

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE  
VITÓRIA – EMESCAM

ANELISE VENTURINI STEFENONI

RAFAELA VIEIRA FRANKLIN

VANESSA DELFINO MORAES

BIBLIOTECA - EMESCAM

**PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM INSUFICIÊNCIA  
CARDÍACA CONFORME O GÊNERO: ANÁLISE DE UMA COORTE  
NÃO SELECIONADA EM UM SERVIÇO SUBESPECIALIZADO**

VITÓRIA  
2013

ANELISE VENTURINI STEFENONI

RAFAELA VIEIRA FRANKLIN

VANESSA DELFINO MORAES

BIBLIOTECA - EMESCAM

**PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM INSUFICIÊNCIA  
CARDÍACA CONFORME O GÊNERO: ANÁLISE DE UMA COORTE  
NÃO SELECIONADA EM UM SERVIÇO SUBESPECIALIZADO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de médico.

Orientador: Luiz Fernando Machado Barbosa  
Coorientador: Roberto Ramos Barbosa

VITÓRIA  
2013

ANELISE VENTURINI STEFENONI

RAFAELA VIEIRA FRANKLIN

VANESSA DELFINO MORAES

BIBLIOTECA - EMESCAM

**PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM INSUFICIÊNCIA  
CARDÍACA CONFORME O GÊNERO: ANÁLISE DE UMA COORTE  
NÃO SELECIONADA EM UM SERVIÇO SUBESPECIALIZADO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de médico.

Aprovado em 04 de julho de 2013.

COMISSÃO EXAMINADORA



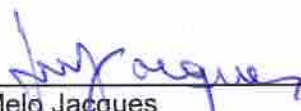
---

Professor Luiz Fernando Machado Barbosa  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de  
Misericórdia de Vitória – EMESCAM  
Orientador



---

Drº Roberto Ramos Barbosa  
Instituto de Cardiologia do Espírito Santo  
Santa Casa de Misericórdia de Vitória  
Coorientador



---

Professor Tiago de Melo Jacques  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de  
Misericórdia de Vitória – EMESCAM

## RESUMO

A insuficiência cardíaca (IC), síndrome de grande prevalência nos dias atuais e de alto índice de morbimortalidade, é a causa mais frequente de internações por doença cardiovascular no Brasil, gerando altos custos ao Estado. Por acarretar acentuada limitação aos esforços cotidianos em suas fases mais avançadas, a IC exerce grande impacto sobre a qualidade de vida (QV); além disso, a influência do gênero na percepção da QV em IC ainda é pouco conhecida. Este trabalho teve como objetivo analisar o impacto que a IC acarreta na QV dos pacientes, entre os diferentes sexos, acompanhados na clínica de IC do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV), Espírito Santo. Setenta e quatro pacientes portadores de IC com fração de ejeção reduzida foram analisados em um estudo descritivo e transversal, com base em variáveis demográficas, dados clínicos e um questionário que aborda aspectos físicos, psicológicos e socioeconômicos. Através do escore do questionário aplicado, observou-se que os homens apresentaram QV superior às mulheres ( $p=0,02$ ). Na comparação entre grupos masculino e feminino, não houve diferença em relação às características clínicas e medicações utilizadas. O acompanhamento prolongado e assíduo na clínica de IC, com atenção multiprofissional, pode promover otimização terapêutica, com possibilidade de melhora da QV. São necessários mais estudos diferenciando o gênero na IC e buscando a identificação de fatores relacionados à piora da QV, a fim de se traçar condutas terapêuticas individualizadas e efetivas nos diferentes sexos.

Palavras-chave: Insuficiência cardíaca. Qualidade de vida. Gênero. Questionário.

## ABSTRACT

Heart failure (HF), a highly prevalent syndrome with increased rates of morbimortality, is the leading cause of hospitalization due to cardiovascular disease in Brazil, resulting in high health expenditure. Because of its severe limitations on patient's daily chores, especially in advanced stages, the HF has a large impact on quality of life (QOL); furthermore, the influence of gender on the perception of QOL in HF is still unknown. The present study aims to analyze the impact that HF causes on patients' QOL, evaluating gender differences on patients following the Heart Failure Clinic Program at Hospital Santa Casa de Misericordia de Vitoria, Espirito Santo. Seventy-four patients with HF syndrome and reduced ejection fraction were analyzed in a descriptive cross-sectional study, based on demographic variables, clinical database and a questionnaire approaching the physical, psychological and socioeconomic aspects. Based on the questionnaire's score, it was observed that the male group had a better perception of QOL than women. Comparing both male and female groups, there were no differences in the clinical characteristics and medications being used. The prolonged and often monitoring in HF clinics with multidisciplinary care may promote therapeutic optimization, leading to a possibility of improvement in QOL. Further studies differentiating genders in HF and aiming to identify factors related to lower QOL are needed, intending to establish an effective and individualized therapeutic management in both genders.

