLELAND, 2005).

Já no estudo de Riegel et al., (2003a), os autores não encontraram diferenças na QVRS (avaliada pelo MLHFQ) entre os sexos, após controle para classe funcional, fração de ejeção, idade e estado civil.

Com relação à idade, a QVRS tem sido mais comprometida nos pacientes não idosos no que se relaciona aos aspectos físicos da IC (JOHANSSON; DAHLSTROM; BROSTROM, 2006).

A relação entre a etnia e a QVRS de pacientes com IC também foi estudada, e no estudo de Riegel et al (2002), avaliaram pacientes hispânicos e não-hispânicos que viviam nos EUA durante seis meses. Após o término do acompanhamento, os dois grupos apresentaram melhora na QVRS (avaliada pelo MLHFQ). No entanto, a melhora foi maior entre os hispânicos. Os autores ressaltam que as diferenças entre os dois grupos nas avaliações da QVRS não podem ser explicadas pélas características clínicas, demográficas ou do próprio instrumento de avaliação, sendo que novas investigações necessitam ocorrer para explicar esses resultados.

É desconhecido o impacto ou as respostas terapêuticas com relação às diferenças entre sexo e raça para pacientes com a IC descompensada. Entretanto, existe potencial diferença na fisiopatologia do papel da hipertensão e da doença coronária em ativar a descompensação nesses subgrupos. Porém, fazer avaliações precisas das interações entre sexo, raça, etiologia da IC requerem estudos futuros com adequadas representações de pacientes de forma que as conclusões sejam substantivas para o subgrupo de pacientes com IC descompensada (FELKER et al., 2003).

Outras variáveis têm sido associadas à QVRS de pacientes com IC como depressão, apoio social e educação, embora com menor freqüência (HEO et al., 2005; JOHANSSON; DAHLSTROM; BROSTROM, 2006).

A presença de depressão foi associada com baixos valores para a QVRS. Os indivíduos deprimidos tendem a informar pior capacidade física e subestimar a QVRS (GOTTLIEB et al., 2004). Valores baixos nos domínios físico e social da QVRS podem resultar em sentimento de perda de autonomia e do controle sobre a vida e ser uma explicação para um grande número de casos de ansiedade e depressão em pacientes com IC. A depressão juntamente com distúrbios do sono são sintomas comumente reportados que resulta em pior prognóstico e influencia negativamente a QVRS (GOTTLIEB et al., 2004; JOHANSSON; DAHLSTROM; BROSTROM, 2006).

Com relação ao apoio social, os pacientes com IC do sexo masculino e com menos de 65 anos relataram menor apoio do que outros homens com 65 anos ou mais e mulheres com menos de 65 anos, no momento da hospitalização. Doze meses depois tal diferença não existia mais, conforme ressaltaram Bennett et al (2001). Esses autores detectaram, também, que mudanças na avaliação do apoio social percebido pelos pacientes podem ser consideradas como sendo preditoras de mudanças na QVRS.

Os instrumentos de QVRS também têm sido utilizados para avaliar alguma intervenção em programas de reabilitação. Por exemplo, o SF-36 e MLHFQ, foram usados para determinar o efeito de uma intervenção comportamental sobre a QVRS em pacientes com IC moderada acompanhada por uma enfermeira durante 12 semanas. Os pacientes que receberam essa intervenção mostraram melhora dos valores na QVRS (MEYER; LAEDERACH-HOFMANN, 2003).

Em outro estudo, os pacientes com IC participantes de um programa multidisciplinar foram acompanhados via telefone em relação à atividade física, medicação e dieta. Os

pacientes com IC apresentaram-se menos sintomáticos de acordo com a classe funcional da NYHA e melhora dos sintomas, como a diminuição do edema de membros inferiores, quando comparados com o grupo que não recebeu a intervenção proposta. A QVRS (mensurada pelo MLHFQ) melhorou em ambos os grupos ao longo de seis meses de acompanhamento, mas no grupo da intervenção a melhora foi maior tanto no valor total da escala como nas dimensões física e emocional.

Ducharme et al. (2005) também buscaram determinar o impacto de cuidado multidisciplinar especializado em pacientes com IC comparando com cuidado usual relacionando-os com taxas de admissões hospitalares e número de total de dias de internação hospitalar. A QVRS também foi avaliada pelo MLHFQ e no grupo de intervenção apresentou menores valores, ou seja, melhorou qualidade de vida relaciona à saúde. Além disso, o atendimento especializado reduziu o número de readmissões hospitalares e o número de dias de hospitalização.

A principal implicação prática sugerida por esses tipos de estudos foi à necessidade de se considerar intervenção no comportamento como um componente do cuidado de doenças crônicas como a IC (SHIVELY et al., 2005).

Entender o impacto da IC nos pacientes pode guiar decisões clínicas. Avaliar a QVRS em pacientes com IC complementa medidas tradicionais de efetividade clínica como redução em mortalidade e hospitalizações. E a importância da QV para esses pacientes são realçados pelo fato que alguns deles estão dispostos a barganhar sua sobrevivência (CALVERT; FREEMANTLE; CLELAND, 2005).

As respostas fornecidas pelos pacientes com IC as questões do MLHFQ tiveram uma grande variabilidade e podem não ser esperadas pelos profissionais que os acompanham. Portanto, realça-se o uso potencial de avaliações rotineiras da QVRS para identificar as preocupações dos pacientes além de facilitar a comunicação e a decisão clínica (CALVERT; FREEMANTLE; CLELAND, 2005).

Diante da literatura revisada e da nossa vivência profissional estabelecemos as seguintes questões norteadoras para este estudo:

1) Qual é a avaliação do estado geral de saúde percebido pelos pacientes com IC em atendimento ambulatorial?

2) Qual é a avaliação do impacto da IC na vida dos pacientes em seguimento ambulatorial?

3) Qual a relação entre o impacto da IC na vida diária e a percepção do estado geral de saúde dos pacientes em seguimento ambulatorial?

4) Qual a relação entre a avaliação do impacto da IC na vida dos pacientes e a gravidade da doença e o tempo de acompanhamento em um ambulatório especializado?

5) Qual a relação entre a avaliação do impacto da IC na vida dos pacientes e o sexo, a idade e a situação conjugal?

Objetivos

2. OBJETIVOS

2.1 - Geral

Avaliar o estado geral de saúde e o impacto da IC na vida dos pacientes atendidos em um ambulatório especializado em Insuficiência Cardíaca e estudar as relações entre o impacto da doença cardíaca e variáveis sócio-demográficas e clínicas dos participantes.

2.2 – Específicos

- Avaliar o estado geral de saúde percebido pelos pacientes com IC;
- Avaliar o impacto da IC na vida dos pacientes;
- Avaliar a relação entre o impacto da IC na vida diária e a percepção do estado geral de saúde dos pacientes;
- Avaliar a relação entre a o impacto da IC na vida dos pacientes e o sexo, a idade e a situação conjugal;
- Avaliar a relação entre o impacto da IC na vida dos pacientes e a gravidade da doença e o tempo de acompanhamento em um ambulatório especializado.

Material e Método

3. MATERIAL E MÉTODO

3.1 - Delineamento do estudo

Estudo descritivo, correlacional e do tipo corte transversal. O estudo do tipo descritivo correlacional foi escolhido por permitir observar, descrever e documentar os aspectos da situação, estabelecendo a descrição dos relacionamentos das variáveis (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

3.2 - Proteção aos sujeitos do estudo

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP – USP) em sua 193ª Reunião Ordinária realizada em 22/11/2004 (Anexo 1) e faz parte de uma investigação mais ampla que avalia, além da QVRS e estado de saúde, variáveis como "*coping*" e apoio social.

Os objetivos da pesquisa foram apresentados de forma oral e escrita a todos os potenciais participantes. Com a concordância dos sujeitos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1) era entregue para assinatura dos envolvidos, paciente e pesquisadores. Tal procedimento visou atender aos dispositivos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL MS, 1998), os quais regulamentam a realização de pesquisas envolvendo seres humanos. Ao participante era assegurada a privacidade durante a coleta de dados, a sua não identificação e o direito de desistir da participação da pesquisa a qualquer momento sem prejuízo do seu atendimento na instituição hospitalar, onde foi realizado o estudo.

3.3 - Local do estudo

O estudo foi realizado no ambulatório de Insuficiência Cardíaca da Divisão de Cardiologia do HCFMRP – USP. Os participantes estavam em seguimento clínico ambulatorial por médicos dessa divisão. Esse ambulatório é realizado às quartas-feiras das 12:30 horas às 18:00 horas. O atendimento ambulatorial dos pacientes depende do encaminhamento de médicos de outros serviços de saúde e de outras clínicas do próprio HCFMRP-USP como, por exemplo, a cardiologia geral. Esse ambulatório foi criado como uma proposta de oferecer aos seus pacientes, um atendimento com enfoque multidisciplinar. Semanalmente eram agendados, em média, 20 pacientes para acompanhamento clínico da insuficiência cardíaca. De acordo com a condição clínica dos pacientes, os retornos podiam ser agendados por períodos que variavam de uma semana (casos descompensados) a dois meses (casos estabilizados).

3.4 - População e amostra

A população potencial deste estudo era composta pelos 185 pacientes com insuficiência cardíaca atendidos no ambulatório de Miocardiopatia do HCFMRP – USP no período da relização do estudo. Nesse período, 146 pacientes foram convidados para participarem do estudo, no entanto, não foi possível coletar os dados dos demais pacientes pertencentes àquela população potencial pois alguns pacientes foram a óbito, mudaram-se de cidade e foram transferidos para outro serviço de saúde ou perderam o seguimento nesse ambulatório. Enfim, dos 146 pacientes convidados para participarem do estudo, dois se recusaram a participar e seis pacientes estavam sem condições físicas (descompensados da IC que necessitavam de internação hospitalar), psicológicas (chorosos ou depressivos) ou

cognitivas (não apresentavam entendimento sobre o que estava sendo perguntado) para responderem aos questinários. Contudo, uma amostra representativa da população atendida nesse ambulatório foi formada por 138 pacientes que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos ao tempo da coleta de dados; comparecerem ao atendimento ambulatorial do estudo; concordarem em responder ao instrumento de coleta de dados, firmando o termo de consentimento livre e esclarecido; apresentarem condições físicas e psicológicas para responder às questões formuladas.

3.5 - Coleta dos dados

Os participantes foram recrutados no ambulatório de Insuficiêcia Cardíaca do HCFMRP – USP no período de 23/02/2005 a 02/08/2006. O preenchimento do questionário foi realizado antes ou após a consulta médica, visando não intervir no andamento da rotina do ambulatório. Quando o paciente não podia preencher os instrumentos por dificuldades físicas (como déficit de visão ou descompensação grave dos sintomas da IC) ou cognitivas (dificuldade de entendimento ao que foi perguntado), ele era informado que a pesquisadora poderia auxiliá-lo, se ele assim o desejasse.

Os dados foram obtidos através de entrevistas individuais e consultas ao prontuário dos sujeitos realizados pela pesquisadora responsável utilizando um instrumento de coleta contendo dados sócio-demográficos e clínicos, e dois instrumentos que avaliavam o estado de saúde percebido e o impacto da IC na vida diária.

3.5.1 - Instrumentos para coleta de dados

3.5.1.1 - Caracterização sócio-demográfica e clínica

O instrumento de coleta de dados era composto por duas partes: parte A (caracterização social e demográfica) e parte B (caracterização clínica) (Apêndice 2).

Na parte A, para a caracterização sócio-demográfica dos participantes foram coletados os seguintes dados: data de nascimento (para posterior cálculo da idade dos participantes), sexo, grau de escolaridade (por quantos anos freqüentou o ensino formal), estado civil (quatro categorias: casado/vivendo com alguém, solteiro, viúvo, desquitado/divorciado), renda mensal familiar, com quem residia, número de pessoas que morava com o participante, situação profissional e religião.

Dentre as variáveis sócio-demográficas citadas escolhemos aquelas que têm sido abordadas em outros estudos que avaliaram o impacto da IC na vida dos pacientes. Essas variáveis foram: idade, sexo e presença de um companheiro. Posteriormente, a variável estado civil foi recodificada em duas categorias: casado/vivendo com alguém e solteiro/viúvo/desquitado/divorciado.

Na parte B, para a caracterização clínica, os dados coletados foram: etiologia da miocardiopatia, fração de ejeção do ventrículo esquerdo (de zero a 100%), classe funcional segundo a New York Heart Association (NYHA) (quatro categorias: classe I, II, III e IV), tipos de medicamentos usados, presença de marcapasso, comorbidades existentes no prontuário do paciente e problemas de saúde relatados pelos participantes.

Para avaliar a gravidade da IC, optamos pelas duas medidas clínicas mais usadas que foram: classe funcional segundo a New York Heart Association (CF - NYHA) e a fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE). Posteriormente, a FEVE foi agrupada em quatro

categorias: menor que 30 (disfunção sistólica grave), entre 30 e 44 (disfunção sistólica moderada), de 45 a 55 (disfunção sistólica leve) e maior que 55 (função sistólica normal).

3.5.1.2 - Estado de saúde percebido (Perceived Health Status)

A avaliação do estado de saúde percebido pelos pacientes com IC foi feita com o instrumento Medical Outcomes Survey 36 – Item Short-Form (SF-36) (WARE, SHERBOUNE, 1992) em sua versão adaptada para o português por Ciconelli (1997) (Anexo 2).

A respeito do SF-36, este foi originalmente desenvolvido nos EUA para avaliar o estado de saúde geral dos indivíduos em um estudo denominado de Medical Outcomes Study (MOS). Na construção do instrumento os autores incluíram, além da uma revisão bibliográfica, a adoção de um modelo conceitual de saúde e utilização de outras escalas bem como a experiência clínica para a seleção de itens. Os autores optaram por um conceito amplamente utilizado em pesquisas de saúde que incluem os aspectos físicos, sociais, capacidade funcional, saúde mental e percepção geral de saúde; e ainda acrescentaram dois conceitos fortemente sustentados por estudos empíricos: dor no corpo e vitalidade (WARE; SHERBOUNE, 1992).

No entanto, o SF-36 tem sido amplamente utilizado em pesquisas de saúde como medida genérica de avaliação da QVRS (MIDDEL et al., 2001; BENNETT et al., 2002; EKMAN; FAGERBERG; LUNDMAN, 2002; SHIVELY et al., 2004; RODRÍGEZ-ARTALEJO et al., 2005).

É um instrumento de fácil administração e compreensão, administrado por entrevista (pessoal ou por telefone), via computador ou por auto-administração. O tempo médio de preenchimento é de dez minutos, aproximadamente, e deve ser usado para indivíduos acima

de 14 anos. O SF-36 é um instrumento multidimensional formado por 36 itens, agrupados em oito escalas ou componentes: capacidade funcional, aspectos físicos *(“role – physical”)*, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais *(“role – emotional”)*, saúde mental e uma questão para avaliação comparativa do estado geral de saúde atual com o estado de um ano atrás. (CICONELLI et al.,1999).

Com relação aos seus componentes, o *Aspecto físico*, com quatro itens, investiga se o indivíduo encontrava problemas para realizar as atividades profissionais e/ou domésticas decorrentes da sua saúde física. O componente *Aspectos emocionais* é composto por três questões e avalia a existência de problemas para realizar atividades profissionais e/ou domésticas em decorrência da saúde emocional, como sentir-se deprimido ou ansioso. A *Capacidade funcional*, composta por 10 itens, avalia as limitações físicas do sujeito para realizar atividades desde as atividades vigorosas, como correr, até atividades da vida diária como tomar banho ou vestir-se. A presença e a gravidade da dor são os dois itens que avaliam o domínio *Dor* e estão representadas como quanta dor no corpo o paciente teve durante as últimas quatro semanas. A avaliação do *Estado geral de saúde*, com cinco itens, é feita por meio de questões sobre a percepção de saúde do indivíduo e o quanto isso poderia ser falso ou verdadeiro. A *Vitalidade*, composta por quatro itens, avalia a freqüência com que o indivíduo sente-se cheio de energia e vontade ou cansado e esgotado. O componente *Saúde mental* através de cinco itens avalia os diferentes graus de nervosismo, depressão, desânimo, tranqüilidade e felicidade sentidos pelo sujeito. O componente *Aspectos sociais* é composto por duas questões sobre a realização ou a participação em atividades sociais como visitar parentes e amigos.

A avaliação dos resultados obtidos com a aplicação desse instrumento de medida é feita com a transformação dos valores obtidos em cada domínio para uma escala de zero a 100. O valor zero corresponde ao pior estado de saúde percebido ou QVRS e o 100 ao melhor

estado ou QVRS, sendo que cada dimensão é analisada separadamente, ou seja, cada dimensão apresenta um único valor. O fato de não ser apresentado um único escore para o estado geral de saúde percebido ou para QVRS, resumindo toda a avaliação feita pelos 36 itens, justifica-se pela preocupação em evitar o erro de não identificar os verdadeiros problemas relacionados à saúde do paciente ou mesmo subestimá-lo (WARE; SHERBOURNE, 1992).

No Brasil, Ciconelli et al. (1999) realizaram a tradução e adaptação do SF-36 para a língua portuguesa e verificaram as propriedades psicométricas da versão adaptada. A tradução e adaptação do SF-36 basearam-se nas etapas propostas por International Quality of Life Assessment Project e, também, em trabalhos da literatura que abordaram a metodologia de tradução de questionários para outros idiomas. O instrumento foi aplicado em 50 pacientes com artrite reumatóide.

A tradução para o português do SF-36 e sua adequação às condições sócio-econômicas e culturais de nossa população, bem como a demonstração de sua reprodutibilidade e validade, tornam esse instrumento uma ferramenta adicional e útil que pode ser utilizada na avaliação da artrite reumatóide ou até de outras doenças, seja para fins de pesquisa ou clínicos (CICONELLI et al., 1999).

Esse instrumento tem se mostrado válido e confiável em estudos internacionais realizados com pacientes com IC (MIDDEL et al., 2001; SNEED et al., 2001; EKMAN, FAGERBERG, LUNDMAN et al., 2002; MEYER, LAEDERACH-HOFMANN, 2003; GOTTLIEB et al., 2004; JENG et al., 2004; RODRÍGUEZ-ARTALEJO et al., 2005; SHIVELY et al., 2005). No Brasil, existem poucos estudos que utilizaram o SF-36 na população com IC (SCATTOLIN, 2006; SACCOMANN; CINTRA; GALLANI, 2007).

3.5.1.3 – O impacto da IC na vida diária.

Para avaliar o impacto da IC na vida dos pacientes, optamos pelo instrumento Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ) (RECTOR; KUBO; COHN, 1987). Esse instrumento foi designado para mensurar a percepção do paciente sobre o efeito da IC na sua vida diária. Especificamente, mede a capacidade funcional dos pacientes e a importância relativa das limitações impostas em sua vida. O questionário enfoca as condições físicas e sócio-econômicas, bem como o prejuízo psicológico atribuído pelo paciente à insuficiência cardíaca crônica. Os itens ainda incluem sintomas (como inchaço em tornozelos), mobilidade, atividades diárias, trabalho, relacionamentos, energia, depressão, gastos e vários outros efeitos sobre a vida (atividade sexual, recreação, retorno para casa) (BOWLING, 2001).

A respeito desse instrumento, sua criação foi baseada no modelo de Crenças em Saúde (BECKER et al., 1977) segundo o qual o comportamento do sujeito é fortemente influenciado pelo que ele percebe e como ele se sente. Ele tem sido considerado como um instrumento específico para avaliação da qualidade de vida relacionada à de pacientes com IC (RECTOR; KUBO; COHN, 1987).

O questionário é composto por 21 questões relativas às limitações que freqüentemente estão associadas a quanto a IC impede o paciente de viver como ele gostaria. Tal como o SF-36 deve-se sempre esclarecer ao paciente que ele deve considerar o último mês antes da entrevista para responder aos itens. A escala de respostas para cada questão varia de zero (sem limitações) a cinco (limitação máxima). Baseado em estudos prévios, os autores determinaram um escore de dimensão física o qual foi calculado com a soma de oito questões (números 2, 3, 4, 5, 6, 7, 12 e 13) e esse valor total foi fortemente relacionado com a dispnéia e a fadiga. Similarmente, o escore da dimensão emocional, composto de cinco questões (números 17, 18,

19, 20 e 21) também, foi correlacionado à dispnéia e fadiga. As demais questões (números 1, 8, 9, 10, 14, 15 e 16), somadas às das dimensões física e emocional, formam o escore total do instrumento. Esse subgrupo de questões, por não possuir um padrão usual de respostas, não foi agrupado como uma dimensão separada no questionário (RECTOR, KUBO, COHN, 1987). A análise dos resultados obtidos pelo instrumento pode ser feita com a avaliação do total da escala, podendo variar de zero a 105, com menores valores indicando menor impacto da IC na vida diária ou melhor qualidade de vida relacionada à saúde (CARRARA, 2001). Também podem ser avaliados os domínios físico e emocional separadamente com intervalos possíveis de zero a 40 e de zero a 25, respectivamente (MIDDEL et al., 2001).

No Brasil, o instrumento foi adaptado por Carrara (2001) em um estudo prospectivo de QVRS em pacientes com miocardiopatia dilatada submetidos à Ventriculectomia Parcial Esquerda e seguiu as etapas propostas pelos coordenadores do International Quality of Life Assessment e outros autores que estudaram essa metodologia. Essa versão do MLHFQ foi utilizada nos estudos brasileiros de Scatollin (2006) e Saccoman, Cintra e Gallani (2007) e mostrou-se uma medida válida e confiável. Portanto, a versão adapatada por Carrara (2001) também foi usada neste estudo (Anexo 3).

3.6 - Estudo piloto

Segundo Polit, Beck e Hungler (2004) durante as investigações podem surgir modificações no delineamento da pesquisa, no plano de amostragem, ou nos instrumentos de coleta de dados. Por essa razão, realizamos um estudo piloto, ou seja, ensaio em pequena escala do estudo para obter informações visando à melhoria do projeto ou para investigar a sua viabilidade.

Para testar a compreensão e pertinência dos instrumentos de coleta de dados para os pacientes com IC atendidos no ambulatório do HCFMRP-USP, realizamos o estudo piloto com dez pacientes.

Com a aplicação dos instrumentos de coleta de dados propostos neste estudo, percebemos a necessidade de mudanças no instrumento específico que avalia a qualidade de vida relacionada à saúde (MLHFQ). Constatamos que nesse instrumento existiam alguns itens que não eram considerados como pertinentes por alguns pacientes, tais como ter atividade sexual, realizarem atividades domésticas e ter um trabalho para ganhar a vida.

Diante disso, para se evitar que a resposta a essas perguntas fosse codificada como zero o que significava dizer que não havia limitação por causa do problema cardíaco (IC) foi oferecida a opção aos pacientes a opção de resposta "não-aplicável" a todos os itens do instrumento e nenhum valor da escala de zero a cinco era assinalado. A versão final do instrumento usada no estudo encontra-se no Apêndice 3.

Quanto aos demais instrumentos, não houve necessidade de mudanças e os pacientes do estudo piloto foram incluídos uma vez que as informações sobre os itens do MLHFQ estavam anotadas nos instrumentos de coletas.

3.7 - Processamento e Análise dos dados

Os dados foram processados e analisados usando o programa estatístico Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 15.0. Foram realizadas análises descritivas de freqüência simples para as variáveis nominais e de posição (média e mediana) e dispersão (desvio-padrão) para as variáveis numéricas. A confiabilidade dos instrumentos SF-36 e MLHFQ foi verificada por meio do cálculo do alfa de Cronbach que é um coeficiente de correlação que tem como premissa para sua análise que os itens que compõem os

instrumentos são positivamente relacionados entre si e assim medem o mesmo atributo. O coeficiente de consistência interna, obtido ao se medir a correlação entre os itens expressa a confiabilidade entre os itens. Há vários fatores que podem interferir nos coeficientes de alfa de Cronbach, tais como, a extensão (quanto maior o teste, maior o número de itens e maior o número do alfa) e a variância do teste (quanto maior a variância, maior o valor do alfa, ou seja, quando o alfa é calculado para um grupo de sujeitos mais homogêneos no atributo investigado, o alfa é menor do que quando os sujeitos são mais heterogêneos) (WALTZ; STRIKLAND; LENZ, 2005).

Os valores do alfa de Cronbach variam de 0 a 1 e esses valores são considerados aceitáveis para os que estão no intervalo de 0,70 a 0,90 (CUMMINGS; STWART; RULLEY, 2003).

Consideramos como dados perdidos (missing data) aqueles itens que não foram respondidos pelos participantes. Para manutenção dos pacientes com dados perdidos na avaliação final, nos baseamos no critério de Cohen e Cohen (1983) o qual estabelece que caso algum sujeito tenha 20% ou mais de suas respostas não preenchidas, ele deverá ser excluído da amostra. Seguindo esse critério não ocorreu exclusão de sujeitos em nosso estudo.

Ainda temos dados que não se aplicaram a população estudada, ou seja, aqueles itens que não eram pertinentes à vida dos respondentes, como atividade sexual e desempenho de atividades remuneradas no instrumento de MLHFQ. O tratamento para esses dados foi feito com a substituição das respostas “não aplicável” pelo cálculo da média das respostas dos sujeitos aos itens dos instrumentos, segundo proposto por Fayers e Machin (2007).

Para avaliar a relação entre o impacto da IC na vida diária (avaliada pelo instrumento MLHFQ) e a percepção do estado geral de saúde (avaliada pelo SF-36) dos pacientes, realizamos o teste de correlação de Pearson entre os oito domínios do SF-36 e o valor total do MLHFQ. Para a classificação da força de correlações entre as variáveis, utilizamos os

critérios propostos por Ajzen e Fishbeim (1980) que consideram os valores de correlação próxima de 0,30 como sendo satisfatórios, entre 0,30 e 0,50 uma correlação de moderada magnitude, acima de 0,50 de forte magnitude e valores abaixo de 0,30 de pouco valor para a prática, mesmo que estatisticamente significante. A escolha para tal classificação se justifica uma vez que estamos investigando medidas de constructos subjetivos (estado de saúde percebido e impacto da IC) que não podem ser observados diretamente pelo pesquisador.

A avaliação das relações entre o impacto da IC na vida dos pacientes com as variáveis sócio-demográficas e clínicas foi feita pelo teste de correlação de Pearson (para variáveis idade e tempo de seguimento no ambulatório especializado), teste t (para sexo e presença de companheiro) e ANOVA (para classe funcional e fração de ejeção). A avaliação das relações entre os oito domínios do SF-36 com o MLHFQ total, físico e emocional foi feita usando teste de correlação de Pearson, considerando os valores de correlação para cada grupo (masculino e feminino). O nível de significância adotado foi de 0,05.

Resultados

4. RESULTADOS

Com relação às características sócio-demográficas dos participantes do estudo, tivemos a presença de maior número de pacientes adultos (média de 55,2 anos; intervalo entre 21 e 87), do sexo masculino (83; 60,1%), casados ou vivendo com alguém (83; 60,1%), com baixa escolaridade (média de quatro anos de estudo formal), aposentados ou aguardando pela aposentadoria (80; 68%), com renda familiar média e mensal de 987 reais e que residiam com o cônjuge e filhos (61; 44,2%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Análise descritiva das características sócio-demográficas de 138 pacientes com IC em seguimento ambulatorial. Ribeirão Preto, 2005 - 2006.

Variáveis	n (%)	Amplitude	Mediana	Média (D.P.)
Idade (anos)		21,1 a 87,2	55,6	55,2 (15,6)
Sexo				
masculino	83 (60,1)			
feminino	55 (39,9)			
Estado civil				
casado/vivendo com alguém	83 (60,1)			
solteiro	21 (15,2)			
viúvo	20 (14,5)			
desquitado/divorciado	12 (8,7)			
Escolaridade (em anos)*		0 – 20	4,7	4 (3,8)
Profissão				
aposentado	63 (45,7)			
recebe benefício do governo	23 (16,7)			
aguarda aposentadoria por invalidez	17 (12,3)			
ativo	16 (11,6)			
trabalha em casa sem remuneração	7 (5,1)			
desempregado	1 (0,7)			
Renda mensal familiar (em reais)**		0 – 5000	855	987 (691)
Número de pessoas com quem mora***		0 - 8	3	2,8 (1,8)
até 3	96 (69,5)			
4 a 6	36 (26)			
mais que 6	5 (3,6)			
Com que reside				
cônjuge e filhos	61 (44,2)			
1 ou mais filhos	20 (14,5)			
cônjuge	17 (12,3)			
outros	14 (10,1)			
sozinho	10 (7,2)			
pais	8 (5,8)			
irmãos ou outros familiares	3 (2,2)			
Segue alguma religião (sim)	120 (87)			

*N=134 (quatro participantes não informaram esse dado)
**N=106 (tinta e dois participantes não informaram esse dado)
***N=137 (um participante não informou esse dado)

Quanto à caracterização da IC na população estudada (Tabela 2), foi observado que 83 (60,1%) pacientes eram sintomáticos e foram diagnosticados nas classes funcionais II, III e IV segundo a classificação da NYHA. Quanto à etiologia, 49 (35,5%) pacientes apresentaram IC de causa Miocardiopatia Dilatada Idiopática, seguida Miocardiopatia Chagásica crônica (40; 29%). A fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) obtida pelo ecocardiograma revelou

que 108 (78,6%) pacientes apresentavam algum comprometimento cardíaco sendo que em 61 (43,1%) sujeitos essa disfunção sistólica era grave. Os 27 (19,6%) pacientes restantes estavam aguardando a realização do ecocardiograma o que justifica a ausência desses dados.

Tabela 2 - Análise descritiva das características da IC dos 138 pacientes em atendimento ambulatorial. Ribeirão Preto, 2005 - 2006.

Variáveis	n (%)	Amplitude	Mediana	Média (D.P.)
Etiologia				
Miocardiopatia Dilatada Idiopática	49 (35,5)			
Miocardiopatia Chagásica Crônica	40 (29)			
Hipertensiva	13 (9,4)			
Patologias associadas e outras	11 (7,8)			
Isquêmica	9 (6,5)			
Agentes cardiotóxicos	6 (4,3)			
Periparto	3 (2,2)			
Valvar	2 (1,4)			
A esclarecer	2 (1,4)			
Congênita	1 (0,7)			
não descrita	2 (1,4)			
Classe Funcional (NYHA)				
I	54 (39,1)			
II	48 (34,8)			
III	26 (18,8)			
IV	9 (6,5)			
não descrita	1 (0,7)			
Fração de ejeção do ventrículo esquerdo (%)		10 – 82	30,9	27 (30)
<30 (disfunção sistólica grave)	61 (43,1)			
30-44 (disfunção sistólica moderada)	42 (30,4)			
45-55 (disfunção sistólica leve)	6 (4,3)			
>55 (função sistólica normal)	2 (1,4)			
não descrita	27 (19,6)			

As demais características clínicas dos pacientes com IC estão apresentadas na Tabela 3. Oitenta e seis pacientes estudados (62,3%) relataram apresentar pelo menos uma comorbidade. Dentre as doenças descritas nos prontuários dos participantes, 89 (64%) apresentavam doenças associadas como, por exemplo, Hipertensão Arterial Sistêmica, Fibrilação Atrial Crônica, Arritmias e Hipotireoidismo. Essas foram seguidas de Dislipidemia, Diabetes mellitus, Insuficiência Renal, Doença Arterial Coronariana e Doença

Reumática. Vinte e um (15,2%) pacientes eram portadores de marcapasso ou desfibrilador implantável. Quanto ao uso de medicamentos, encontramos que os sujeitos usavam entre um e dez tipos de medicamentos por dia (5,7±1,8) sendo os mais comuns os anti-hipertensivos, digitálicos, diuréticos, anticoagulantes orais, hipoglicemiantes, vasodilatadores, inibidores da enzima conversora de angiotensina. O tempo de seguimento ambulatorial variou de zero, ou seja, aquele paciente que iniciou o atendimento no ambulatório de IC no dia da entrevista até 4,8 anos de acompanhamento.

Tabela 3 - Análise descritiva das características clínicas dos 138 pacientes com IC em seguimento ambulatorial. Ribeirão Preto, 2005 - 2006.

Variáveis	n (%)	Amplitude	Mediana	Média (D.P.)
Presença de problemas de saúde relatada pelos pacientes (sim)	86 (62,3)			
Presença de doenças descritas no prontuário do paciente				
Outras doenças associadas	89 (64,5)			
DLP	28 (20,3)			
DM	25 (18,1)			
IR	21 (15,2)			
DAC	10 (7,2)			
DR	3 (2,2)			
Presença de marcapasso	21 (15,2)			
Número de medicamentos usados		1 – 10	6	5,7 (1,8)
4 – 6	79 (57,2)			
7 – 9	42 (30,4)			
até 3	13 (9,3)			
10 ou mais	3 (2,2)			
Tempo de seguimento ambulatorial (anos)		0 – 4,8	1,1	1,5 (1,4)
Tempo de seguimento ambulatorial (meses)		0 - 57	12,6	17,6 (17,3)

DLP: Dislipidemia, DM: Diabetes Mellitus, IR: Insuficiência Renal, DAC: Doença Arterial Crônica e DR: Doença Reumática.

Quanto ao preenchimento dos instrumentos de coleta de dados esse foi realizado na grande maioria das vezes (134; 97,1%) pela pesquisadora por meio de entrevistas individuais com os participantes.

Com relação à avaliação do estado de saúde percebido pelos pacientes com IC, os resultados obtidos pelo instrumento SF-36 (Tabela 4) mostraram maiores valores nos componentes: *Aspectos sociais* (67±25,4) e *Saúde mental* (63,7±23,9) e pior avaliação nos componentes *Aspectos físicos* (36,8±41,2) e *Aspectos emocionais* (47,6±43,9).

Lembrando que os domínios têm uma variação possível entre zero e 100, obtivemos valores máximos em todos os oito componentes avaliados e os valores mínimos diferiram de zero, apenas nos componentes *Aspectos sociais* (mínimo = 12,5) e *Estado geral de saúde* (mínimo = 10). Baixos valores numéricos refletem uma percepção de saúde precária, perda da capacidade funcional e presença de dor. Altos valores numéricos refletem uma percepção de boa saúde, ausência de incapacidades ou limitações físicas e ausência de dor.