**Keywords:** Heart failure. Quality of life. Gender. Questionnaire.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	7
1.1 OBJETIVOS .....	11
1.1.1 Objetivo Geral .....	11
1.1.2 Objetivos Específicos .....	11
1.2 JUSTIFICATIVA .....	12
<b>2. MÉTODOS</b> .....	13
<b>3. RESULTADOS</b> .....	15
<b>4. DISCUSSÃO</b> .....	19
4.1 LIMITAÇÕES.....	22
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	23
<b>APÊNDICE</b> .....	26
<b>APÊNDICE A</b> .....	27
<b>ANEXOS</b> .....	29
<b>ANEXO A</b> .....	30
<b>ANEXO B</b> .....	31
<b>ANEXO C</b> .....	33

## 1. INTRODUÇÃO

A IC é uma síndrome complexa, devida à incapacidade do coração em oferecer adequada oferta de oxigênio aos tecidos.<sup>1</sup> Com uma prevalência na população brasileira estimada em 6,4 milhões de habitantes, caracteriza-se como um problema de saúde pública e por apresentar um aumento progressivo de casos, o que gera altos custos ao Estado e grande impacto de vida aos seus portadores.<sup>2</sup>

A IC representa cerca de um terço (29,03%) das internações do Sistema Único de Saúde (SUS) por doenças do aparelho circulatório e é a principal causa de internação dos pacientes maiores de 60 anos de idade. Em 2009 ocorreram 27.314 óbitos por IC nos pacientes atendidos pelo SUS.<sup>3</sup> A mortalidade intra-hospitalar é elevada, cerca de 4% em grande número de estudos, e é mais elevada em hospitais terciários, atingindo de 10 % a 16%.<sup>4</sup>

Frazier e colaboradores analisaram dados de 11.642 pacientes, randomizados em cinco ensaios clínicos, portadores de IC com disfunção sistólica e observaram que as mulheres eram mais velhas e mais propensas a ter IC não isquêmica quando comparadas aos homens.<sup>5</sup> A IC com fração de ejeção reduzida é mais comum em homens, enquanto a IC com fração de ejeção preservada, mais frequente em mulheres.<sup>4</sup>

No Brasil, as principais etiologias da IC são a cardiopatia isquêmica crônica e a cardiopatia hipertensiva. Destaca-se, também, entre as etiologias mais prevalentes, a de origem alcoólica. Em determinadas regiões geográficas do país e em áreas de baixas condições socioeconômicas, ainda existem formas de IC associadas à doença de Chagas, endomiocardiofibrose e cardiopatia valvular reumática crônica, situações especiais de IC em nosso meio. A definição etiológica é etapa fundamental da avaliação dos pacientes com IC, contribuindo para a avaliação do prognóstico e podendo influenciar a terapia.<sup>2</sup>

Quanto às suas classificações, pode ser considerada aguda ou crônica, acometer as câmaras direita e/ou esquerda, ser do tipo sistólica ou diastólica.<sup>6</sup> É também possível categorizá-la com base na intensidade dos sintomas em quatro classes propostas pela *New York Heart Association* (NYHA). Outra categorização possível, seria a classificação da IC baseada na progressão da doença, que além de permitir uma compreensão evolutiva da IC, serve de base para a identificação de pacientes com indicação de intervenções predominantemente preventivas (estágios A e B), terapêuticas (estágio C) ou seleção de pacientes para procedimentos especializados e cuidados paliativos (estágio D).<sup>2</sup>

A IC apresenta como principais sinais e sintomas, dispneia, ortopneia, dispneia paroxística noturna, fadiga, palpitações, síncope e dor torácica, mas isoladamente apresentam limitações de sensibilidade e/ou especificidade para o diagnóstico. As manifestações periféricas da doença, como disfunção endotelial, atrofia muscular esquelética, alterações do fluxo sanguíneo periférico e distúrbios no controle ventilatório, são determinantes maiores que resultam em sintomas como dispneia e fadiga, gerando intolerância às atividades diárias.<sup>2</sup>

A maioria dos casos de descompensação cardíaca na IC são preveníveis, uma vez que ocorrem devido à baixa adesão medicamentosa, baixa adesão à dieta ou terapia medicamentosa insuficiente.<sup>7</sup> As descompensações por progressão da disfunção ou por um evento cardíaco intercorrente ocorrem com menor frequência. Além disso, a maioria dos pacientes é idosa e tem dificuldade em seguir a extensa lista de medicamentos prescritos.<sup>8</sup> Desta forma, várias iniciativas foram tomadas para superar tais desafios no manejo desses pacientes, e desde 1983, quando foi publicado o primeiro estudo sobre pacientes tratados em clínica especializada de IC, vários programas foram estabelecidos, primeiramente nos Estados Unidos e posteriormente na Europa e Austrália.<sup>7</sup> Essas clínicas especializadas vieram, então, progredindo com o passar dos anos com o objetivo primordial de atender às necessidades individuais dos pacientes, otimizando sua capacidade funcional e QV e, ao mesmo tempo, reduzindo as taxas de reinternação e os custos com a doença.<sup>9</sup> Vários estudos demonstram que esses centros especializados em tratamento da IC são superiores e mostram uma melhor relação custo/benefício em comparação com o tratamento usual.<sup>4</sup>



Ao se tratar da QV, observam-se duas vertentes. A primeira, mais genérica, é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a percepção que o indivíduo tem da sua vida, considerando seu contexto cultural, seus valores e seus sentimentos, expectativas e necessidades. A segunda é o conceito de QV relacionado à saúde (*Health-Related Quality of Life - HRQOL*), que aborda temas mais amplos, como a percepção física e mental da saúde e seus correspondentes, incluindo riscos à saúde, o estado funcional, suporte social e status socioeconômico.<sup>9</sup>

A IC causa um grande impacto na vida dos pacientes, justificando o esforço da comunidade científica em criar meios para quantificá-lo. Apesar de haver a classificação funcional da NYHA e do teste de caminhada de seis minutos, criou-se o *Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire* (MLHFQ), um escore que avalia a QV dos pacientes portadores da síndrome.<sup>10</sup> Segundo o estudo de Garin e colaboradores, que avaliou sistematicamente sete instrumentos disponíveis para avaliação da HRQOL na IC, o MLHFQ é hoje o mais utilizado internacionalmente e o de maior confiabilidade,<sup>11</sup> podendo ser usado de forma única para acessar a QV dos pacientes com IC ou para avaliar o efeito de uma intervenção.<sup>12</sup>