Com relação à consistência interna dos itens da cada domínio do SF-36 obteve-se valores de alfa de Cronbach que variaram de 0,44 a 0,88. Embora encontremos um valor baixo do indicado ($\alpha = 0,70$) para os domínios *Aspectos Sociais* ($\alpha = 0,44$) e *Estado geral de saúde* ($\alpha = 0,58$). Em geral, os valores de alfa de Cronbach nos demais componentes confirmaram a adequada consistência interna do instrumento para a amostra estudada.

Tabela 4 - Análise descritiva dos valores dos oito componentes do SF-36, segundo avaliação dos 138 pacientes com IC em seguimento ambulatorial. Ribeirão Preto, 2005 - 2006.

Componentes do SF-36	No. de Itens	Alfa de Cronbach	Intervalo obtido	Mediana	Média (D.P.)
Aspectos Físicos	4	0,88	0 - 100	25	36,8 (41,2)
Aspectos emocionais	3	0,85	0 - 100	33,3	47,6 (43,9)
Capacidade Funcional	10	0,87	0 - 100	55	57,7 (25,3)
Dor	2	0,85	0 - 100	52	57,7 (26,6)
Estado geral de saúde	5	0,58	10 - 100	57	57,9 (19,4)
Vitalidade	4	0,69	0 - 100	60	58,8 (23,3)
Saúde Mental	5	0,80	0 - 100	64	63,7 (23,9)
Aspectos sociais	2	0,44	12,5 - 100	62,5	67 (25,4)

Quanto os resultados do MLHFQ total e dos seus componentes, os quais avaliam o impacto da IC em diversos aspectos da vida dos indivíduos, constatamos que o valor médio obtido neste estudo para o escore total foi de 35,8 (±24,9), em um intervalo que variou de zero a 99. O componente físico e o componente emocional obtiveram médias de 13,6 (±1,5) e 8,3 (±6,7), respectivamente. Com relação à confiabilidade desse instrumento na amostra estudada, avaliada pela consistência interna dos seus itens, tivemos um valor de alfa de Cronbach de 0,93 para o total da escala, de 0,91 para o componente físico e 0,78 para o componente emocional do MLHFQ. Isso significou elevada consistência interna o instrumento aplicado aos pacientes com IC atendidos no ambulatório (Tabela 5).

Tabela 5 - Análise descritiva da escala do MLHFQ total e de seus componentes físico e emocional, segundo avaliação dos 138 pacientes com IC em seguimento ambulatorial.Ribeirão Preto, 2005 - 2006.

Variáveis	No. de Items	Alfa de Cronbach	Variação obtida	Mediana	Média (D.P.)
MLHFQ – total	21	0,93	0 - 99	33	35,8 (24,9)
MLHFQ – físico	8	0,91	0 - 40	12	13,6 (11,5)
MLHFQ – emocional	5	0,78	0 - 25	7,5	8,3 (6,7)

Ainda no instrumento do MLFHQ, há uma questão geral que aborda se durante o último mês o problema cardíaco (IC) impediu o paciente de viver como gostaria. Entre os sujeitos, 69 (50,5%) responderam que sim, ou seja, concordaram que a IC tem um impacto negativo em suas vidas.

Visando melhor descrição dos itens que compõem o instrumento e a avaliação dos pacientes frente ao comprometimento desses aspectos devido à IC, apresentaremos os resultados obtidos nas Tabelas 6 e 8.

Ao analisarmos as respostas para cada item do MLHFQ, verificamos que a maioria dos itens recebeu resposta zero (sem limitação) que variou de 79,7% (n = 110) para o item 14

(hospitalização) a 36,2% (n = 50) para os itens 2, 3 e 13 (relacionados aos sintomas) enquanto o item 19 (preocupação com a doença cardíaca) obteve 28,3% (n = 39) da resposta cinco, ou seja, limitação máxima. Com relação aos itens considerados como não-aplicáveis pelos participantes, os resultados apontaram que trabalho, atividade sexual, passatempos e sair de casa foram considerados por 91 (65,9%), 54 (39,1%), 8 (5,8%) e 2 (1,4%) participantes, respectivamente (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição das freqüências das respostas dos 138 pacientes com IC em seguimento ambulatorial aos itens do MLHFQ com valores entre zero e cinco, itens não aplicáveis (NA) e não respondidos (NR). Ribeirão Preto, 2005 - 2006.

Itens	0 (não)	1 (muito pouco)	2	3	4	5 (demais)	NA*	NR**
1)Causou inchaço em seus tornozelos e pernas	80 (58)	9 (6,5)	10 (7,2)	17 (12,3)	9 (6,5)	13 (9,4)	-	-
2)Obrigou você a sentar ou deitar para descansar durante o dia	50 (36,2)	12 (8,7)	14 (10,1)	28 (20,3)	21(15,2)	12 (8,7)	-	1
3)Tornou difícil para você caminhar e subir escadas	50 (36,2)	6 (4,3)	12 (8,7)	28 (20,3)	16 (11,6)	26 (18,8)	-	-
4)Tornou difícil seu trabalho doméstico	60 (43,5)	15 (10,9)	21(15,2)	20 (14,5)	15 (10,9)	7 (5,1)	-	-
5)Tornou difícil você sair de casa	72 (52,2)	9 (6,5)	13 (9,4)	16 (11,6)	10 (7,2)	15 (10,9)	2 (1,4)	1 (0,7)
6)Tornou difícil dormir bem à noite	68 (49,3)	8 (5,8)	13 (9,4)	12 (8,7)	20 (14,5)	15 (12,3)	-	-
7)Tornaram difíceis seus relacionamentos ou atividades com familiares e amigos	107 (77,5)	3 (2,2)	5 (3,6)	10 (7,2)	8 (5,8)	5 (3,6)	-	-
8)Tornou difícil seu trabalho para ganhar a vida	16 (11,6)	3 (2,2)	8 (5,8)	1 (0,7)	4 (2,9)	14 (10,1)	91(65,9)	1 (0,7)
9)Tornou difíceis seus passatempos, esportes e diversão (passear, dançar,...)	64 (46,4)	9 (6,5)	11(8)	12 (8,7)	19 (13,8)	14 (10,1)	8 (5,8)	1 (0,7)
10)Tornou difícil sua atividade sexual	21 (15,2)	5 (3,6)	4 (2,9)	15 (10,9)	15 (10,9)	18 (13)	54 (39,1)	6 (4,3)
11)Fez você comer menos as comidas que gosta	51 (37)	10 (7,2)	20 (14,5)	24 (17,4)	17 (12,3)	16 (11,6)	-	-
12)Causou falta de ar	63 (45,7)	13 (9,4)	11(8)	12 (8,7)	16 (11,6)	23 (16,7)	-	-
13)Deixou você cansado, fatigado ou com pouca energia	50 (36,2)	11(8)	16 (11,6)	21(15,2)	20 (14,5)	20 (14,5)	-	-
14)Obrigou você a ficar hospitalizado (internado)	110 (79,7)	1 (0,7)	6 (4,3)	6 (4,3)	5 (3,6)	9 (6,5)	-	1 (0,7)
15)Fez você gastar dinheiro com cuidados médicos	56 (40,6)	7 (5,1)	13 (9,4)	21(15,2)	22 (15,9)	17 (12,3)	-	2 (1,4)
16)Você sofreu os efeitos colaterais das medicações (mudança na pressão, batedeira, tonturas, ...)	76 (55,1)	6 (4,3)	13 (9,4)	12 (8,7)	16 (11,6)	15 (10,9)	-	-
17)Fez você sentir-se um peso (um estorvo) para familiares e amigos	99 (71,7)	5 (3,6)	9 (6,5)	6 (4,3)	10 (7,2)	8 (5,8)	-	1 (0,7)
18)Fez você sentir que não consegue controlar sua vida	82 (59,4)	11(8)	7 (5,1)	11(8)	14 (10,1)	12 (8,7)	-	1 (0,7)
19)Fez você se preocupar	32 (23,2)	6 (4,3)	21(15,2)	18 (13)	20 (14,5)	39 (28,3)	-	2 (1,4)
20)Tornou difícil para você concentra-se ou lembrar-se das coisas	64 (46,4)	2 (1,4)	17(12,3)	27 (19,6)	16 (11,6)	12 (8,7)	-	-
21)Fez você sentir-se deprimido	65 (47,1)	10 (7,2)	13 (9,4)	14 (10,1)	14 (10,1)	22 (15,9)	-	-

*NA = Não se aplica

** NR = Não respondido (dado perdido)

Seguindo o critério estipulado na nossa metodologia de substituir os itens com respostas "não aplicáveis" pela média individual de respostas aos itens do instrumento, obtivemos os valores apresentados na Tabela 7. Assim, nos itens em que houve a substituição dos dados, ou seja, itens 5 (sair de casa), 8 (trabalho), 9 (passatempos, esportes e diversão) e 10 (atividade sexual) foram observados aumento na maioria das médias das respostas. Portanto, se o paciente estudado realizasse a atividade proposta na questão teríamos também um aumento do escore total do MLHFQ de 27,5 para 35,8, ou seja, uma pior QVRS ou maior impacto da IC na vida diária.

Tabela 7 - Distribuição das freqüências das respostas dos 138 pacientes com IC em seguimento ambulatorial aos itens do MLHFQ após a substituição dos itens não aplicáveis (NA) pelas médias dos itens. Ribeirão Preto, 2005 - 2006.

Itens	0 (não)	1 (muito pouco)	2	3	4	5 (demais)	Dado perdido
1)Causou inchaço em seus tornozelos e pernas	80 (58)	9 (6,5)	10 (7,2)	17 (12,3)	9 (6,5)	13 (9,4)	-
2)Obrigou você a sentar ou deitar para descansar durante o dia	50 (36,2)	12 (8,7)	14 (10,1)	28 (20,3)	21 (15,2)	12 (8,7)	1
3)Tornou difícil para você caminhar e subir escadas	50 (36,2)	6 (4,3)	12 (8,7)	28 (20,3)	16 (11,6)	26 (18,8)	-
4)Tornou difícil seu trabalho doméstico	60 (43,5)	15 (10,9)	21 (15,2)	20 (14,5)	15 (10,9)	7 (5,1)	-
5)Tornou difícil você sair de casa	72 (52,2)	9 (6,5)	13 (9,4)	18 (13)	10 (7,2)	15 (10,9)	-
6)Tornou difícil dormir bem à noite	68 (49,3)	8 (5,8)	13 (9,4)	12 (8,7)	20 (14,5)	17 (12,3)	-
7)Tornaram difíceis seus relacionamentos ou atividades com familiares e amigos	107 (77,5)	3 (2,2)	5 (3,6)	10 (7,2)	8 (5,8)	5 (3,6)	-
8)Tornou difícil seu trabalho para ganhar a vida	35 (25,4)	30 (21,7)	27 (19,6)	16 (11,6)	14 (10,1)	15 (10,9)	-
9)Tornou difíceis seus passatempos, esportes e diversão (passear, dançar,...)	65 (47,1)	9 (6,5)	13 (9,4)	16 (11,6)	20 (14,5)	14 (10,1)	1
10)Tornou difícil sua atividade sexual	29 (21)	23 (16,7)	15 (10,9)	28 (20,3)	18 (13)	19 (13,8)	6 (4,3)
11)Fez você comer menos as comidas que gosta	51 (37)	10 (7,2)	20 (14,5)	24 (17,4)	17 (12,3)	16 (11,6)	-
12)Causou falta de ar	63 (45,7)	13 (9,4)	11 (8)	12 (8,7)	16 (11,6)	23 (16,7)	-
13)Deixou você cansado, fatigado ou com pouca energia.	50 36,2	11 8	16 11,6	21 15,2	20 14,5	20 14,5	
14)Obrigou você a ficar hospitalizado (internado)	110 (79,7)	1 (0,7)	6 (4,3)	6 (4,3)	5 (3,6)	9 (6,5)	1 (0,7)
15)Fez você gastar dinheiro com cuidados médicos	56 (40,6)	7 (5,1)	13 (9,4)	21 (15,2)	22 (15,9)	17 (12,3)	2 (1,4)
16)Você sofreu os efeitos colaterais das medicações (mudança na pressão, batedeira, tonturas, ...)	76 (55,1)	6 (4,3)	13 (9,4)	12 (8,7)	16 (11,6)	15 (10,9)	-
17)Fez você sentir-se um peso (um estorvo) para familiares e amigos	99 (71,7)	5 (3,6)	9 (6,5)	6 (4,3)	10 (7,2)	8 (5,8)	1 (0,7)
18)Fez você sentir que não consegue controlar sua vida	82 (59,4)	11 (8)	7 (5,1)	11 (8)	14 (10,1)	12 (8,7)	1 (0,7)
19)Fez você se preocupar	32 (23,2)	6 (4,3)	21 (15,2)	18 (13)	20 (14,5)	39 (28,3)	2 (1,4)
20)Tornou difícil para você concentra-se ou lembrar-se das coisas	64 (46,4)	2 (1,4)	17 (12,3)	27 (19,6)	16 (11,6)	12 (8,7)	-
21)Fez você sentir-se deprimido	65 (47,1)	10 (7,2)	13 (9,4)	14 (10,1)	14 (10,1)	22 (15,9)	-

Com relação aos itens do MLHFQ, todos apresentaram variação de zero (sem limitação) a cinco (máxima limitação). O item que apresentou maior média (2,8±1,9) foi o item 19 que está relacionado à preocupação da doença, seguido dos itens 3 e 13 que estão relacionados ao aspecto físico da doença (dificuldade para caminhar e subir escadas) e aos sintomas de cansaço, fadiga e diminuição da energia. O item que apresentou menor valor na média foi o 14 (hospitalização) e o item 7 (relacionamentos ou atividades com familiares e amigos) com média de 0,7 (±1,5), seguido do item 17 (sentimento de peso/estorvo para familiares e amigos) (Tabela 8).

Tabela 8 - Análise descritiva dos itens do MLHFQ, segundo avaliação dos 138 pacientes com IC em seguimento ambulatorial. Ribeirão Preto, 2005 - 2006.

Itens do MLHFQ	Amplitude	Mediana	Média (D.P.)
1)Causou inchaço em seus tornozelos e pernas	0 - 5	0	1,3 (1,8)
2)Obrigou você a sentar ou deitar para descansar durante o dia	0 - 5	2	1,9 (1,8)
3)Tornou difícil para você caminhar e subir escadas	0 - 5	3	2,2 (1,9)
4)Tornou difícil seu trabalho doméstico	0 - 5	1	1,5 (1,6)
5)Tornou difícil você sair de casa	0 - 5	0	1,5 (1,8)
6)Tornou difícil dormir bem à noite	0 - 5	1	1,7 (1,9)
7)Tornaram difíceis seus relacionamentos ou atividades com familiares e amigos	0 - 5	0	0,7 (1,5)
8)Tornou difícil seu trabalho para ganhar a vida	0 - 5	2	1,9 (1,7)
9)Tornou difíceis seus passatempos, esportes e diversão (passear, dançar,...)	0 - 5	1	1,7 (1,9)
10)Tornou difícil sua atividade sexual	0 - 5	2	2,3 (1,7)
11)Fez você comer menos as comidas que gosta	0 - 5	2	1,6 (1,8)
12)Causou falta de ar	0 - 5	1	1,8 (1,9)
13)Deixou você cansado, fatigado ou com pouca energia.	0 - 5	2	2 (1,9)
14)Obrigou você a ficar hospitalizado (internado)	0 - 5	0	0,7 (1,5)
15)Fez você gastar dinheiro com cuidados médicos	0 - 5	2	1,9 (1,9)
16)Você sofreu os efeitos colaterais das medicações (mudança na pressão, batedeira, tonturas, ...)	0 - 5	0	1,5 (1,9)
17)Fez você sentir-se um peso (um estorvo) para familiares e amigos	0 - 5	0	0,9 (1,6)
18)Fez você sentir que não consegue controlar sua vida	0 - 5	0	1,3 (1,8)
19)Fez você se preocupar	0 - 5	3	2,8 (1,9)
20)Tornou difícil para você concentra-se ou lembrar-se das coisas	0 - 5	2	1,8 (1,8)
21)Fez você sentir-se deprimido	0 - 5	1	1,8 (1,9)

Para avaliar a relação entre o impacto da IC na vida diária e a percepção do estado geral de saúde dos pacientes calculamos os coeficientes de correlação de Pearson entre a medida do MLHFQ total, as dimensões física e emocional, com os oito domínios do SF-36. Por serem medidas opostas (maiores valores do SF-36 indicam melhor avaliação do estado de saúde, enquanto no MLHFQ maiores valores indicam maior impacto da IC na vida dos pacientes ou pior QVRS), esperávamos que as correlações obtidas fossem negativas e de moderada e forte magnitude, o que foi confirmado em nosso estudo. Essas correlações estão apresentadas na Tabela 9.

Tabela 9 - Coeficientes de correlação de Pearson (r) entre as medidas do MLHFQ total, físico e emocional e os oito componentes do SF-36. Ribeirão Preto, 2005 - 2006.