Um estudo espanhol obteve uma forte correlação entre classe funcional (CF) da NYHA com o escore da versão espanhola do MLHFQ, o que levou os autores a concluir que o MLHFQ pode refletir a gravidade da IC.<sup>13</sup> A versão em língua portuguesa da MLHFQ demonstrou ser válida em pacientes com IC, constituindo uma nova e importante ferramenta para avaliar a QV e a limitação na capacidade de realizar atividades da vida diária nessa população.<sup>12</sup>

Os impactos da IC e a percepção da influência da mesma na QV são variáveis individuais, que dependem intimamente do sujeito e das características do mesmo. Diferentes parâmetros podem exercer influências diversas na QV dos portadores de IC, e estes permanecem desconhecidos na população brasileira. O impacto do gênero na percepção da QV carrega inúmeras particularidades, tanto orgânicas quanto psicológicas, e sua mensuração pode ser benéfica no sentido de otimizar o atendimento multiprofissional preconizado nas clínicas de IC.

Evidências científicas sólidas apontam para o fato de que os avanços terapêuticos na IC permitiram um aumento da sobrevida nas últimas décadas, especialmente nos casos de IC com fração de ejeção reduzida. Desta forma, fica evidente que uma maior atenção à QV no manejo da IC representa um enfoque atual de extrema importância.<sup>1</sup>

## 1.1 OBJETIVOS

### 1.1.1 Objetivo Geral

Avaliar o impacto da IC sobre a percepção da QV, comparando os pacientes estudados conforme o gênero.

### 1.1.2 Objetivos Específicos

- Avaliar as características clínico-epidemiológicas dos pacientes com IC conforme o gênero;
- Comparar a terapia farmacológica específica em IC conforme o gênero.

## 1.2 JUSTIFICATIVA

Sendo a IC a via patológica final da maioria das doenças cardíacas, discussões acerca do diagnóstico, tratamento e principalmente implicações e impactos da mesma na saúde pública, devem ser tidas como imprescindíveis para toda a classe médica. Devido à gravidade da síndrome, a redução da sobrevida pela mesma sinaliza a sua relevância, porém o comprometimento da QV também aflige demasiadamente a população.

Na literatura não há trabalhos suficientes diferenciando o gênero na IC. Através do conhecimento dos impactos causados por esta síndrome e verificação de fatores relacionados à piora da QV dos pacientes, nos diferentes sexos, pode-se traçar uma conduta terapêutica mais individualizada e efetiva, direcionada aos pontos mais relevantes do comprometimento orgânico e psicossocial dos indivíduos acometidos por esta síndrome tão prevalente.

## 2. MÉTODOS

**CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO:** O HSCMV, no estado do Espírito Santo, funciona como o hospital-escola de uma faculdade da mesma cidade, e conta com 267 leitos de enfermaria que atendem às especialidades de clínicas médica, cirúrgica, pediátrica e ginecológica. Possui serviços de pronto-socorro e ambulatório central, que atende cerca de 15.000 consultas/mês. Funcionando no ambulatório central, encontra-se o local de estudo deste projeto, a clínica de IC do HSCMV que, em atividade desde julho de 2010, realiza atendimento regular a 140 pacientes cadastrados, que são assistidos por sete monitores (alunos da graduação de Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Vitória - EMESCAM), professores voluntários da instituição e outros professores e funcionários do HSCMV, caracterizando uma equipe multidisciplinar, conforme preconizado pelo serviço.

**TIPO DE ESTUDO:** Foi realizado um estudo descritivo transversal, nos meses seguinte à aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa, com número de protocolo 289.038.

**COLETA DE DADOS:** Para a obtenção de dados, foi utilizado como base a aplicação e o preenchimento do questionário MLHFQ (anexo A), com versão validada para a língua portuguesa,<sup>12</sup> uma medida doença-específica que avalia as percepções dos pacientes sobre a influência da IC nos aspectos físicos, socioeconômicos e psicológicos da vida. Os pacientes responderam a 21 itens, utilizando uma escala de 6 pontos (variando de 0 a 5), sendo que o escore global pode variar de 0 a 105; um escore mais baixo refletindo melhor QV. Os escores nas três dimensões refletem as dificuldades físicas, referentes às questões número 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 12 e 13, emocionais, referentes às questões número 17, 18, 19, 20 e 21, e os outros itens estão relacionados a considerações financeiras, efeitos colaterais de medicamentos e estilo de vida, sendo estas as dimensões gerais.<sup>14,15</sup> Foram também utilizados dados referentes às variáveis epidemiológicas, clínicas e

laboratoriais, através de um protocolo de dados (apêndice A), disponíveis nos prontuários, revistos pelos autores do estudo.

**POPULAÇÃO E AMOSTRA:** A população do estudo foi composta por pacientes portadores de IC, de ambos os gêneros, acompanhados na clínica de IC do HSCMV, com fração de ejeção reduzida (menor que 50%), considerados como graus I,II, III e IV da classificação de IC da NYHA. Foram incluídos no estudo os pacientes devidamente cadastrados no referido serviço, e que aceitaram participar do trabalho e responder ao questionário, sem a interferência do pesquisador.

**CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:** Foram excluídos do trabalho pacientes que não aceitaram responder ao questionário; que responderam, mas não aceitaram participar da pesquisa; que responderam de forma incompleta ao questionário; que não assinaram o TCLE e que apresentaram dados clínicos incompletos nos prontuários.