Componentes do SF-36	**MLHFQ* total**	**MLHFQ físico** (n=136)**	**MLHFQ emocional** (n=134)**
Capacidade Funcional	- 0,70	- 0,73	- 0,53
Saúde mental	- 0,68	- 0,59	- 0,67
Vitalidade	- 0,64	- 0,63	- 0,57
Aspectos sociais	- 0,55	- 0,47	- 0,54
Estado Geral de Saúde	- 0,54	- 0,47	- 0,45
Aspectos emocionais	- 0,53	- 0,46	- 0,55
Aspectos físicos	- 0,51	- 0,46	- 0,47
Dor	- 0,51	- 0,46	- 0,43

* todos com valores de $p < 0,05$
** todos com valores de $p < 0,01$

Dessa forma, encontramos correlações inversas, de forte magnitude (acima de 0,50) e todas estatisticamente significantes (p<0,05), entre o escore total do MLHFQ e os oito domínios do SF-36. As maiores correlações foram entre a medida total do MLHFQ e as medidas dos domínios *Capacidade funcional* (r = - 0,70), seguida de *Saúde mental* (r = - 0,68) e *Vitalidade* (r = - 0,64).

Quando analisamos as dimensões do MLHFQ, física e emocional, com os oito componentes do SF-36, observamos que todas as correlações também foram inversas, de moderada a forte magnitude e estatisticamente significante com p<0,01. Na dimensão física

encontramos maiores correlações com o componente *Capacidade funcional* (r = - 0,73) e *Vitalidade* (r = - 0,63). Quanto à dimensão emocional, as maiores correlações foram com *Saúde mental* (r = - 0,67), *Vitalidade* (r = - 0,57) e *Aspectos emocionais* (r = - 0,55).

A comparação dos valores das medidas do MLHFQ total, segundo o sexo e a situação conjugal dos participantes, mostrou que não havia diferenças estatisticamente significante entre os grupos (Tabela 10), embora a média tenha sido maior no grupo feminino (41,2±27,3) do que o masculino (32,2±24,9).

Tabela 10 – Médias do valor total do MLHFQ, segundo sexo e situação conjugal dos 138 pacientes com IC em seguimento ambulatorial. Ribeirão Preto 2005-2006.

	MLHFQ total		
	N	Média (D.P.)	*p*
Sexo			0,66
masculino	83	32,2 (24,9)	
feminino	53	41,2 (24,3)	
Situação conjugal			0,78
solteiro	81	36,8 (24,4)	
casado	53	35,5 (25,6)	

Quando comparadas às dimensões física e emocional do MLHFQ com sexo e situação conjugal (Tabela 11), observam-se diferenças estatisticamente significantes entre os pacientes do sexo masculino e feminino em relação à medida do MLHFQ componente físico e emocional, com as mulheres apresentado uma pior avaliação em ambos componentes. Com relação à situação conjugal, não houve diferenças estatisticamente significantes entre casados e solteiros quando comparamos os valores da medida total e as dimensões física e emocional do MLHFQ (Tabela 11).

Tabela 11 – Médias do valor do MLHFQ físico e emocional, segundo sexo e situação conjugal dos 138 pacientes com IC em seguimento ambulatorial. Ribeirão Preto 2005-2006.

	MLHFQ físico			MLHFQ emocional		
	N	Média (D.P.)	*p*	N	Média (D.P.)	*p*
Sexo			0,01			0,05
masculino	83	11,6 (11,5)		82	7,4 (6,4)	
feminino	53	16,6 (10,8)		52	9,7 (6,8)	
Situação conjugal			0,49			0,89
casado	81	13,3 (11,3)		80	8,9 (6,5)	
solteiro	53	7,9 (6,8)		52	7,9 (6,8)	

Com relação á variável idade, a figura 1 ilustra a associação das médias do valor total do MLHFQ e da idade dos pacientes com IC. Essa correlação apresentou-se negativa e fraca (r = - 0,17) e estatisticamente não significante (*p* = 0,06). De igual modo, quando correlacionadas os valores das dimensões, fica e emocional, do MLHFQ com a idade dos sujeitos constatamos valores semelhantes (r = - 0,15 para o físico e r = - 0,16 para o emocional) e não estatisticamente significantes (*p* = 0,07). A direção da correlação pareça indicar possível relação inversa entre a idade e o impacto da IC (maior idade, menor impacto).

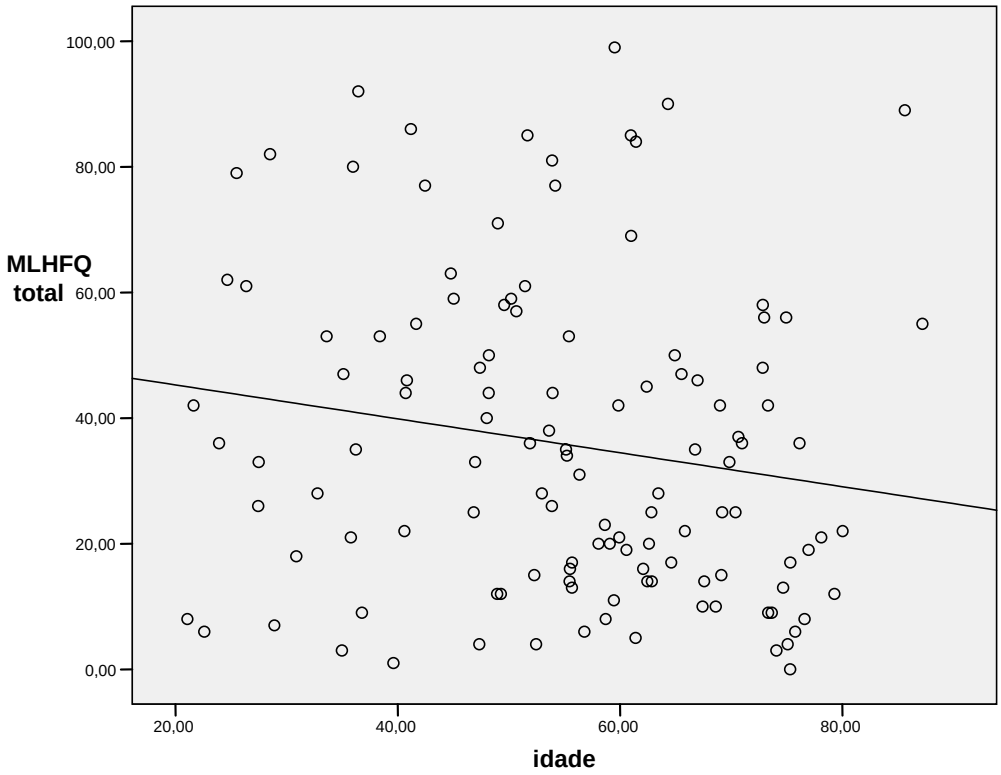

Figura 1 - Diagrama de dispersão dos valores do MLHFQ total e da idade (em anos) dos sujeitos.

Correlacionando o tempo de seguimento ambulatorial e a medida do MLHFQ total (Figura 2), observamos que quanto maior o tempo de seguimento desses pacientes no ambulatório de IC, melhor a QVRS. Essa correlação de fraca intensidade e negativa (r = -0,23) mostrou-se estatisticamente significante (*p* = 0,01). Tal resultado indica que com o prosseguimento do acompanhamento ambulatorial especializado ocorre a diminuição do impacto negativo da IC para os pacientes e melhora da QVRS.

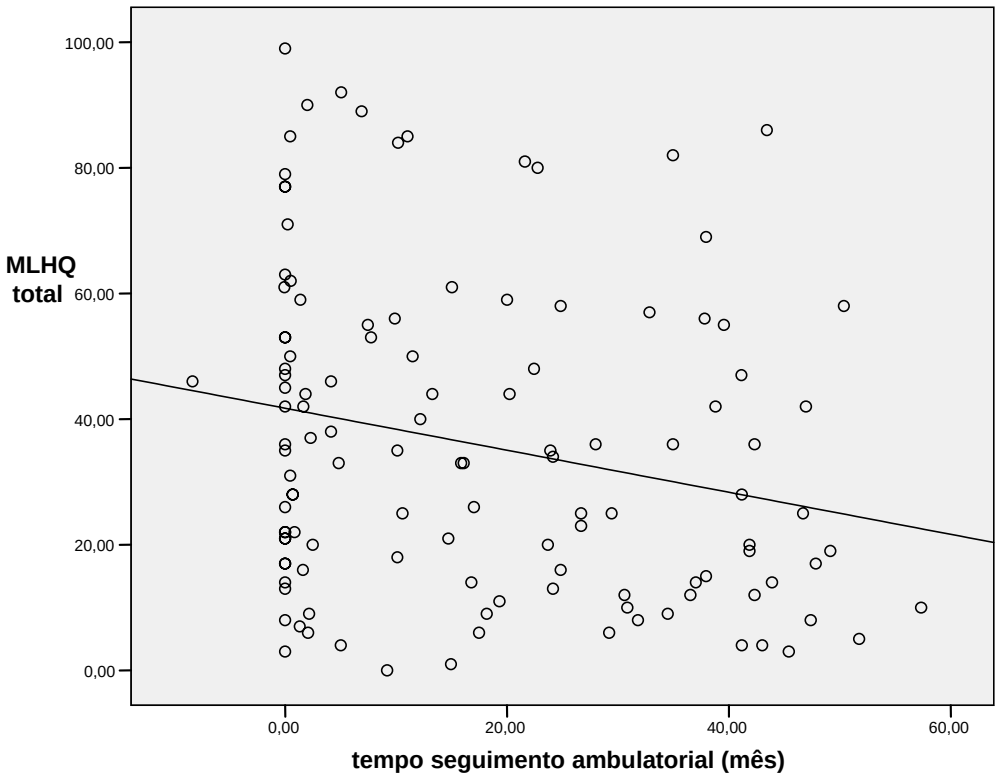

Figura 2 - Diagrama de dispersão dos valores do MLHFQ total e o tempo de seguimento ambulatorial (em meses) dos sujeitos.

Para observar as relações entre o impacto da IC e as variáveis clínicas (CF-NYHA e FEVE) comparamos as médias do MLHFQ entre os grupos (Tabela 12) pelo teste t de Student. Quanto maior a gravidade da IC nos pacientes atendidos no ambulatório maior o impacto dessa doença em suas vidas. Portanto, a classe funcional que obteve maior valor do MLHFQ total foi a classe funcional IV com média de 67,9 (±19,1). Com relação à FEVE,

observou-se que o impacto da IC na vida dos pacientes aumenta quanto menor era a porcentagem de ejeção do ventrículo esquerdo, ou seja, maior era a disfunção sistólica. Embora tivéssemos apenas dois pacientes com valor da FEVE normal. Contudo, as diferenças entre os grupos foram estatisticamente significantes.

Tabela 12 – Médias do valor total do MLHFQ, segundo classe funcional da NYHA e a fração de ejeção do ventrículo esquerdo dos 138 pacientes com IC em seguimento ambulatorial. Ribeirão Preto 2005-2006.

	MLHFQ total				
	N	Amplitude	Mediana	Média (D.P.)	*p**
Classe funcional (NYHA)					0,000
I	45	0 – 55	19	20,8 (13,9)	
II	43	1 – 90	28	31,9 (21,6)	
III	24	9 – 99	55,5	56,5 (22,5)	
IV	9	45 – 92	63	67,9 (19,1)	
FEVE (%)					0,004
< 30 (grave)	52	4 – 99	38,5	41 (26,8)	
30 - 44 (moderada)	37	3 – 85	22	28,9 (21,8)	
45 – 55 (leve)	5	22 – 35	25	26,6 (4,9)	
> 55 (normal)	2	79 – 85	73	73,5 (7)	

* ANOVA

Quando comparamos os valores do MLHFQ total, físico e emocional com as classes funcionais agrupadas em CF I e CF II, III e IV, constatamos que as médias da medida total e suas dimensões foram maiores no grupo de pacientes com classes funcionais mais avançadas (classes II, III e IV), sendo essa diferença estatisticamente significante para o total e as dimensões do MLHFQ (Tabela 13).

Tabela 13 - Médias do valor total e das dimensões física e emocional do MLHFQ, segundo classe funcional da NYHA e a fração de ejeção do ventrículo esquerdo dos 138 pacientes com IC em seguimento ambulatorial. Ribeirão Preto 2005-2006.

	MLHFQ total			MLHFQ física			MLHFQ emocional		
	Média	DP	*p*	Média	DP	*p*	Média	DP	*p*
Classe funcional (NYHA)[1]			0,000			0,000			0,05
I	20,8	(13,9)		6,6	(7,3)		5,5	(5,4)	
II, III, IV	43,9	(25,6)		17,9	(11,2)		9,9	(6,8)	
FEVE[2]			0,004			0,006			0,06

[1]Teste T
[2]ANOVA

Comparamos os grupos por FEVE com o MLHFQ total, físico e emocional e também obtivemos valores estatisticamente significantes (Tabela 14).

Tabela 14 - Médias do valor total e das dimensões física e emocional do MLHFQ, segundo a fração de ejeção do ventrículo esquerdo dos 138 pacientes com IC em seguimento ambulatorial. Ribeirão Preto 2005-2006.

	MLHFQ total			MLHFQ física			MLHFQ emocional		
	Média	(D.P.)	*p*	Média	(D.P.)	*p*	Média	(D.P.)	*p*
FEVE (%)			0,004			0,006			0,066
< 30 (grave)	41	(26,8)		15,9	(12,2)		9,1	(6,9)	
30 - 44 (moderada)	28,9	(21,8)		10,9	(9,7)		7,3	(6,5)	
45 – 55 (leve)	26,6	(4,9)		8,3	(7,8)		5	(3,2)	
> 55 (normal)	73,5	(7)		34,5	(4,9)		18,5	(0,7)	

Analisamos as correlações entre os oito componentes do SF-36 com o MLHFQ total, emocional e físico segundo o sexo dos participantes (Tabela 15) e observamos que essas correlações foram inversas, de moderada a forte magnitude e estatisticamente significantes (p<0,01).

Tabela 15 - Coeficientes de correlação* entre as medidas do MLHFQ total, físico e emocional com os oitos domínios do SF-36, segundo sexo dos pacientes com IC em seguimento ambulatorial. Ribeirão Preto 2005-2006.

Componentes SF-36	**Masculino**			**Feminino**		
	MLHFQ total	**MLHFQ físico**	**MLHFQ emocional**	**MLHFQ total**	**MLHFQ físico**	**MLHFQ emocional**
Capacidade funcional	-0,76	-0,74	-0,57	-0,57	-0,67	-0,42
Aspectos físicos	-0,55	-0,47	-0,46	-0,44	-0,42	-0,46
Dor	-0,55	-0,47	-0,46	-0,46	-0,43	-0,39
Estado geral de saúde	-0,53	-0,49	-0,42	-0,54	-0,46	-0,48
Vitalidade	-0,59	-0,59	-0,54	-0,68	-0,66	-0,58
Aspectos sociais	-0,53	-0,50	-0,48	-0,58	-0,42	-0,64
Aspectos emocionais	-0,54	-0,49	-0,49	-0,52	-0,38	-0,64
Saúde mental	-0,66	-0,59	-0,62	-0,70	-0,58	-0,72

* todos valores estatisticamente significantes (p < 0,01)

Os valores dos coeficientes de correlação entre a medida total do MLHFQ e os componentes do SF-36 variaram de 0,53 (*Estado geral de saúde* e *Aspectos sociais*) a 0,76

(*Capacidade funcional*) e de 0,44 (*Aspectos físicos*) a 0,70 (*Saúde mental*), respectivamente, para os homens e mulheres do estudo.

Considerando a medida física do MLHFQ e os componentes do SF-36, observamos que os valores de correlação para as medidas dos componentes *Capacidade funcional, Aspectos físicos, Estado geral de saúde, Aspectos sociais, Aspectos emocionais* e *Dor* foram maiores no grupo masculino (intervalo de 0,74 a 0,49). Já no grupo das mulheres, o maior valor de correlação foi com a medida do componente *Vitalidade* (0,66).

Quando consideramos a dimensão emocional do MLHFQ e os componentes do SF-36, observamos que os maiores valores de correlação foram no grupo feminino (intervalo de 0,72 a 0,39 versus 0,62 a 0,42). As mulheres apresentaram maiores valores nos componentes *Saúde mental, Aspectos emocionais, Aspectos sociais, Vitalidade e Estado geral de saúde*, e já os homens, apresentaram valores maiores de correlação na *Capacidade funcional* e *Dor*.

Essas associações entre o MLHFQ total, físico e emocional com os componentes do SF-36 foram de moderadas a forte magnitude, inversas e estatisticamente significantes ($p<0,01$).

As correlações entre as medidas dos oito componentes do SF-36 com as medidas do MLHFQ total e suas dimensões, física e emocional, também foram analisadas segundo a classe funcional dos pacientes com IC. As classes funcionais foram distribuídas em dois grupos: CF I (assintomáticos) e CF II, III e IV (sintomáticos) (Tabela 16).

Tabela 16 - Coeficientes de correlação entre as medidas do MLHFQ total, físico e emocional com os oitos domínios do SF-36, segundo classe funcional dos pacientes com IC em seguimento ambulatorial. Ribeirão Preto 2005-2006.

Componentes	**CF I**			**CF II, III e IV**		
SF-36	**MLFQ total**	**MLFQ físico**	**MLHFQ emocional**	**MLFQ total**	**MLFQ físico**	**MLHFQ emocional**
Capacidade funcional	- 0,63**	- 0,66**	- 0,28*	- 0,63**	- 0,63**	- 0,51**
Aspectos físicos	- 0,46**	- 0,33*	- 0,29*	- 0,55**	- 0,49**	- 0,52**
Dor	- 0,51**	- 0,38**	- 0,24	- 0,47**	- 0,45**	- 0,46**
Estado geral de saúde	- 0,19	- 0,27*	- 0,14	- 0,54**	- 0,43**	- 0,50**
Vitalidade	- 0,51**	- 0,49**	- 0,41**	- 0,62**	- 0,62**	- 0,57**
Aspectos sociais	- 0,43**	- 0,25	- 0,41**	- 0,57**	- 0,51**	- 0,56**
Aspectos emocionais	- 0,29	- 0,15	- 0,36**	- 0,63**	- 0,57**	- 0,61**
Saúde mental	- 0,60**	- 0,36**	- 0,64**	- 0,68**	- 0,61**	- 0,64**

* $p < 0,05$
** $p < 0,01$

Os pacientes da CF I apresentaram valores negativos de correlação que variaram de 0,19 a 0,63 (MLHFQ total), de 0,15 a 0,66 (MLHFQ físico) e de 0,14 a 0,64 (MLHFQ emocional). Em sua maioria, esses valores foram classificados de moderada magnitude (r > 0,3) e estatisticamente significantes.

Quanto ao grupo de pacientes sintomáticos (CF II, III e IV), também constatamos valores negativos de correlação e com menores variações, sendo todos estatisticamente significantes e, com valores de correlação, de forte magnitude (r > 0,5), em sua maioria.

Discussão

5. DISCUSSÃO

O grupo de sujeitos com IC atendidos no ambulatório do HCFMRP-USP se caracterizou por ser uma amostra representativa e formada por, predominantemente, pacientes do sexo masculino, adultos com idade média de 56 anos, casados que residiam com a família (companheira e filhos), baixa escolaridade, aposentados com renda média mensal individual de dois salários mínimos.

Segundo Belle et al. (2004), uma amostra representativa é aquela composta por indivíduos que possuem características que os inserem na população de interesse da investigação. Embora não sejam escolhidos de forma aleatória eles representam a população a ser estudada.

Em relação às características sócio-demográficas quando comparamos nossos resultados com os da literatura consultada, notamos discrepância em relação à idade, escolaridade e renda. Na maioria dos estudos, a população se constituiu de idosos com mais de 60 anos, com escolaridade de nível secundário e com maior renda média anual (GORKIN et al., 1993; COWLEY et al., 2000; MIDDEL et al., 2001; KASPER et al., 2002; RIEGEL et al., 2003a; MEYER; LAEDERACH-HOFMANN, 2003; JENG et al., 2003; LAINSCAK; KEBER, 2003; RODRÍGUEZ-ARTALEJO et al., 2005; RECTOR; ANAND; COHN, 2006; SCATTOLIN, 2006; SACCOMANN; CINTRA; GALLANI, 2007). Em apenas três investigações, os sujeitos apresentaram idade média semelhante a observada em nosso estudo (LEWIS et al., 2001; KOUKOUVOU et al., 2004; ZAMBROSKI et al., 2005).

Com relação à etiologia da IC, encontramos como causas mais freqüente as miocardiopatias dilatadas de natureza idiopática (35,5%) e chagásica (25%) como responsáveis pela metade dos casos investigados. Tal resultado difere daqueles obtidos em estudos internacionais (COWLEY et al., 2000; LEWIS et al., 2001; PARAJÓN et al., 2003;

DUHARME et al., 2005; HEO et al., 2005; SHIVELY et al., 2005; ZAMBROSKI et al., 2005; RECTOR; COHN, 2006) e nacionais (SCATOLLIN, 2006; SACCOMANN, CINTRA, GALLANI, 2007) cuja causa mais freqüentemente identificada foi a isquemia do miocárdio.

O ambulatório de IC do HCFMRP-USP é caracterizado por tratar pacientes com IC predominantemente de causa não isquêmica e por isso os nossos dados diferem da literatura em relação à idade e a causa da IC.

Quanto à classe funcional, observamos que mais da metade do grupo se encontrava nas classes II (34,8%) e III (18,8%), as quais também foram as mais diagnosticadas em outros estudos (GORKIN et al., 1993; COWLEY et al., 2000; LEWIS et al., 2001; MIDDEL et al., 2001; SNEED et al., 2001; BENNETT et al., 2002; KASPER et al., 2002; ARTINIAN et al., 2003; JENG et al., 2003; LAINSCAK; KEBER, 2003; PARAJÓN et al., 2003; RIEGEL et al., 2003b; GOTTLIEB et al., 2004; JENG et al., 2004; CALVERT; FREEMANTLE; CLELAND, 2005; DUCHARME et al., 2005; RODRÍGUEZ-ARTALEJO, 2005; SHIVELY et al., 2005; HEO et al., 2005; ZAMBROSKI et al., 2005; RECTOR; ANAND; COHN, 2006). Por se tratar de pacientes acompanhados em um ambulatório especializado de IC, obtivemos uma considerável presença de indivíduos na classe funcional I (39,1%). Tal percentagem foi semelhante aos resultados obtidos entre pacientes com IC acompanhados em outros hospitais universitários brasileiros (SCATTOLIN, 2006; SACCOMANN; CINTRA; GALLANI, 2007).

Considerando a fração de ejeção, constatamos que 61 (43,1%) e 42 (30,4%) pacientes tinham, respectivamente, disfunção sistólica grave e moderada. A gravidade da IC observada em nosso estudo foi semelhante à encontrada em estudos internacionais que apresentam como etiologia predominante as doenças isquêmicas do coração (GORKIN et al., 1993; COWLEY et al., 2000; LEWIS et al., 2001; KASPER et al., 2002; ARTINIAN et al., 2003; JENG et al., 2003; RIEGEL et al., 2003b; GOTTLIEB et al., 2004; JENG et al., 2004; CALVERT;

FREEMANTLE; CLELAND, 2005; RECTOR; ANAND; COHN, 2006). Quanto à comparação com resultados de outros estudos brasileiros, observamos que eles também se assemelham com os de pacientes com IC de origem isquêmica (SCATTOLIN, 2006; SACCOMANN; CINTRA; GALLANI, 2007) e também de origem chagásica (DOURADO et al., 2006).

Contudo, há que se considerar que não obtivemos o valor da FEVE para 19,6% do grupo estudado. Essa percentagem foi menor que a apresentada por Shively et al. (2005) com 30% da FEVE não descrita entre os participantes.

Ainda referindo-se a condição clínica dos participantes, constatamos entre a maioria a presença de doenças associadas tais como Hipertensão Arterial, Fibrilação Atrial, Dislipidemia, Diabetes Mellitus, Doença Reumática e Doença Arterial Coronariana. Tais condições têm sido mencionadas nos pacientes com IC investigados em outros estudos (GORKIN et al., 1993; MIDDEL et al., 2001, BENETT et al., 2002, GOTTLIEB et al., 2004, HEO et al., 2005, RECTOR; ANAND; COHN, 2006).

Com relação ao tratamento medicamentoso, poucos estudos levantam o número de medicamentos utilizados pelos pacientes com IC (LAINSCAK; KEBER, 2003; GOTTLIEB et al., 2004; CALVERT; FREEMANTLE; CLELAND, 2005; ZAMBROSKI et al., 2005). Já os estudos que trazem essa informação, constataram que em média o número de fármacos utilizados pelos pacientes de IC está em torno de seis medicamentos, semelhante ao nosso estudo (LAINSCAK; KEBER, 2003; SCATTOLIN, 2006).

As medidas de qualidade de vida relacionadas à saúde, foram verificadas com o instrumento SF-36 e o MLHFQ. O SF-36 foi usado para avaliar o estado de saúde percebido e o MLHFQ mensurou o impacto da IC na vida dos pacientes. A consistência interna para o MLHFQ total e de suas dimensões e para a maioria dos domínios do SF-36, exceto para *Estado geral de saúde* e *Aspectos sociais*, foram considerada satisfatória no grupo estudado.

Em relação aos os valores de alfa de Cronbach dos componentes do SF-36, no estudo de Saccomann, Cintra e Gallani (2007), esses valores estavam entre 0,60 a 0,95 na população idosa com IC em atendimento ambulatorial. Resultados semelhantes também foram encontrados por Jeng et al. (2004) (0,65 a 0,95) e por Ekman, Fagerberg e Lundman (2002) (0,75 a 0,93) para os oito componentes do SF-36. Já Shively et al. (2005) mencionaram valores da consistência interna acima de 0,50 em pacientes com IC.

Quanto ao MLHFQ, este instrumento tem apresentado adequada consistência interna e tem se mostrado ser um instrumento que avalia mudanças clinicamente importantes na QVRS (MIDDEL et al., 2001). A consistência interna do MLHFQ foi de 0,92 para o total e a dimensão física e de 0,87 para a dimensão emocional no estudo de Heo et al. (2005). Os valores do alfa de Cronbach do MLHFQ encontrados para a medida total foram de 0,88 (hispânicos) e 0,90 (não-hispânicos) no estudo de Riegel et al. (2002). Além de confiável, mostrou ser uma medida estável tendo altos valores de teste-reteste (0,89 para a dimensão física e 0,93 para a dimensão emocional) (GOTTLIEB et al., 2004).

Em geral, nosso estudo reafirmou o bom desempenho dos instrumentos SF-36 e MLHFQ. Os valores obtidos para o alfa de Cronbach para esses instrumentos foram concordantes com os da literatura revisada (GORKIN et al., 1993; MIDDEL et al., 2001; BENNETT et al., 2002; RIEGEL et al., 2002; ARTINIAN et al., 2003a; RIEGEL et al., 2003b; ZAMBROSKI et al., 2005; SCATTOLIN, 2006).

Com relação à avaliação do estado de saúde percebido, obtivemos dois domínios com médias inferiores à metade do valor máximo esperado para cada domínio, ou seja, 50. Entre os participantes, os domínios *Aspectos físicos* (média de 36,8) e *Aspectos emocionais* (média de 47,6) foram os mais comprometidos, enquanto que os demais estavam moderadamente comprometidos (média de 57,7 a 67). No estudo de Jeng et al. (2003), entre pacientes idosos, com classe funcional II e em atendimento ambulatorial, o estado de saúde percebido foi

considerada moderada (média de 66 a 81) sendo os domínios *Vitalidade* e *Estado geral de saúde* os mais comprometidos com médias de 39 e 49, respectivamente. Já no estudo de Gottlieb et al. (2004), todos os domínios do SF-36 estavam comprometidos e apresentaram médias menores que 50 (31 a 44) entre pacientes do sexo masculino, com média de idade de 64 anos, com IC classe funcional III e em atendimento ambulatorial.

Entretanto, os pacientes com IC estão sujeitos à hospitalizações freqüentes e isso irá refletir na avaliação do estado de saúde percebido por esses indivíduos. No estudo realizado por Ekman, Fagerberg e Lundman (2002), os autores constataram que *Aspectos físicos*, *Capacidade funcional, Estado geral de saúde* e *Vitalidade* foram os domínios do SF-36 com maior comprometimento (médias inferiores a 50 com variação de 35 a 43). Os autores justificaram que as razões para esses resultados foram: a amostra ser constituída de pacientes idosos (idade maior ou igual a 65 anos), em CF III e IV (refletindo considerável dano funcional), com sintomas de fadiga e dispnéia e hospitalizados. O comprometimento desses domínios também foi constatado em pacientes idosos e hospitalizados, em classe funcional III (média de 28 a 48) (SNEED et al., 2001) e entre pacientes hospitalizados, não idosos, em classe funcional II (média de 26 a 42) (RODRÍGUEZ-ARTALEJO et al., 2005). Em outro estudo, foram encontrados resultados semelhantes (média de 21 a 44) entre mulheres idosas e hospitalizadas com Fibrilação Atrial ou Fluter Atrial e candidatas a Cardioversão Elétrica (MIDDEL et al., 2001).

Assim, ao compararmos os resultados obtidos em nosso estudo com pacientes, predominantemente, não idosos e em CF II e III constatamos resultados similares aos apresentados nos estudos realizados com pacientes idosos ou não, de classes funcionais avançadas (II e III) e hospitalizados (MIDDEL et al., 2001; SNEED et al., 2001; RODRÍGUEZ-ARTALEJO et al., 2005).

Os pacientes com IC que apresentam baixos valores para a dimensão física do SF-36, como os participantes do nosso estudo, podem sofrer consideráveis perdas funcionais e ainda a presença de doenças ou sintomas como a fadiga e a dispnéia, conduzindo às limitações físicas e sociais (EKMAN; FAGERBERG; LUNDMAN, 2002). Segundo Heo et al. (2005), a maioria dos pacientes com IC tem sintomas que causam limitações na vida diária e como conseqüência, a percepção de saúde está prejudicada.

O domínio *Aspectos emocionais* também estava comprometido na avaliação dos pacientes atendidos no ambulatório especializado do HCFMRP-USP, apresentando valor médio de 48. Nos estudos de Middel et al. (2001) e Gottlieb et al. (2004), os autores obtiveram valores médios para o referido domínio de 38 e 44, respectivamente. No entanto, salientaram que esse domínio teve uma melhor pontuação do que os outros sete domínios do SF-36 nas populações estudadas. Esses resultados foram discordantes daqueles observados por outros pesquisadores que encontraram valores médios entre 54 e 85 para o domínio *Aspectos emocionais* (EKMAN; FAGERBERG; LUNDMAN, 2002, JENG et al., 2003, MEYER; LAEDERACH-HOFMANN, 2003, RODRIGUEZ-ARTALEJO et al., 2005).

Problemas emocionais podem ser devido à ansiedade, depressão e perda de controle. Esses aspectos foram avaliados pelo domínio *Saúde Mental* do SF-36. Os pacientes do nosso estudo informaram moderado comprometimento (média de 63), o que foi parcialmente concordante com outros resultados publicados (EKMAN; FAGERBERG; LUNDMAN, 2002, JENG et al., 2003, RODRÍGUEZ-ARTALEJO et al., 2005).

A percepção dos problemas de saúde sobre a função social, ou seja, sobre a realização ou participação em atividades como visitar amigos e parentes foi avaliada pelo domínio *Aspecto sociais* (média de 67) tendo sido o domínio menos comprometido entre os nossos pacientes com IC atendidos no ambulatório. Ressaltamos que a consistência interna desse domínio foi considerada baixo ($\alpha < 0,70$), indicando que talvez esse aspecto nessa população

possa não ter sido adequadamente avaliado. Para Jeng et al. (2004), muitos pacientes informaram que na falta de contatos freqüentes com outras pessoas, eles optavam por atividades como ler livros ou jornais e realizar exercícios sozinhos, portanto esse domínio pode não ter sido tão comprometido em outros estudos.

Menores valores nas medidas nos *Aspectos físicos* e *Aspectos sociais* podem resultar em sentimentos de menor autonomia e controle sobre a vida entre pacientes com IC, que influencia negativamente a vida desses indivíduos (JOHANSSON; DAHLSTROM; BROSTROM, 2006).

Para muitos pacientes com IC a QVRS está frequentemente influenciada por limitações na capacidade de exercícios e atividades na vida diária. Isso também influencia a redução da atividade e satisfação com a vida sexual, interrupção no trabalho e interações sociais com família e amigos. Há ainda a presença de distúrbios psicológicos como a depressão, hostilidade e ansiedade (STROMBERG; MARTENSSON, 2003).

O impacto da IC na vida dos pacientes atendidos no ambulatório foi avaliado pelo MLHFQ. No grupo estudado, os valores obtidos do MLHFQ estavam abaixo da média, para o total da escala (média do intervalo= 52,5; média obtida= 35,8), para a dimensão física (média do intervalo= 20; média obtida= 13,6) e para a dimensão emocional (média do intervalo= 12,5; média obtida= 8,3). Resultados semelhantes foram obtidos em outro estudo realizado no Brasil, cujos autores avaliaram pacientes idosos com IC, de origem isquêmica, em atendimento ambulatorial: valor médio de 41,2 para o MLHFQ total; 10,1 para a dimensão emocional e 18,6 para a dimensão física (SCATTOLIN, 2006) e em estudos internacionais cujo os autores constataram moderado impacto da IC tanto para o total da escala (médias encontradas 35 a 48) como para as sub-escalas física (médias encontradas 19 a 20) e emocional (médias encontradas 7 a 11) (COWLEY et al., 2000; MIDDEL et al., 2001; SNEED et al., 2001; BENNETT et al., 2002; KASPER et al., 2002; RIEGEL et al., 2002;

ARTINIAN et al., 2003; MEYER; LAEDERACH-HOFMANN, 2003; RIEGEL et al., 2003; BADANO et al., 2004; GOTTLIEB et al., 2004, SHIVELEY et al., 2004; DUCHARME et al., 2005).

Assim, o impacto da IC na vida destes pacientes foi moderado tanto em sua avaliação geral quanto as dimensões físicas e emocionais. Os pacientes demonstraram preocupação com a IC e apresentaram comprometimento, principalmente, em relação ao aspecto físico da doença como dificuldade para caminhar e subir escadas além dos sintomas como o cansaço, fadiga e diminuição da energia.