**DESFECHOS:** Foram analisados os escores dos MLHFQ dos pacientes incluídos no estudo, comparando-os em dois grupos conforme o gênero (masculino e feminino). Ainda, as características clínicas da amostra total e dos grupos foram analisadas, a fim de se identificar fatores associados à redução da QV. Considerando os possíveis desfechos ao longo do acompanhamento dos pacientes na clínica de IC, foram analisados os seguintes eventos: infarto agudo do miocárdio (IAM), número de internações e acidente vascular cerebral (AVC).

**ANÁLISE ESTATÍSTICA:** Os dados foram analisados através do software SPSS, com o uso dos testes do qui-quadrado e de Fisher para variáveis categóricas e do teste t de student para variáveis contínuas. Variáveis categóricas foram descritas em frequência e porcentagem, já as contínuas, em média e desvio-padrão. Nas análises comparativas, valores de p menores que 0,05 foram considerados estatisticamente significativos.

### 3. RESULTADOS

Dos 76 pacientes entrevistados, que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o TCLE, dois foram excluídos, por resposta incompleta do questionário e por falta de dados clínicos no prontuário. Portanto, 74 (97,4%) foram incluídos no estudo. Destes, 56,8% (n = 42) eram do gênero masculino e 43,2% (n = 32) do feminino.

Das características clínicas dos pacientes considerados para essa análise, somente o tempo médio de acompanhamento no ambulatório de IC do HSCMV apresentou diferença estatisticamente significativa ( $p = 0,017$ ), sendo maior no masculino, no qual a média foi de 22,4 ( $\pm 9,2$ ) meses. A média de acompanhamento no gênero feminino foi de 16,9 ( $\pm 9,8$ ) meses e a média geral de 19,9 ( $\pm 9,6$ ) meses.

A idade média dos pacientes incluídos no estudo foi de 61,7 ( $\pm 10,4$ ) anos para o sexo masculino e de 55,8 ( $\pm 14,1$ ) anos para o feminino ( $p = 0,06$ ). A idade média global foi de 59,2 ( $\pm 12,3$ ) anos.

Quanto à CF da NYHA, a média na última consulta foi de 1,5 ( $\pm 0,67$ ) no sexo masculino e de 1,6 ( $\pm 0,76$ ) no sexo feminino ( $p = 0,55$ ). Dentre as mulheres, estavam em CF III ou IV 15,6%, e 4,8% dos homens incluídos ( $p = 0,09$ ).

A análise da média da FEVE permitiu observar um acréscimo da mesma em ambos os sexos ao longo do tempo de acompanhamento na clínica, passando de 36 ( $\pm 9,0$ ) % para 40,8 ( $\pm 9,9$ ) % no sexo masculino e de 39,4 ( $\pm 10,5$ ) % para 42,9 ( $\pm 11,1$ ) no sexo feminino ( $p = 0,12$ ).

Observa-se que nos homens a etiologia isquêmica foi a mais prevalente, enquanto nas mulheres foram indeterminadas ou outras etiologias, conforme visto na tabela 1.

**Tabela 1 - Etiologia da IC**

Gênero	Masculino	Feminino	P
Isquêmica	17 (40,5%)	10 (31,2%)	0,41
Dilatada idiopática	0	2 (6,2%)	0,18
Hipertensiva	3 (7,1%)	6 (18,7%)	0,09
Alcoólica	8 (19,0%)	2 (6,2%)	0,08
Indeterminada/Outras	14 (33,3%)	12 (37,5%)	0,8

Fonte: elaborada pelos autores

Ao analisarmos o tratamento farmacológico dos pacientes em acompanhamento na clínica de IC, não houve diferença na taxa de uso das medicações preconizadas na IC, bem como no uso em dose-alvo dos betabloqueadores adrenérgicos, inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA) ou bloqueadores dos receptores da angiotensina II (BRA), conforme a tabela 2.

**Tabela 2 – Medicações em uso pelos pacientes**

Gênero	Masculino	Feminino	P
Betabloqueador	42 (100%)	31 (96,9%)	0,43
Dose alvo do			
Betabloqueador	30 (71,4%)	26 (81,2%)	0,32
IECA/BRA	41 (97,6%)	32 (100%)	0,56
Dose alvo do			
IECA/BRA	24 (57,1%)	22 (68,7%)	0,3
Espironolactona	33 (78,6%)	29 (90,6%)	0,1
Diurético de alça	19 (45,2%)	15 (46,9%)	1
Digoxina	3 (7,1%)	4 (12,5%)	0,22
Estatina	25 (59,5%)	19 (59,4%)	1
AAS	22 (52,4%)	13 (40,6%)	0,31

IECA: Inibidor da enzima conversora da angiotensina; BRA: Bloqueadores dos receptores da angiotensina II

Fonte: elaborada pelos autores

As demais características clínicas dos pacientes estudados podem ser observadas na tabela 3.