É importante ressaltarmos que o MLHFQ tem se mostrado um instrumento sensível para avaliar o impacto da IC na vida dos pacientes. Essa propriedade pode ser observada quando comparamos os resultados de pacientes ambulatoriais e hospitalizados. Em geral, os pacientes ambulatoriais apresentaram melhor classe funcional (II versus III) e menores valores no instrumento MLHFQ (42 versus 67) do que pacientes hospitalizados (LEWIS et al., 2001; BENNETT et al., 2002).

Quando dividimos os pacientes do nosso estudo em dois grupos, assintomáticos (CF I) e sintomáticos (CF II, III e IV), e comparamos as médias dos valores do MLHFQ total, físico e emocional, contatamos que o impacto da IC foi maior nos pacientes com classes mais avançadas para todas as dimensões do instrumento, o que já era o esperado. Entre os assintomáticos obtivemos valores médios de 20,8 (total), 6,6 (físico) e 5,5 (emocional) enquanto para os pacientes sintomáticos os valores médios foram de 43,9 (total), 17,9 (físico) e 9,9 (emocional). Esses valores foram semelhantes aos encontrados nos estudos de Kasper et al (2002). Os pacientes ambulatoriais nas classes funcionais II e III apresentaram moderado impacto da IC sobre sua vida, com valores de 35,7 para o MLHFQ total e de 14,7 para a dimensão física e 9 para a emocional no estudo de Kasper et al. (2002). Riegel et al. (2002) estudaram pacientes com variada gravidade de IC e encontraram valores médios de 35,4

(total) e 11,9 (emocional), porém esses pacientes apresentaram maior comprometimento na dimensão física (23,7) do MLHFQ.

Além de Riegel et al., (2002) outros autores constataram comprometimento maior na dimensão física do MLHFQ entre pacientes com IC (KOUKOUVOU et al., 2004; RODRÍGUEZ-ARTALEJO et al., 2005).

Com relação à dimensão emocional, nossos resultados vão ao encontro daqueles obtidos em outros estudos nos quais os pacientes apresentaram médias de 6 a 10 (COWLEY et al., 2000; MIDDEL et al., 2001; SNEED et al., 2001; BENNET et al., 2002; KASPER et al., 2002; RIEGEL et al., 2002; ARTINIAN et al., 2003; RIEGEL et al., 2003; BADANO et al., 2004; SHIVELY et al., 2004; DUCHARME et al., 2005; RODRÍGUEZ-ARTALEJO et al., 2005). Porém, em dois estudos os pacientes com IC apresentaram maior comprometimento na dimensão emocional quando comparamos com os nossos resultados. No estudo de Koukouvou et al. (2004), a média encontrada foi de 17, entre os pacientes com IC, classes funcionais II e III, com algum nível de depressão e que participavam de um programa de reabilitação. E no estudo Gottlieb et al. (2004) o valor médio encontrado para o MLHFQ emocional foi de 20,1.

Por se considerado um instrumento válido, confiável e sensível para avaliar o impacto da IC na vida dos pacientes, alguns autores têm usado o valor médio da medida total do MLHFQ como um meio de avaliar qual o desejo de sobrevida dos indivíduos acometidos. O valor médio da medida do MLHFQ já foi usado como indicador para o desejo dos pacientes com IC de trocarem o tempo de sobrevida por um melhor estado de saúde. No estudo de Lewis et al. (2001) os autores observaram que os pacientes com o valor do MLHFQ menor que 45 estavam desejosos em negociar só 10% do tempo de sobrevida, enquanto aqueles que apresentaram valores maiores que 65 estavam dispostos a negociar, em média, 50% do tempo

para melhorar sua saúde (LEWIS et al., 2001). Ressaltamos que em nosso estudo o valor médio encontrado foi de 35,8.

Especificamente, alguns pacientes do nosso estudo apresentaram limitação máxima relacionado à preocupação com a IC e limitação moderada (média de 2,8) em relação ao aspecto físico da doença como dificuldade para caminhar e subir escada além dos sintomas como o cansaço, fadiga e diminuição da energia. A atividade sexual também esteve comprometida com média de 2,3.

No estudo de Calvert, Freemantle e Cleland (2005) a maioria dos pacientes apresentou fadiga, dispnéia, e dificuldades para caminhar ou subir degraus e muitos teve que sentar ou deitar durante o dia e ainda tiveram dificuldades para trabalhar em casa.

A presença de sintomas como a fadiga e dispnéia freqüentes em pacientes com IC podem gerar limitações nas atividades de sua vida diária e assim eles se sentem aborrecidos, desamparados, estressados, ansiosos e com dificuldades para o autocontrole, considerando eles mesmos terem uma pior condição física. Assim, não se deve negligenciar a assistência à saúde física atual, pois uma mudança no estilo de vida pode melhorar a sua saúde mental (JENG et al., 2004).

Para esses pacientes a questão fundamental é como estes sintomas estão impedindo suas vidas. Os indivíduos com IC apresentam prejuízo na capacidade física e funcional que impõem limitações em suas vidas. A QVRS pode ser prejudicada por sintomas físicos, problemas psicológicos, efeitos adversos do tratamento e limitações sociais. Esses fatores podem levar os indivíduos a deixarem de realizar suas atividades e contatos sociais, perdendo suas relações ou apoios sociais (DUNDERDALE et al., 2005).

Observamos em nosso estudo que atividades como sair de casa, trabalho doméstico, trabalho para ganhar a vida, recreação e passatempos estiveram moderadamente comprometidos. Esse resultado difere dos resultados do MLHFQ quando indicam que, pelo

menos, 50% de pacientes com IC fazem passatempos, esportes e diversão com dificuldades (CALVERT; FREEMANTLE; CLELAND, 2005).

Já com relação ao sentimento de peso ou estorvo e relacionamento ou atividades com familiares e amigos e hospitalização a IC causou pouco impacto na vida dos pacientes atendidos no ambulatório. Quanto às preocupações emocionais foram pouco expressadas e o impacto da IC nessa dimensão foi menor que a observada na dimensão física.

No que se refere à existência de itens não aplicáveis na avaliação dos pacientes, como trabalho e atividades sexuais, tais considerações já foram objeto de investigação por outros pesquisadores. Um estudo qualitativo teve como objetivo explorar a validade, especificidade e sensibilidade do questionário MLHFQ em pacientes não hospitalizados com IC grave. Quanto aos itens deste instrumento, não estava claro aos respondentes como eles tinham que responder ao item que consideraram não-aplicável. Por exemplo, a maioria dos pacientes que eram aposentados e viviam de pensões consideraram o item 8 (*tornou difícil para trabalhar/ganhar a vida*) como não-aplicável. O item 15 (*custos médicos*) foi considerado como não-aplicável para os pacientes que tinham cobertura completa dos cuidados médicos. O item 10 (*atividades sexuais*) foi considerado não-aplicável por pacientes viúvos. Pacientes respoderam tais itens como 0 ("não", significando que aquele item não era um problema porque não se aplicavam a eles) ou como 5 ("muito", significando que se eles quisessem não poderia fazer o que estava sendo perguntado). Foi observado que os mesmos respondentes poderiam usar respostas diferentes em ocasiões diferentes. Por exemplo, um indivíduo respondeu para o item 8 zero na primeira entrevista, na segunda entrevista ele respondeu 5 e na terceira entrevista ele escolheu a resposta zero. Tais inconsistências no comportamento das respostas têm um efeito prejudicial no teste e re-teste e na sensibilidade do instrumento. De outro modo, os indivíduos não responderam ao item que foi considerado não-aplicável. Os itens não respondidos apresentaram média de 5%, mas era muito mais alto para os itens

discutidos acima como, por exemplo, o item 8 (tornou difícil para ganhar a vida) que apresentou média de 23% (HAK et al., 2004).

Em nosso estudo, era dada aos participantes a opção de resposta "não-aplicável" para os 21 itens do MLHFQ. Como resultados, obtivemos que os itens considerados dessa forma foram: dificuldade para ganhar a vida (65,9%), atividade sexual (39,1%), passatempos como esportes e diversão (5,8%) e sair de casa (1,4%). Também tivemos itens sem respostas, considerados como dados perdidos.

Na população estudada por Bennett et al. (2002), em sua maioria mulheres com 57 anos com classe funcional II, foram encontradas elevadas porcentagens de dados perdidos para dificuldade para ganhar a vida (27%) e dificuldades com a atividade sexual (22%).

Para Parajón et al. (2004), estes aspectos tiveram pequeno efeito na sensação do bem-estar ou na QVRS, pois os sujeitos entrevistados deram pouca importância à atividade sexual e ao trabalho dado as características de que uma grande parte da população estudada, ou seja, 41% apresentavam 70 anos ou mais. Certas variáveis não foram discriminadas entre os pacientes estudados na Espanha talvez por causa de razões cultural ou econômica. Isto sugere que o questionário precisa de ajustes para refletir melhor as necessidades daqueles pacientes.

A elevada percentagem para esses itens pode ser explicada por duas possibilidades: os itens foram considerados como não pertinentes para os pacientes ou trouxeram desconforto e constrangimento. Por exemplo, pacientes com dados perdidos nos itens relativos à função sexual podem ter achado essa questão muito pessoal e por isso, não ter respondido ao item. Além disso, isto pode ter acontecido pelo fato que os pacientes eram aposentados ou desempregados e assim perceberam este item como irrelevante. Essas considerações já foram constatadas por outros autores (CALVERT; FREEMANTLE; CLELAND, 2005).

Desde modo, os pacientes com IC enfrentam uma variedade de sintomas físicos e psicológicos que podem prejudicar a QVRS. E esses sintomas por vezes são considerados

penosos, Zambroski et al. (2005), investigando sintomas nos pacientes com IC constatou em seu estudo que a dificuldade para dormir foi relatada como o pior sintoma. Problemas como interesse sexual ou atividade sexual foram prevalentes em quase a metade dos pacientes esses foram classificados como o segundo em pior sintoma. Os homens se sentiram significativamente mais angustiados que as mulheres devido aos problemas sexuais. Já para as mulheres o sentimento de nervosismo foi o mais prevalente. Os sintomas psicológicos como sentimento de tristeza, preocupação, nervosismo, irritabilidade e dificuldade de concentração eram comuns.

Em nosso estudo, o estado de saúde percebido se correlacionou fortemente com o impacto da IC nos pacientes em seguimento ambulatorial. O valor total do MLHFQ foi correlacionado com os oito componentes do SF-36, sendo a *Capacidade funcional* o domínio que mais fortemente se correlacionou com a medida total do MLHFQ.

Quando analisamos as dimensões, física e emocional, do MLHFQ com os componentes do SF-36 encontramos valores de moderada a forte magnitude. Os componentes do SF-36, *Capacidade funcional, Vitalidade e Dor*, apresentaram maiores valores de correlação com a dimensão física do MLHFQ, enquanto a *Saúde mental, Aspectos sociais* e *Aspectos emocionais* tiveram valores maiores com a dimensão emocional do MLHFQ. Já o *Estado geral de saúde* e os *Aspectos físicos* apresentaram valores semelhantes para ambas as dimensões.

No estudo de Saccomann, Cintra e Gallani (2007), os valores encontrados para as correlações do MLHFQ total, físico e emocional com os componentes do SF-36 também foram semelhantes aos nossos resultados, com exceção da dor que obteve uma correlação fraca (0,25) com a dimensão emocional do MLHFQ e já que em nosso estudo esta correlação obteve valor de 0,43.

No estudo de Middel et al. (2001) a dimensão física do MLHFQ mostrou alta correlação com as medidas dos domínios: *Aspectos sociais, Vitalidade, Estado geral de saúde* e *Dor* indicando que esses domínios são mais facilmente associados com as limitações físicas.

Sneed et al. (2001) utilizou a medida do SF-36 agrupada em dois componentes, mental e físico, e comparou com o MLHFQ total e suas dimensões e encontrou correlação forte e negativa. Já Bennett et al. (2002) utilizaram a versão reduzida do SF-36, o SF-12 e encontraram correlação moderada entre o componente físico do SF-12 e o MLHFQ total e a dimensão física, porém encontraram forte correlação entre os componentes mental do SF-12 e o emocional do MLHFQ.

Pacientes que apresentaram baixos valores em qualquer domínio do SF-36 e valores acima da média para o total e a dimensão emocional do MLHFQ, ou seja, pior QVRS em IC está associada a hospitalizações com mais freqüência. Resultados similares foram encontrados em relação à mortalidade e a readmissões hospitalares independente de variáveis biomédicas, psicossocial e cuidados com a saúde. Pacientes com valores altos para MLHFQ apresentaram uma mortalidade aproximadamente duas vezes maior (RODRÍGUEZ-ARTALEJO, 2005).

As associações entre o impacto da IC na vida dos pacientes com as variáveis sexo, idade e situação conjugal foram investigadas em nosso estudo. Com relação ao sexo, embora a média da medida do MLHFQ total tenha sido maior entre as mulheres estudadas, encontramos diferença estatisticamente significante apenas na dimensão física. O mesmo resultado foi constatado no estudo de Scattolin (2006).

No estudo de Parajón et al. (2004), os autores constataram diferenças no impacto da IC, medida total do MLHFQ, com relação ao sexo dos participantes, sendo as mulheres as mais atingidas pela doença. E no estudo de Scattolin (2006) as mulheres também apresentaram pior impacto da IC tanto no total e quanto nas dimensões do MLHFFQ.

Em outro estudo, a média total do MLHFQ foi de 3,3 pontos maior nas mulheres com IC do que em homens. A dimensão emocional foi estatisticamente significante e menor entre as mulheres do que entre os em homens, embora tal diferença fosse pequena (RIEGEL et al, 2003a).

Riegel et al. (2003a), demonstraram as diferenças dos valores MLHFQ, segundo o sexo encontraram diferenças não estatisticamente significantes o que poderia ser devido às diferenças nos sintomas. Quando a FEVE e o estado civil foram controlados, a sub-escala emocional do MLHFQ apresentou diferença estatisticamente significante entre os homens.

Quanto às diferenças entre homens e mulheres com IC e QVRS, os homens sofrem mais com as restrições físicas e sociais impostas pela doença em suas atividades diárias, como a restrição de sua existência e restrições no seu trabalho e no lazer, impedindo realizar atividades que naturalmente que, segundo eles próprios, fazem parte de suas vidas. Enquanto as mulheres se resssentem do impacto dessas restrições na possibilidade de ajudarem seus familiares e amigos, elas têm dificuldades em executar tarefas domésticas e estão mais preocupadas com sua casa/ambiente e ainda elas experimentaram mais sentimentos de culpa que os homens. Embora, as mulheres com IC manifestem um significado mais positivo sobre a doença, elas apresentam uma qualidade de vida global pior do que a dos homens (STROMBERG; MARTENSSON, 2003).

Outro estudo sugere que os valores para a dimensão física são maiores no grupo das mulheres, pois, provavelmente, porque as mulheres idosas não param o trabalho doméstico e elas realizam freqüentemente mais trabalho físico com o cuidado da casa que os homens da mesma faixa etária (EKMAN; FEGERBERG; LUNDMAN, 2002).

Os pacientes com IC apresentaram alta prevalência e sobrecarga dos sintomas que afetou a QVRS e se estes forem jovens o risco foi ainda maior. Dada essa alta prevalência é

importante realizar esforços para identificar e administrar estes sintomas em todos os pacientes com IC (ZAMBROSKI et al., 2005).

Quanto à associação entre o impacto da IC na vida dos pacientes e a idade, observamos correlação fraca, embora estatisticamente significante, e inversa. Esse resultado também foi observado por Parajón et al (2004).

Os pacientes mais jovens informaram que a IC interfere mais em suas vidas. Isso foi observado tanto para a medida total do MLHFQ quanto para suas dimensões. As limitações físicas e emocionais causadas pela IC podem ser mais difíceis para os indivíduos mais jovens aceitarem sua condição. Claro que, pode haver outras razões como a cultural e a cognitiva (GOTTLIEB et al., 2004).

Os pacientes mais jovens também sentiram mais dor no corpo e tiveram maior comprometimento na saúde mental e estado de saúde geral avaliado pelo instrumento SF-36 (GOTTLIEB et al., 2004).

A melhor avaliação do estado de saúde percebido pelos indivíduos mais idosos poderia ser explicada pela observação que esses podem se sentir menos atingidos pelas limitações físicas e sociais e porque suas expectativas sobre as próprias condições físicas e atividades sociais não é alta como a dos jovens (HEO et al., 2005). Essa relação foi estudada por Badano et al. (2004). Os autores constataram um baixo impacto da IC na QVRS em pacientes com idade avançada (média de 75 anos). O que também foi observado em pacientes com idade igual ou superior a 65 anos que informaram que a IC teve menos impacto na qualidade de vida (RECTOR; ANAND; COHEN, 2006).

Quanto a situação conjugal, entre os sujeitos estudados não encontramos diferenças nas medidas do MLHFQ total, físico e emocional quando comparamos os pacientes segundo a presença de um companheiro (ser casado/viver com alguém) ou não (viúvo, solteiro, desquitado/divorciado).