**Tabela 3 – Características clínicas dos pacientes**

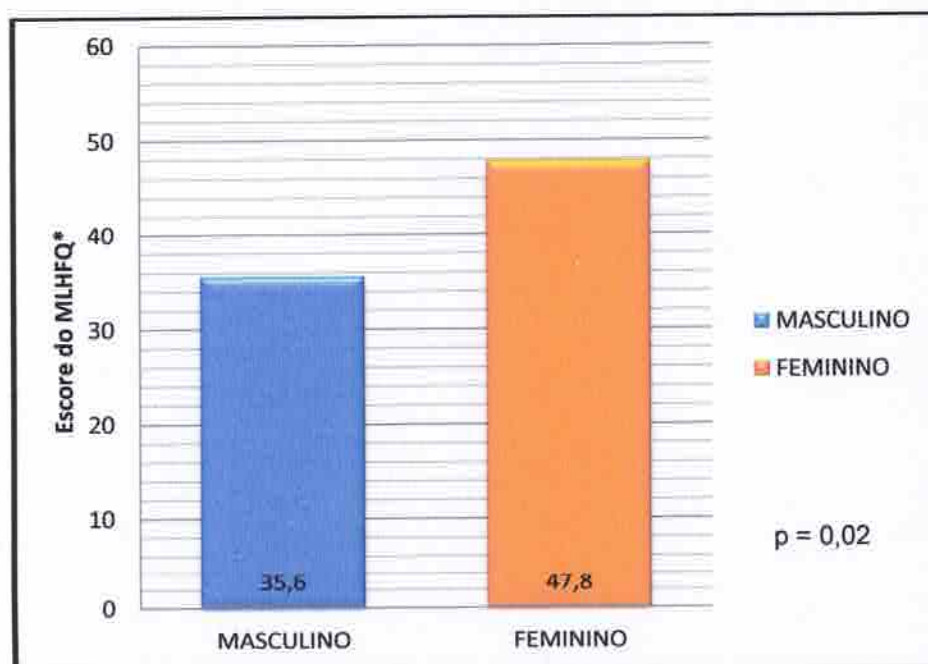
Gênero	Masculino	Feminino	P
Hipertensão Arterial	33 (78,6%)	27 (84,3%)	0,19
Diabetes Mellitus	14 (33,3%)	14 (43,7%)	0,36
Dislipidemia	22 (52,4%)	14 (43,7%)	0,46
Tabagismo	11 (26,2%)	4 (12,5%)	0,08
ICP prévia	5 (11,9%)	3 (9,4%)	0,27
RM prévia	4 (9,5%)	1 (3,1%)	0,15
IRC	8 (19,0%)	7 (21,9%)	0,76
IMC	26,0 ± 4,7	28,9 ± 7,4	0,056
Creatinina	1,2 ± 0,33	1,18 ± 0,47	0,83
Clearance creatinina	69,3 ± 23,5	67,4 ± 37,8	0,8
Hemoglobina	12,8 ± 1,7	11,8 ± 1,8	0,018
FA/Flutter crônico	16 (38,1%)	8 (25%)	0,23

ICP: Intervenção Coronária Percutânea; RM: revascularização miocárdica; IRC: Insuficiência Renal Crônica; IMC: Índice de Massa Corpórea; FA: Fibrilação Atrial

Fonte: elaborada pelos autores

A avaliação da QV, baseada no questionário MLHFQ, evidenciou diferença entre os gêneros, obtendo-se um escore médio entre as mulheres de 47,8 (± 24,0) pontos e de 35,6 (± 18,9) pontos entre os homens ( $p = 0,02$ ), de acordo com a figura 1. Já o escore médio geral foi de 40,3 (± 21,9) pontos.

Figura 1 – Qualidade de vida em insuficiência cardíaca conforme o gênero



\* Maior valor no escore do MLHFQ reflete pior QV

Fonte: elaborada pelos autores

Quanto aos eventos ocorridos durante o período de acompanhamento dos pacientes na clínica de IC, 2,4% (n = 1) dos pacientes do sexo masculino sofreram IAM e 3,1% (n = 1) do sexo feminino (p = 0,49). No grupo masculino ocorreram 0,27 internações/paciente/ano contra 0,17 internações/pacientes/ano no grupo feminino (p = 0,14).

#### 4. DISCUSSÃO

A IC é uma das principais causas de morbimortalidade em todo o mundo, apresentando incidência e prevalência crescentes com o avançar da idade.<sup>16,17</sup> No Brasil, a IC é a primeira causa entre as doenças cardiovasculares de internação pelo SUS em pacientes acima de 65 anos, elevando os custos com hospitalização e medicamentos.<sup>2,18</sup>

Inúmeros países industrializados vêm desenvolvendo programas de controle da doença, executados nas chamadas clínicas de IC. Estes programas se baseiam no princípio de que a IC é uma síndrome crônica, complexa, debilitante e que raramente ocorre de forma isolada. Portanto, para maximizar seu tratamento, é necessária uma visão holística, individualizada, envolvendo aspectos médicos, psicossociais, comportamentais e financeiros. Para que tais objetivos sejam atingidos, torna-se mandatória uma abordagem multidisciplinar.<sup>8</sup>

O objetivo primordial das clínicas de IC é atender às necessidades individuais do paciente, otimizando sua capacidade funcional e QV e, ao mesmo tempo, reduzindo a taxa de reinternação e os custos com a doença.<sup>8</sup>

A prevalência de IC na população brasileira é mais acentuada nos indivíduos acima de 60 anos.<sup>2</sup> Nessa casuística, a média de idade dos pacientes avaliados foi de 59,2 anos, bem próximo à encontrada no país e em estudo de Frankenstein e colaboradores, no qual a idade média foi de 64,8 ( $\pm$  13,7) anos.<sup>19</sup>

O estudo mostrou que o tempo de acompanhamento na clínica de IC foi superior no grupo do sexo masculino comparado ao grupo feminino. O acompanhamento prolongado pode-se associar a uma melhor abordagem clínica, otimização de terapia medicamentosa e maior adesão do indivíduo, influenciando o desfecho final, ao contribuir para uma melhora da CF e, conseqüentemente, da percepção da QV nessa população.<sup>8</sup>

Em relação à CF de acordo com a NYHA, o presente estudo demonstrou uma média equivalente entre os gêneros. Entretanto, quando analisadas as CFs III e IV, foi visto que no grupo feminino a proporção de pacientes era maior que no grupo masculino. A CF categoriza pacientes em termos de sintomas associados às atividades diárias,

o que pode colaborar para uma pior percepção da QV em classes mais altas. Como já demonstrado por estudos, há diferenças significantes nas CFs da NYHA quando a QV foi comparada entre as mesmas, já que, quanto maior a classificação pela NYHA, maior a limitação física aos hábitos cotidianos.<sup>14,20</sup>

A média do escore do questionário MLHFQ aplicado em todos os pacientes da pesquisa foi semelhante a de outros trabalhos.<sup>14,15</sup> Um estudo que reforça a validade do uso do MLHFQ para avaliar a QV em pacientes com IC, avaliou o uso do mesmo em 21 países, sendo a média do Brasil de  $37,4 \pm 21,7$ .<sup>15</sup> Estudo mostrou que em relação ao questionário MLHFQ, pior pontuação geral e em aspectos físicos e emocionais, estão associados a maior mortalidade.<sup>21</sup>

Quando comparada à média dos escores do MLHFQ nos diferentes sexos, houve diferença estatística e o grupo feminino obteve uma pior QV. No estudo de Riedinger e colaboradores, pacientes com IC do sexo feminino obtiveram piores índices na capacidade de exercer as atividades do cotidiano e na vida social.<sup>22</sup>

Esses resultados podem ser explicados pelo fato das mulheres apresentarem, na maioria das vezes, mais funções no dia-a-dia, como as tarefas de casa e de cuidadora, tornando-as mais ativas que os homens, principalmente depois da aposentadoria. Além disso, o impacto negativo da IC na capacidade de executar as atividades diárias pode ter efeito profundo sobre seus sentimentos de autoestima e bem estar psicossocial.<sup>22,23</sup> Vale ressaltar que diferenças orgânicas e físicas relacionadas ao gênero, não abordadas neste estudo, também podem influenciar sobremaneira a percepção da QV, como as diferenças hormonais e de estrutura musculoesquelética.

A respeito dos exames laboratoriais, houve diferença na média de hemoglobina encontrada entre os grupos, sendo esta inferior na população feminina estudada. Sabe-se que a anemia é uma comorbidade prevalente nos pacientes com IC e, quando presente, acentua suas manifestações clínicas, piora a evolução e aumenta a mortalidade.<sup>24</sup> Entretanto, deve-se considerar que o valor de referência da hemoglobina já é inferior para indivíduos do sexo feminino. Assim, não há como concluir que, mesmo apresentando significância estatística, os baixos índices hematemétricos das mulheres representem de fato significado clínico.

No Brasil, as principais etiologias da IC são a cardiopatia isquêmica crônica e a cardiopatia hipertensiva.<sup>2,25</sup> Nesse estudo, a etiologia isquêmica foi a mais prevalente no sexo masculino, enquanto na maioria das mulheres a etiologia mais freqüente permaneceu indeterminada ou, ainda, correspondiam a etiologias menos frequentes não abordadas no estudo.

Como esperado, não houve diferença no uso das medicações empregadas no tratamento da IC entre os diferentes sexos. A taxa de uso de betabloqueadores e de IECA ou BRA entre os pacientes da clínica foi bastante elevada, refletindo a excelência da clínica na otimização terapêutica. O uso da espironolactona se mostrou maior em relação a outros trabalhos.<sup>12,19, 26</sup> Tal achado pode representar um ponto importante na terapêutica, pois de acordo com o estudo EMPHASIS-HF, o uso de antagonista de aldosterona, adicionado ao tratamento clínico otimizado, proporcionou redução de 24% na mortalidade geral e 37% de redução nos eventos combinados, óbito cardiovascular e hospitalizações por IC, mesmo em pacientes pouco sintomáticos (CF II).<sup>27</sup>

No presente estudo, foram avaliados alguns eventos que puderam ocorrer no período de acompanhamento do paciente na clínica de IC, desde sua admissão até a última consulta. Foram analisados IAM, AVC e internações. Desses, o mais relevante foi a taxa de internação, que reflete diretamente a adesão do paciente às propostas terapêuticas das clínicas de IC. Apesar de obterem menor escore no questionário MLHFQ, os homens apresentaram tendência a maior número de internações quando comparados às mulheres.

Pode-se afirmar com esse estudo que a principal hipótese foi comprovada, uma vez que as mulheres apresentaram uma pior percepção da QV quando comparadas aos homens, demonstrando a necessidade de uma abordagem terapêutica individualizada, de acordo com o gênero.

Faz-se necessária a realização de um estudo longitudinal, a fim de confirmar a hipótese de que a adesão dos pacientes, o acompanhamento assíduo e a abordagem terapêutica baseada em evidências – pilares da clínica de IC – correlacionam-se diretamente com a percepção da QV dos pacientes e, sobretudo, com os desfechos dessa síndrome.

#### 4.1 LIMITAÇÕES

Deve ser considerado no estudo, o elevado número de pacientes cuja etiologia da IC permaneceu indeterminada, o que configura uma das limitações do trabalho. Tal fato pode ser explicado pelo preenchimento incompleto dos prontuários ou ainda, pela falta de recursos encontrada nos serviços públicos para que os pacientes possam dar seguimento à investigação do diagnóstico etiológico, que por vezes, necessita de exames onerosos.

Possíveis vieses de informação podem ter sido gerados com uso de questionários e informações de prontuários. Os fatores confundidores não foram eliminados através de análise estatística multivariada. Portanto, fatores como o tempo de acompanhamento na clínica podem ter exercido influência não mensurada na QV dos pacientes, interferindo nos resultados.