O mesmo resultado foi averiguado por Riegel et al. (2002) e Heo et al. (2005). Já em outro estudo de Riegel et al. (2003a), os homens tiveram melhor avaliação da QVRS ou do estado de saúde percebido em relação às mulheres devido ao fato desses serem casados.

Apesar da importância do apoio social para os pacientes com IC, devido às limitações que a IC pode causar nos pacientes, a relação entre esse apoio e a QVRS não foi freqüentemente estudada nesta população. Embora vários investigadores tenham conceitualizado simplesmente apoio social como vivendo só ou não, um conceito mais rico que inclui a percepção dos pacientes sobre suas necessidade de apoio social e emocional é necessário para obtenção de dados mais significantes sobre essa relação (HEO et al., 2005).

Sobre a relação do tempo de seguimento ambulatorial dos pacientes e a IC, constatamos em nosso estudo que com maior tempo de acompanhamento, os pacientes apresentaram menor impacto da IC sobre suas vidas o que de certa maneira está de acordo com a literatura consultada.

No estudo de Riegel et al. (2003a), para determinar as mudanças da QVRS entre homens e mulheres ao longo do tempo foi utilizado como critério de avaliação a diferença entre o valor do MLHFQ inicial e após três meses. O tempo foi considerado como fator importante na melhora da QVRS dos participantes.

Quanto às variáveis clínicas, observamos que, quanto maior era a classe funcional e menor a FEVE maior era o valor encontrado para o MLHFQ-total, físico e emocional, indicando maior impacto da doença na vida dos pacientes. Nossos resultados vão ao encontro dos achados publicados por outros pesquisadores. Com relação à classe funcional, esses resultados foram concordantes com a literatura tanto para pacientes com IC de etiologia isquêmica (RIEGEL et al., 2002; PARAJÓN et al., 2004; SACCOMANN, CINTRA e GALLANI, 2007) e chagásicos (DOURADO et al., 2006) estes estudos obtiveram aumento gradativo do MLHFQ total, físico e emocional para as classes funcionais I, II e III/IV.

Em um outro estudo realizado no Brasil, o valor do MLHFQ foi aumentando gradativamente quanto maior era o comprometimento cardíaco classificada pela CF - NYHA para o total da medida (31,2 para a CF I até 74,7 para a CF IV) e para a dimensão emocional (7,8 para a CF I até 33,5 para a CF IV). Já na dimensão física os valores da medida do MLHFQ também foram aumentando gradativamente até a CF III e diminuiu na CF IV (de 22,5 para 16,1) (SCATTOLIN, 2006).

Na Espanha, foi realizado um estudo com pacientes de IC com o objetivo documentar o impacto da IC sobre 326 pacientes atendidos no hospital ou no ambulatório e analisar as correlações com as variáveis clínicas. As diferenças nos valores do MLHFQ foram estatisticamente significantes ($p < 0,01$) entre todas as classes funcionais (medianas de 9,5 (CF I), 17 (CF II), 38 (CF III) e 54 (CF IV) (PARAJÓN et al., 2004).

Em outro estudo a fraca relação encontrada entre classe funcional e a medida do MLHFQ pode ser devido a problemas relacionados à avaliação do estado funcional segundo a classificação da NYHA pela influência de outras variáveis (HEO et al., 2005).

Em estudo realizado por Bennett et al. (2002), os pacientes com melhor estado funcional, ou seja, que apresentaram baixos valores da classe funcional, segundo a NYHA, tinham melhores resultados na avaliação da QVRS (baixos valores do MLHFQ e altos valores para o SF-12). Em particular, pacientes da classe funcional I apresentaram melhores valores que os pacientes da classe funcional II e subseqüentemente melhores valores para as classes funcionais III e IV, sendo que essas diferenças estatisticamente significantes. Porém, a comparação das médias do valor total do MLHFQ não foi estatisticamente significante entre as classes funcionais III e IV. .

O estudo SOLVD (Studies of Left Ventricular Dysfunction) buscou avaliar a QVRS em pacientes com IC com comprometimento na função ventricular. Relacionando a QVRS com as classes funcionais da NYHA, não foi observada associação estatisticamente

significante entre as classes funcionais I, II e III e a FEVE, mas o impacto da IC foi moderado nas classes funcionais II e III e, mínimo, na classe funcional I (GORKIN et al., 1993).

O MLHFQ parece ser sensível às mudanças na diferentes classes funcionais. A média do MLHFQ para pacientes com classe funcional III apresentou valores mais baixos e estatisticamente significantes que os pacientes com classe funcional IV com uma diferença de 14 pontos, indicando que, como esperado, os pacientes com classe funcional IV experimentam pior QVRS (CALVERT; FREEMANTLE; CLELAND, 2005).

Na avaliação de Bennett et al (2002), de modo geral, com exceção da dimensão física, o instrumento MLHFQ não apresentou sensibilidade para discriminar diferenças entre os pacientes com classe funcional III e IV.

No estudo de Scattolin (2006) para o total da escala do MLHFQ os pacientes classificados como I e II, segundo a NYHA, não apresentaram diferenças estatisticamente significante, contudo houve diferença significativa entre as classes II e IV, III e IV, e não houve diferença estatisticamente significante entre I e II. Assim, o MLHFQ discriminou entre os pacientes sintomáticos, indicando pior QVRS. Já na dimensão física, não houve discriminação entre as CF-NYHA III e IV. E a dimensão emocional discriminou os extremos falhando em CF-NYHA contíguas.

Com relação à FEVE, ela pode influenciar QVRS talvez por ser considerada um indicador de gravidade doença (RIEGEL et al., 2003a) sendo um bom preditor de mortalidade em pacientes com IC e se relacionando com a avaliação da QVRS (GORKIN et al., 1993). Os pacientes com disfunção diastólica ou sistólica apresentaram taxas semelhantes de readmissões hospitalares e mortalidade no período de seis meses (BADANO et al., 2004).

Em nosso estudo a FEVE e os valores do MLHFQ total, físico e emocional foi estatisticamente significante. Esses resultados são semelhantes aos estudados realizados por Parajón et al (2004), Scattolin (2006) e Saccomann, Cintra e Gallani (2007).

O estado de saúde percebido medido pelo SF-36, a idade e os sintomas medidos pela classificação da NYHA foram as variáveis que mais se correlacionaram com os valores do MLHFQ. Contudo o número de comorbidades, a etiologia, presença ou ausência de um confidente foram fracamente correlacionados à medida do MLHFQ (HEO et al., 2005).

Embora não tenha sido objetivo do estudo investigar a efetividade do seguimento dos pacientes em um ambulatório multidisciplinar e especializado, o que necessitaria de um estudo com um grupo de comparação ou controle, temos vários autores que apontam os benefícios desse tipo de abordagem clínica.

A assistência clínica especializada e multidisciplinar para pacientes com IC pode conduzir a reduções significantes na morbidez, medido por redução das admissões hospitalares, redução dos dias de internação hospitalar, e a melhora na QVRS. Pacientes com IC seguidos por enfermeiras e cardiologistas especializados em IC apresentaram redução do número de admissões hospitalares e do número de dias de internação e, consequentemente, redução do impacto da IC após intervenção multidisciplinar (DUCHARME et al., 2005).

Conclusões

6. CONCLUSÕES

Avaliar o estado de saúde percebido e o impacto da IC na vida dos pacientes são aspectos importantes para se entender a QVRS em pacientes em atendimento ambulatorial. Esses pacientes foram em sua maioria do sexo masculino, adultos com idade média de 56 anos com IC de etiologia miocardiopatia dilatada idiopática e sintomáticos.

Com base nos objetivos propostos e nos resultados obtidos neste estudo realizado com 138 pacientes atendidos no ambulatório de IC do HCFMRP-USP podemos concluir:

- Quanto ao estado de saúde percebido constatamos melhores avaliações nos domínios *Aspectos Sociais* e *Saúde Mental* e piores avaliações nos domínios *Aspectos Físicos* e *Aspectos Emocionais*.

- Quanto à avaliação do impacto da IC na vida dos pacientes, verificamos resultados abaixo das médias dos intervalos da medida total (M=35,8), do componente físico (M=13,6) e emocional (M=8,3) do MLHFQ indicando menor impacto da IC na vida dos pacientes e melhor QVRS.

- Quanto à associação do estado de saúde percebido e o impacto da IC, verificamos correlações fortes e inversas entre a medida total do MLHFQ e suas dimensões física e emocional com os oito componentes do SF-36, sendo todas estatisticamente significantes. Ou seja, quanto maior o impacto da IC em suas vidas, pior a avaliação do estado de saúde geral.

- Quanto à relação entre o impacto da IC e as variáveis sexo, idade e situação conjugal não constatamos diferenças estatisticamente significantes nas medidas obtidas entre homens e mulheres, embora as mulheres apresentassem uma média maior do que os homens para o MLHFQ total, mas encontramos diferenças estatisticamente significantes entre as dimensões física e emocional, com as mulheres apresentando piores avaliações em ambas as dimensões; e entre os pacientes casados/vivendo com alguém e os solteiros/viúvos/separados; e entre a

medida do MLHFQ total e a idade dos participantes, embora encontramos correlação inversa e de fraca magnitude (r = - 0,17; p = 0,06).

- Quanto à relação entre o impacto da IC na vida dos pacientes e as variáveis: gravidade da doença e o tempo de seguimento ambulatorial constatamos diferenças estatisticamente significantes quanto à classe funcional (I, II, III e IV) e FEVE (disfunção grave, moderada, leve e função normal), havendo piora da QVRS com a progressão da classe funcional e da disfunção sistólica. Com relação ao tempo de seguimento, constatamos correlação de fraca magnitude, negativa, mas estatisticamente significante (r = - 0,23; *p* = 0,01), indicando que o impacto da IC era menor entre os pacientes com maior tempo de seguimento.

Considerações Finais

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os pacientes com IC apresentaram comprometimento no seu estado de saúde percebido e sofreram com o impacto dessa doença em suas vidas diárias afetando a qualidade de vida. Mensurar a qualidade de vida relacionada à saúde permite a identificação de aspectos relevantes percebido pelos pacientes. A utilização dessas medidas, ou seja, o estado de saúde percebido e o impacto da IC na vida diária tornam-se uma ferramenta na identificação desses aspectos. Os resultados advindos dessas medidas poderão ser usados para subsidiar a assistência à saúde desses pacientes.

Referências Bibliográficas

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARAÚJO, D.V. et al. Custo da insuficiência cardíaca no Sistema único de Saúde. **Arq Bras Cardiol,** v. 84, p.422-7, maio, 2005.

2. ARTINIAN, N. T. et al. Pilot study of a web-based compliance monitoring device for patients with congestive heart failure. **Heart Lung,** v. 32, n. 4, p.226-33, 2003.

3. AMERICAN HEART ASSOCIATION. Heart and stroke statistical update. American Heart Association: Dallas, 2002.

4. AJZEN, I; FISHBEIN, M. Understanding attitudes and predicting social behavior. New Jersey: Prentice-Hall, 1998. p. 278.

5. BECKER, M.H. et al. Selected psychosocial models and correlates of individual health-related behaviors. **Med Care**, v.15, Supl 5, p. 27-47, 1977.

6. BADANO, L.P. et al. Prevalence, clinical characteristics, quality of life, and prognosis of patients with congestive heart failure and isolated left ventricular diastolic dysfunction. **J Am Society Echocardiography,** v. 17, n. 3, p. 253-61, 2004.

7. BELLE, G. et al. Biostatistics: A Methodology for the Health Sciences. 2ª.ed. New York: John Wiley and Sons Inc, 2004. 896p.

8. BENNETT, S.J. et al. Discriminant properties of commonly used quality of life measures in heart failure. **Qual Life Res**, v.11, p.349-59, 2002.

9. BOWLING, A. **Measuring Disease.** 2nd ed. Buckingham-Philadelphia: Open University Press, 2001. 20p.

10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa nacional das doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.1, de 13 de junho de 1988**. Normas de pesquisa em saúde: aspectos éticos da pesquisa em seres humanos.** Brasília, 1998. p.4-7.

11. BRAUNWALD, E.; STEVENSON, W.L. Reconhecimento e tratamento dos pacientes com Insuficiência Cardíaca. In: GOLDMAN L.; BRAUNWALD E. **Cardiologia na Clínica Médica.** 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. cap.22, p.297-315.

12. BUCK, P.; ARTEGA, E.; TIRONE, A. Formas de abordagem do profissional de enfermagem no seguimento de pacientes com cardiomiopatia e insuficiência cardíaca. **Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo,** v.13, n.4, jul/ago, p. 541-6, 2003.

13. CARRARA, D. **Avaliação prospectiva da qualidade de vida em pacientes com miocardiopatia dilatada submetidos a ventriculectomia parcial esquerda.** São Paulo, 2001. 85f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

14. CALVERT, M. J.; FREEMANTE, N.; CLELAND, J.G.F. The impact of chronic heart failure on health-related quality of life data acquired in the baseline phase of the CARE-HF study. **Eur J Cardiovasc Nurs,** v.7, p.243-51, 2005.

15. CICONELLI, R.M. **Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "Medical Outcomes 36 Item Short Form Health Survey – SF-36".** São Paulo, 1997. 143f. Tese (Doutorado) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1997.

16. CICONELLI et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev Bras Reumatol**, v. 39, n.39, p.143-50, 1999.

17. COHEN, J.; COHEN, P. Applied multiple regression/correlation for the behavioral sciences. 2a. ed. Hillsdale: N.J., 1983.

18. COWLEY, A.J. et al. Randomined comparison of Losartan vs. Captopril on quality of life in elderly patients with symptomatic heart faiure: The Lorsatan heart failure ELITE quality of life substudy. **Qual Life Res,** v. 9, p.377-84, 2000.

19. DATASUS. Morbidade Hospitalar do SUS. Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) 2007. Ref Type: Eleletronic Citation.

20. DOURADO, K.C et al. Assessment of quality of life in patients with chronic heart failure secondary to Chagas`cardiomyopathy. **Int J Cardiol,** v.108, p. 412-3, 2006.

21. DUNDERDALE, K. et al. Quality of life measurement in chronic heart failure: do we take account of the patient perspective? **The Eur J Heart Failure,** v.7, p.572-82, 2005.

22. DUCHARME, A. et al. Impact of care at a multidisciplinary congestive heart failure clinic: a randomized trial. **CMAJ,** v. 173, n.1, p. 40-5, 2005.

23. EKMAN, I.; FAGERBERG, B.; LUNDMAN, B. et al. Health-related quality of life and sense of coherence among elderly patients with severe chronic failure in comparison with healthy controls. **Heart Lung,** v.31, n.2, p.94-101, 2002.

24. FAYERS, P.M.; MACHIN, D. **Quality of life. Assessment, analysis and interpretation**. Chichester, England: John Wiley & Sons, p.3, 2007.

25. FELKER, G.M. et al. The problem of decompensated heart failure: nomenclature, classification, and risk stratification. **Am Heart J**, v. 145, p.18-25, 2003.

26. GOTTLIEB, S.S. et al. The influence of age, gender, and race on the prevalence of depression in heart failure patients. **J Am College Cardiol,** v. 43, n. 9, p. 1542-9, 2004.

27. GORKIN, L. et al. Assessment of quality of life as observed from the baseline data of the studies of life ventricular dysfuntion trial quality of life substudy.**The Am J Cardiol**, v. 71, n.1, p.1069-73, 1993.

28. GUYATT, G.H. Measurement of health-related quality of life in heart failure. **J Am Coll Card,** v. 22, p. 185-91, 1993.

29. HAK, T. et al. A qualitative validation of the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. **Qual of Life Research,** v. 13, p. 417-26, 2004.

30. HEO, S. et al. Testing a published model of health-related quality of life in heart failure. **J Cardiac Failure,** v. 11, n. 5, p. 372-9, 2005.

31. HUNT, S.A. et al. ACC/AHA Guidelines for evaluation and management of chronic heart failure in the adult: executive summary. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association task force on practice guidelines (Committee to revise the 1995 guidelines for the evaluation and management of heart failure): Developed in collaboration with the international society for heart and lung transplantation. Endorsed by the Heart Failure Society of America. **Circulation**, n. 104, p. 2296-3007, 2001.

32. JACKOWSKI, D.; GUYATT, G. Part III. Outcomes Analysis in orthopaedic surgery. A guide to health measurement. **Clin Orthop Related Res,** n.143, p. 80-89.

33. JENG, C. et.al. The influence of exercise tolerance on quality of life among patients with heart failure. **Qual Life Res,** v.13, p. 925-32, 2004.

34. JOHANSSON, P.; DAHLSTRÖM, U.; BROSTRÖM, A. Factors and interventions influencing health-related quality of life in patients with heart failure: a review of the literature. **Eur J Cardiovasc Nurs,** v.5, p.5-15, 2006.

35. KASPER, E. K. et al. A randomized trial of the efficacy of multidisciplinary care in heart failure outpatients at high risk of hospital readmission. **J Am Colleg Card,** v. 39, n. 3, p.471-80, 2002.

36. KOPEL, L.; LAGE, S.G. Insuficiência Cardíaca: conceito, importância e significado da classificação funcional. In: THIMERMAN, A.; CÉSAR, L.M. **Manual de cardiologia-Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo (SOCESP).** 9 ed. São Paulo: Atheneu, 2000, p. 32-35.