O desenho transversal do estudo também pode ser citado como uma limitação, uma vez que a QV e os outros parâmetros, não foram abordados de maneira dinâmica. Num estudo longitudinal, seria possível avaliar a influência do acompanhamento na clínica de IC sobre a melhora da QV após determinado período, podendo-se estabelecer a relação do tempo de acompanhamento com reflexos positivos no cotidiano dos pacientes.

## REFERÊNCIAS

1. MESQUITA, E. T. et al. Insuficiência cardíaca com função sistólica preservada. **Arq. Bras. Cardiol**, São Paulo, v. 82, n. 5, maio, 2004.
2. BOCCHI, E. A. et al. III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. **Arq. Bras. Cardiol**, São Paulo, v. 93, n. 1, 2009.
3. DATASUS. **Informações de saúde**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>. Acesso em 03 jan. 2012.
4. RAMOS, R.B.; FABRI JR, J.; MANSUR, A.P. A insuficiência cardíaca no Brasil e no mundo e Avaliação de sua influência socioeconômica. In: SERRANO, C. V.; TIMERMAN, A.; STEFANINI, E. **Tratado de Cardiologia da Sociedade de Cardiologia do estado de São Paulo**, 2ª Ed, São Paulo: Manole, p. 1019-28, 2009.
5. FRAZIER, G. C. et al. Associations of gender and etiology with outcomes in heart failure with systolic dysfunction: a pooled analysis of 5 randomized control trials. **J Am Coll Cardiol**, USA, v. 49, n. 13, p. 1450-8, 2007.
6. SIMÕES, M. V.; MARQUES, F.; O'CONNELL, J. L. Diagnóstico, classificação e prognóstico da insuficiência cardíaca. In: SERRANO, C. V.; TIMERMAN, A.; STEFANINI, E. **Tratado de Cardiologia da Sociedade de Cardiologia do estado de São Paulo**, 2ª Ed, São Paulo: Manole, p. 1040-54, 2009.
7. GUSTAFSSON, F.; ARNOLD J. M. O. Heart failure clinics and outpatient management: review of the evidence and call for quality assurance. **European Heart Journal**, v. 25, n. 18, p. 1596–1604, 2004.
8. VILLACORTA, H.; GUIMARÃES, M. A. P.; MESQUITA, E. T. Clínicas de Insuficiência cardíaca: tratamento e prevenção focados na educação do paciente. **Rev Bras Cardiol**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 6, p. 205-13, 2002.
9. WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Med**, v. 41, n. 10, p.1403-9, 1995.

10. GUIMARÃES, G. V. Can the cardiopulmonary 6-minute walk test reproduce the usual activities of patients with heart failure? **Arq Bras Cardiol**. São Paulo, v. 78, n. 6, p. 557-60, 2002.
11. GARIN, O. et al. Assessing health-related quality of life in patients with heart failure: a systematic, standardized comparison of available measures. **Heart Fail Rev**, May 2013. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10741-013-9394-7>>. Acesso em 22 jun. 2013.
12. CARVALHO, V. O. et al. Validação da versão em português do Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. **Arq. Bras. Cardiol**, São Paulo, v. 93, n. 1, julho, 2009.
13. 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.
14. DOS SANTOS, J. J. A. et al. Qualidade de Vida e Indicadores Clínicos na Insuficiência Cardíaca: Análise Multivariada. **Arq Bras Cardiol**, Paraná, v. 93, n. 2, p. 159-166, 2009.
15. GARIN, O. et al. Evidence on the global measurement model of the Minnesota living with heart failure questionnaire. **Qual Life Res**, Feb. 2013. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11136-013-0383-z>>. Acesso em 23 jun. 2013.
16. VAN TOL, B. A. F. V. et al. Effects of exercise training on cardiac performance, exercise capacity and quality of life in patients with heart failure: a meta-analysis. **Eur J Heart Fail**, v. 8, n. 8, p. 841-50, 2006.
17. CURTIS, L. H. et al. Incidence and prevalence of heart failure in elderly persons, 1994-2003. **Arch Intern Med**, v. 168, n. 4, p. 418-24, Feb. 2008.
18. MOUTINHO, M. A. et al. Heart failure with preserved ejection fraction and systolic dysfunction in the community. **Arq Bras Cardiol**, v. 90, n. 2, p. 132-7, 2008.



19. FRANKENSTEIN, L. et al. Association between spironolactone added to beta-blockers and ACE inhibition and survival in heart failure patients with reduced ejection fraction: a propensity score-matched cohort study. **Eur J Clin Pharmacol**, Mar. 2013. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00228-013-1512-x>>. Acesso em 23 jun. 2013.
20. BENNET, S. J. et al. Discriminant properties of commonly used quality of life measures in heart failure. **Qual Life Res**, v. 11, n. 4, p. 349-59, 2002.
21. ARTALEJO, F. R. et al. Health-Related Quality of Life as a Predictor of Hospital Readmission and Death Among Patients With Heart Failure. **Arch Intern Med**, v. 165, n. 11, p. 1274-1279, 2005.
22. RIEDINGER, M. S. et al. Quality of life in patients with heart failure: Do gender differences exist? **Heart & lung**, California, v. 30, n. 2, march/april 2001.
23. MOTZER, S. U.; STEWART, B. J. Sense of coherence as a predictor of quality of life in persons with coronary heart disease surviving cardiac arrest. **Res Nurs Health**, v. 19, n. 4, p. 287-98, 1996.
24. CARDOSO, J. et al. Anemia nos pacientes com insuficiência cardíaca avançada. **Arq Bras Cardiol**, v. 95, n. 4, p. 524-529, 2010.
25. BOCHI, E. A. et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Atualização da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. **Arq Bras Cardiol**, v. 98, n. 1, p.1-33, 2012.
26. BHARDWAJ, A. M. D. et al. Quality of life and chronic heart failure therapy guided by natriuretic peptides: Results from the ProBNP Outpatient Tailored Chronic Heart Failure Therapy (PROTECT) study. **American Heart Journal**, v. 164, n. 5, p. 793-799, Nov. 2012.
27. ZANNAD, F. et al. Eplerenone in patients with systolic heart failure and mild symptoms. EMPHASIS-HF Study Group. **N Engl J Med**, v.364, n.1, p. 11-21, Jan. 2011.

## APÊNDICE



**Medicações em uso (atual):**

- Betabloqueador: 0.NENHUM / 1. CARVEDILOL / 2. METOPROLOL/ 3. BISOPROLOL/ 4. NEBIVOLOL Dose plena? SIM / NÃO

- IECA/BRA: 0.NENHUM / 1.Captopril/ 2. Enalapril/ 3. Lisinopril/ 4. Losartan/ 5. Valsartan Dose plena? SIM / NÃO

- Espironolactona: SIM / NÃO

- Diurético de alça: SIM / NÃO

- Digoxina: SIM / NÃO

- Estatina: SIM / NÃO

- AAS: SIM / NÃO

**Eventos:**

- IAM: SIM / NÃO

- NÚMERO DE INTERNAÇÕES:

- AVC: SIM / NÃO

- ÓBITO: SIM / NÃO

TEMPO ATÉ O 1º EVENTO (meses):

TEMPO TOTAL DE FOLLOW-UP (meses):

**Observações:**

## ANEXOS

**ANEXO A - Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (Tradução para o Português)**

	<b>Durante o último mês seu problema cardíaco o impediu de viver como você queria porquê?</b>	<b>PONTUAÇÃO</b>				
1	Causou inchaço em seus tornozelos e pernas					
2	Obrigando você a sentar ou deitar para descansar durante o dia					
3	Tornando sua caminhada e subida de escadas difíceis					
4	Tornando seu trabalho doméstico difícil					
5	Tornando suas saídas de casa difíceis					
6	Tornando difícil dormir bem à noite					
7	Tornando seus relacionamentos ou atividades com familiares e amigos difíceis					
8	Tornando seu trabalho para ganhar a vida difícil					
9	Tornando seus passatempos, esportes e diversão difíceis					
10	Tornando sua atividade sexual difícil					
11	Fazendo você comer menos as comidas que você gosta					
12	Causando falta de ar					
13	Deixando você cansado, fatigado ou com pouca energia					
14	Obrigando você a ficar hospitalizado					
15	Fazendo você gastar dinheiro com cuidados médicos					
16	Causando a você efeitos colaterais das medicações					
17	Fazendo você sentir-se um peso para familiares e amigos					
18	Fazendo você sentir uma falta de autocontrole na sua vida					
19	Fazendo você se preocupar					
20	Tornando difícil você concentrar-se ou lembrar-se das coisas					
21	Fazendo você sentir-se deprimido					
	<b>NÃO 0</b>	<b>MUITO POUCO 1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>DEMAIS 5</b>

## ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

Desde logo, fica garantido o segredo das informações. A participação não é obrigatória, podendo se recusar a qualquer momento.

### - INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

**Título do Projeto:** Percepção da qualidade de vida em insuficiência cardíaca conforme o gênero: análise de uma coorte não selecionada em um serviço subespecializado.

O objetivo é analisar o impacto que a insuficiência cardíaca acarreta na qualidade de vida dos pacientes acompanhados no ambulatório da clínica de insuficiência cardíaca (IC) do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória. Será realizada a coleta de dados nos prontuários dos pacientes e a aplicação de um questionário que avalia a qualidade de vida dos pacientes com IC. Serão incluídos no estudo 60 pacientes portadores de IC acompanhados no serviço.

Durante a aplicação do questionário poderão surgir eventuais incômodos por parte dos pacientes ao respondê-lo, devido ao tempo gasto no processo e ao desgaste psíquico-emocional ao discutir as repercussões da insuficiência cardíaca em seu cotidiano com o pesquisador. A fim de evitar tais eventos, a abordagem será feita de forma humanizada, individual e em ambiente ameno.

Objetiva-se com o estudo, através do conhecimento dos impactos causados por esta doença e verificação de fatores relacionados à piora da qualidade de vida, traçar uma conduta de tratamento mais individualizada e efetiva.

## - CONTATOS:

Pesquisador Responsável e telefone para contato (inclusive ligações a cobrar):

- Professor Luiz Fernando Machado Barbosa (27) 9989-0448.

Pesquisadores participantes e telefones para contato:

- Roberto Ramos Barbosa (27) 9961-4907;
- Rafaela Vieira Franklin (28) 99710148;
- Vanessa Delfino Moraes (27) 8173-4977 e
- Anelise Venturini Stefenoni (27) 9249-1561.

Comitê de Ética e Pesquisa (CEP): 3334-3586

- NOME DO PESQUISADOR: \_\_\_\_\_

- ASSINATURA: \_\_\_\_\_

◆ CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, \_\_\_\_\_,

abaixo assinado, concordo em participar do estudo "Percepção da qualidade de vida em insuficiência cardíaca conforme o gênero: análise de uma coorte não-selecionada em um serviço subespecializado" como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador \_\_\_\_\_ sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido o sigilo das informações e que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento.

Nome: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Assinatura do sujeito ou responsável:

\_\_\_\_\_

Local e data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



## ANEXO C - Folha de aprovação

O trabalho "Percepção da qualidade de vida em insuficiência cardíaca conforme o gênero: análise de uma coorte não selecionada em um serviço subespecializado" foi aceito pelo CEP da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, com emenda aprovada, sob número 289.038.