37. KOUKOUVOU, G. et al. Quality of life, psychological and physiological changes following exercise training in patients with chronic heart failure. **J Rehabil Med,** v. 23, p. 36-41, 2004.

38. LAINSCAK, M.; KEBER, I. Patient´s view of heart failure: from the understanding to the quality of life. **Eur J Cardiovasc Nurs,** v.2, p. 275-81, 2003.

39. LATADO, A.L. et al. Preditores de letalidade hospitalar em pacientes com insuficiência cardíaca avançada**. Arq Bras Cardiol**, v. 87, n. 2, p.185-92, 2006.

40. LEWIS, E.F. et al. Preferences for quality of life or survival expressed by patients with heart failure. **J Heart Lung Transplant**, v. 20, p.1016-24, 2001.

41. MENDEZ, G.F.; COWIE, M.R. The epidemiological features of heart failure in developing countries: a review of the literature. **Int J Cardiol**, v. 80, n. 2-3, p. 213-9, 2001.

42. MENEGUIN, S. **Qualidade de vida de pacientes com cardiopatias valvares.** São Paulo, 2001. 111f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

43. MEYER, K.; LAEDERACH-HOFMANN, K. Effects of comprehesinve rehabilitation program on quality of life in patients with chronic heart failure. **Prog Cardiovasc Nurs,** v. 18, n.4, p.169-76, 2003.

44. MIDDEL, B. et al. Psychometric properties of the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHF-Q). **Clin Rehabil,** v. 15, p.489-500, 2001.

45. MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc Saude Coletiva**, v. 5, p.7-18, 2000.

46. PASCHOAL, S.M.P. **Qualidade de vida no idoso: elaboração de um instrumento que privilegia a sua opinião**. São Paulo, 2000. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

47. PARAJÓN, T. et al. Use of the "Minnesota Living with Heart Failure" quality of life questionnaire in Spain. **Rev Esp Cardiol,** v. 57, n. 2, p. 155-60, 2004.

48. POLIT, D.F.; BECK, C.T; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** Tradução Ana Thorrel, 5ª.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 487p.

49. RECTOR, T.S.; COHN, J.N. Assessment of patients outcome with the Minnesota Living with heart failure questionnaire: realiability and validity during a randomized, double-blind, placebo-controlled trial of pimobendan. **Am Heart J,** v.124, n. 4, 1992.

50. RECTOR, T.S.; KUBO, S.H.; COHN, J.N. Patients'Self-Assessment of their congestive heart failure. **Heart Failure,** p.198-209, 1987.

51. RECTOR, T.S.; ANAND, I.S.; COHN, J.N. Relationships between clinical assessments and patients' perceptions of the effects of heart failure on their quality of life. **J Cardiac Failure,** v. 12, n. 2**,** p.87-92, 2006.

52. RIEGEL, B. et al. The Minnesota living with heart failure questionnaire. Sensitivity to differences and responsiveness to intervention intensity in a clinical population. **Nur Res,** v. 51, n.4, p. 209-18, 2002.

53. RIEGEL, B (a) et al. Gender differences in quality of life are minimal in patients with heart failure. **J Cardiac Failure,** v. 9, n.1, p. 42-8, 2003.

54. RIEGEL, B (b) et al. Changes over 6-months in health-related quality of life in a matched sample of Hispanics and non-hispanics with heart failure. **Qual Life Res,** v. 12, p. 689-98, 2003.

55. RODRÍGUEZ-ARTALEJO, F. et al. Health-related quality of life as a predictor of hospital readmission and dealth among patients with heart failure. **Arch Intern Med,** v. 165, p. 1274-79, 2005.

56. ROSSI NETO, J.M. A dimensão do problema da IC do Brasil e do mundo. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, v.1, p.1-10, 2004.

57. SACCONANN, I.C.R.S.; CINTRA, F.A.; GALLANI, M.C. B.J. Psychometric properties of the Minnesota living with Heart Failure - Brazilian version – in the elderly. **Qual Life Res**, v.16, p.997-1005, 2007.

58. SCATTOLIN, F.A.A. **Qualidade de vida e independência funcional de idosos portadores de Insuficiência Cardíaca.** Campinas, 2006. 215f. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Campinas, São Paulo, 2006.

59. SEIDL, E.M.F; ZANNON, C.M.L.C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad Saúde Pública,** v.20, n.2, mar/abr, 2004.

60. SIN, M.K. et al. Personal characteristics, health status, physical activity and quality of life in cardiac rehabilitation participants. **Inter. J. Nurs. Studies**, v. 41, p. 173-81, 2004.

61. SNEED, N.V.; et al. Evalution of 3 quality measurement tools in patients with chronic heart failure. **Heart Lung,** v.30, p.332-40, 2001.

62. SHIVELY, M.; et al. Effect of behavioral management on quality of life in mild heart failure: a randomized controlled trial. **Patient Educ Counsel,** v.58, p.27-34, 2005.

63. STRÖMBERG, A.; MARTESSON, J. Gender differences in patients with heart failure. **Eur J Cardiovasc Nurs,** v. 2, p. 7-18, 2003.

64. TIMERMAN, A.; PEREIRA, M.P. Tratamento atual da insuficiência cardíaca congestiva. **Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo,** v.10, n.1, jan/fev, p. 65-75, 2000.

65. WARE, J.E.; J.R.; SHERBOURNE, C.D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. **Med Care,** v. 30, n. 6, p. 473-83, 1992.

66. ZAMBROSKI, C.H. et al. Impact of symptom prevalence and symptom burden on quality of life in patients with heart failure. **Eur J Cardiovasc Nurs,** v.4, p.198-206, 2005.

67. ZILE, M.R.; BRUTSAERT, D.L. New concepts in diastolic dysfunction and diastolic heart failure: Part I. **Circulation**. p.1387-93, 2002.

Anexos

9. ANEXOS

Anexo 1

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

CEP. 14048-900
RIBEIRÃO PRETO - S.P.
BRASIL

CAMPUS UNIVERSITÁRIO - MONTE ALEGRE
FONE: 602-1000 - FAX (016) 633-1144

Ribeirão Preto, 24 de novembro de 2004

Ofício nº 3189/2004
CEP/SPC

Senhora Professora:

O trabalho intitulado **"QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA"** foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em sua 193ª Reunião Ordinária realizada em 22.11.2004, e enquadrado na categoria: **APROVADO,** de acordo com o Processo HCRP nº 10441/2004.

Aproveito a oportunidade para apresentar a Vossa Senhoria protestos de estima e consideração.

PROF. DR. SÉRGIO PEREIRA DA CUNHA
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssima Senhora
PROFª DRª ROSANA APARECIDA SPADOTI DANTAS
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP
Em mãos

Anexo 2

SF-36 versão adaptada por Ciconelli (1997)

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1. Em geral, você diria que sua saída é: (circule uma)

-Excelente.....1
-Muito boa.....2
-Boa.....3
-Ruim.....4
-Muito ruim.....5

2. **Comparada a um ano atrás**, como você classificaria sua saúde em geral, **agora?** (circule uma)

Muito melhor agora do que um ano atrás.....1
Um pouco melhor agora do que um ano atrás.....2
Quase a mesma coisa de um ano atrás.....3
Um pouco pior agora do que há um ano atrás.....4
Muito pior agora do que um ano atrás.....5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido a sua saúde, você tem dificuldades para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

(circule um numero em cada linha)

Atividades	Sim. Dificulta muito	Sim. Dificulta um pouco.	Não. Não dificulta de modo algum.
a. **Atividades vigorosas**, 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** lances de escada	1	2	3
f. Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g. Andar **mais de um quilometro**	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 o sue trabalho ou com alguma atividade diária regular, como conseqüência da sua saúde física?

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminui a **quantidade de tempo** que se dedicava ao seu trabalho ou as outras atividade?	1	2
b. Realizou **menos tarefas** do que você gostaria?	1	2
c. Esteve **limitado** no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d. Teve **dificuldades** 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 o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, **como conseqüência de algum problema emocional** (como sentir-se deprimido ou ancioso)?

(circule uma em cada linha)

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

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

(circule uma)

a. De forma nenhuma.....1
b. Ligeiramente 2
c. Moderadamente.....3
d. Bastante.....4
e. Extremamente.....5

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

(circule uma)

a. Nenhuma.....1
b. Muito Leve.. 2
c. Leve.....3
d. Moderada.....4
e. Grave.....5
f. Muito grave.....6

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

(circule uma)

a. De forma nenhuma.....1
b. Ligeiramente 2
c. Moderadamente.....3
d. Bastante.....4
e. Extremamente.....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 reposta que mais se aproxima da maneira como você se sente. Em relação as **4 últimas semanas:**

(circule um número em cada linha)

	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 sentido cheio de vontade, cheio de força?						
b. Quanto tempo voce tem se sentido uma pessoa muito nervosa?						
c. Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?						
d. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?						
e. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?						
f. Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?						
g. Quanto tempo você tem se sentido esgotado?						
h. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?						
i. Quanto tempo você tem se sentido cansado?						

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

(circule uma)

- Todo o tempo.....1
- A maior parte do tempo.....2
- Alguma parte do tempo.....4
- Uma pequena parte do tempo.....5

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

(circule um número em cada linha)

	Definiti-vamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeira	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definiti-vamente falsa
a. Eu costume adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas					
b. Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço					
c. Eu acho que minha saúde vai piorar					
d. Minha saúde é excelente					

Anexo 3

Minnesota Living with Heart Failure Questionnare (MLHFQ) versão adaptada por Carrara (2001).

Durante o último mês seu problema cardíaco o impediu de viver como você queria?
( ) sim ( ) não

Responda as perguntas abaixo, usando a seguinte escala de respostas para cada um dos problemas que está sendo perguntado.

Não	**Muito pouco**				**Demais**
0	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

		0	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
1	Causou inchaço em seus tornozelos e pernas						
2	Obrigou você a sentar ou deitar para descançar durante o dia						
3	Tornou difícil para você caminhar e subir escadas						
4	Tornou difícil seu trabalho domestico						
5	Tornou difícil você sair de casa						
6	Tornou difícil dormir bem a noite						
7	Tornou dificies seus relacionamentos ou atividades com familiares e amigos						
8	Tornou difícil seu trabalho para ganhar a vida						
9	Tornou difícies seus passatempos, esportes e diversão (passear, dançar,...)						
10	Tornou difícil sua atividade sexual						
11	Fez você comer menos as comidas que gosta						
12	Causou falta de ar						
13	Deixou você cansado, fatigado ou com pouca energia						
14	Obrigou você a ficar hospitalizado (internado)						
15	Fez você gastar dinheiro com cuidados médicos						
16	Você sofreu os efeitos colaterais das medicações (mudança na pressão, batedeira, tonturas, ...)						
17	Fez você sentir-se um peso (um estorvo) para familiares e amigos						
18	Fez você sentir que não consegue controlar sua vida						
19	Fez você se preocupar						
20	Tornou difícil para você concentra-se ou lembrar-se das coisas						
21	Fez você sentir-se deprimido						

Apêndices

10. APÊNDICES

Apêndice 1

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

ESCLARECIMENTO AO SUJEITO DA PESQUISA

Nome da pesquisa: Qualidade de vida de pacientes com insuficiência cardíaca
Pesquisador responsável: Profa. Dra. Rosana Aparecida Spadoti Dantas (COREN: 44148)
Promotora da Pesquisa: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

Estamos realizando um estudo para conhecer como é a qualidade de vida dos pacientes que tem insuficiência cardíaca e que são atendidos no ambulatório de cardiologia do HC. A sua participação neste estudo é voluntária. Caso decida participar, você irá responder uma entrevista sobre como a sua saúde tem influenciado na sua vida, quem são as pessoas que você pode contar para ajudá-lo e se está satisfeito com esta ajuda. O tempo da entrevista é de meia hora. Este estudo não oferece qualquer risco ou desconforto e asseguramos que você não será identificado. Embora sua participação não lê traga nenhum beneficio diretamente, os resultados deste estudo nos ajudarão a conhecer como vivem e são apoiados os pacientes com insuficiência cardíaca atendidos neste hospital. Futuramente poderemos propor um atendimento que ajude a melhorar a qualidade de vida destas pessoas. Se decidir não participar da nossa pesquisa, ou resolver parar no meio da entrevista, sua decisão não acarretará nenhuma mudança no seu atendimento pelos profissionais do HC.

_____
Pesquisador responsável: Profa. Dra. Rosana A. Spadoti Dantas
Telefone para contato: 3602-3402

EU_____,
RG_____, abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, e ciente dos meus direitos abaixo relacionados, concordo em participar.

1. A garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida a respeito dos procedimentos, riscos, benefícios e de outras situações relacionada com a pesquisa e o tratamento a que serei submetida.
2. A liberdade de retirar o meu consentimento e deixar de participar do estudo, a qualquer momento, sem que isso traga prejuízo à continuidade do meu tratamento.
3. A segurança de que não serei identificado e será mantido o caráter confidencial da informação relacionada a minha privacidade.
4. O compromisso de que me será prestada informação atualizada durante o estudo ainda que esta possa afetar a minha vontade de continuar dele participando.
5. O compromisso de que serei devidamente acompanhado e assistido durante todo o período de minha participação no projeto, bem como de que será garantida a continuidade do meu tratamento, após a conclusão dos trabalhos da pesquisa.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____.

_____
Assinatura do participante

Apêndice 2

ID:_____

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICO E CLÍNICO.

Registro do HC: _____

Data da entrevista: _____

Data de nascimento: _____

Data da inserção no ambulatório de IC: _____

PARTE A: DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

Sexo: (a) masculino (b) feminino

Grau de escolaridade: _____(anos que freqüentou o ensino formal)

Estado civil: (a) solteiro (b) casado/morando com alguém (c) viúvo (d) desquitado/divorciado

Renda mensal: Individual_____reais e Familiar_____reais

Mora: ( ) com um ou mais filhos ( ) com o cônjuge e filho(s) ( ) com os pais

( ) com irmãos/outros familiares ( ) sozinho

Número de pessoas que moram com o paciente: _____

Situação profissional: (a) ativo (b) aposentado, mas desempenhando funções remuneradas (c) aposentado (d) aguardando aposentadoria, por não conseguir mais trabalhar depois da cirurgia (e) trabalha em casa, sem remuneração (dona de casa) (f) outros. Especificar:_____

Segue alguma religião: ( ) sim ( ) não

Se sim, qual: ( ) católica ( ) evangélica ( ) espírita ( ) metodista

( ) testemunha de Jeová ( ) protestante ( ) outra. Especificar

PARTE B: DADOS CLÍNICOS

Descrição da miocardiopatia: etiologia (a) chagásica (b) isquêmica (c) Dilatada idiopática (d) hipertensiva (e) valvar (f) congênita (g) Periparto (h) Pósmiocardite (i) por agentes cardiotóxicos (j) infiltrativas

Classe Funcional NYHA: (a) classe 1 (b) classe 2 (c) classe 3 (d) classe 4

Fator de ejeção_____ (data do ecocardiograma:____/_____/_____).

Tipos de medicamentos usados (ver prescrição médica)

Presença de marca passo: ( )sim ( ) não

Doenças associadas existentes no prontuário médico:

( ) DAC. Se sim, ( ) IAM ( ) angina
( ) Dislipidemias
( ) Diabetes mellitus
( ) Doença reumática
( ) Insuficiência reumática
( ) Insuficiência renal
( ) Câncer
( ) AIDS
( )Outras. Especificar:

Problemas de saúde relatados pelo pacientes:

Preenchimento: ( ) pesquisadora ( ) paciente

Apêndice 3

Minnesota Living with Heart Failure Questionnare (MLHFQ) versão modificada

ID:_____

Durante o último mês seu problema cardíaco o impediu de viver como você queria?
( ) sim ( ) não

Responda as perguntas abaixo, usando a seguinte escala de respostas para cada um dos problemas que está sendo perguntado.

Não	**Muito pouco**				**Demais**
0	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

		0	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N/A**
1	Causou inchaço em seus tornozelos e pernas							
2	Obrigou você a sentar ou deitar para descançar durante o dia							
3	Tornou difícil para você caminhar e subir escadas							
4	Tornou difícil seu trabalho domestico							
5	Tornou difícil você sair de casa							
6	Tornou difícil dormir bem a noite							
7	Tornaram dificies seus relacionamentos ou atividades com familiares e amigos							
8	Tornou difícil seu trabalho para ganhar a vida							
9	Tornaram dificies seus passatempos, esportes e diversão (passear, dançar,...)							
10	Tornou difícil sua atividade sexual							
11	Fez você comer menos as comidas que gosta							
12	Causou falta de ar							
13	Deixou você cansado, fatigado ou com pouca energia							
14	Obrigou você a ficar hospitalizado (internado)							
15	Fez você gastar dinheiro com cuidados médicos							
16	Você sofreu os efeitos colaterais das medicações (mudança na pressão, batedeira, tonturas, ...)							
17	Fez você sentir-se um peso (um estorvo) para familiares e amigos							
18	Fez você sentir que não consegue controlar sua vida							
19	Fez você se preocupar							
20	Tornou difícil para você concentra-se ou lembrar-se das coisas							
21	Fez você sentir-se deprimido							