

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E SOCIODEMOGRÁFICAS ASSOCIADAS À QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Recebido em: 29/05/2023

Aceito em: 30/06/2023

DOI: 10.25110/arqsaude.v27i6.2023-064

Maria Paula Rocha Machado¹
Tânia Pavão Oliveira Rocha²
Vera Lúcia Alves Viegas³
Fabiana Neves Martins⁴
Arthurieta Belchior Silva⁵
Raimunda Araújo Serra⁶
Lise Garcia Coutinho⁷
Katia Maria Marques Sousa de Deus⁸
Ana Cássia Bastos Lopes Nascimento⁹

RESUMO: Introdução: A Insuficiência cardíaca (IC) é definida como uma síndrome clínica complexa de caráter sistêmico, na qual o coração é incapaz de bombear sangue de forma a atender às necessidades metabólicas tissulares. No campo da saúde, a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) vem sendo definida como a percepção do indivíduo sobre a influência da doença na sua vida. Objetivo: Avaliar a qualidade de vida relacionada a saúde de paciente com insuficiência cardíaca crônica e sua associação com as variáveis clínicas e sociodemográficas. Metodologia: Trata-se de um estudo transversal, realizado no ambulatório de cardiologia de um hospital público de nível terciário de São Luís/MA. Foram avaliados 102 pacientes no período de janeiro/2019 a junho/2020. Os pacientes foram entrevistados e avaliados por meio do Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire (MHFLQ). As variáveis categóricas foram descritas por meio de frequências e porcentagem, e as variáveis quantitativas com média e desvio padrão ou mediana e intervalo interquartil, conforme a normalidade dos dados que foi verificada com o Shapiro Wilker. Todas as análises foram realizadas no programa Data Analysis and Statistical Software versão 14,0. O nível de significância estabelecido foi de 5%. Resultados: Evidenciou-se que a idade média dos participantes foi de 55 anos,

¹ Especialista em Atenção em Clínicas Médicas e Cirúrgicas. Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

E-mail: paularocha136@gmail.com

² Doutora em Ciências Médicas. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

E-mail: tpavaorochoa@gmail.com

³ Especialista em Nefrologia. Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

E-mail: lualves.viegas@gmail.com

⁴ Graduada em Enfermagem. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). E-mail: fabianadeneves@hotmail.com

⁵ MBA em Gestão em Saúde e Controle de Infecção. Faculdade Faditech.

E-mail: arthurieta@hotmail.com

⁶ Graduada em Enfermagem. Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

E-mail: raimundinhaserra7@gmail.com

⁷ MBA de Gestão em Saúde e Controle de Infecção. Faculdade Instituto Nacional de Ensino e Pesquisa (INESP). E-mail: lisecoutinho86@gmail.com

⁸ Mestre em Saúde e Ambiente. Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

E-mail: katiammsousa@hotmail.com

⁹ Especialista em Prevenção e Controle de Infecção Hospitalar. Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein (IIEP). E-mail: anacassiabastoss2@gmail.com

predominaram no estudo indivíduos do sexo masculino, com baixa renda, baixa escolaridade, sem hospitalização nos últimos meses. Ao associar qualidade de vida com as características sociodemográficas e clínicas houve associação com as variáveis fração de ejeção, classe funcional e hospitalização nos últimos seis meses. Conclusão: Neste estudo, a associação da QVRS com os fatores sociodemográficos e clínicos de pacientes com IC e FEVE reduzida em atendimento ambulatorial, verificou-se que as variáveis clínicas como fração de ejeção, classe funcional e hospitalizações foram associadas significativamente a qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Insuficiência Cardíaca; Qualidade de Vida; Promoção da Saúde.

CLINICAL AND SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS ASSOCIATED WITH QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH HEART FAILURE

ABSTRACT: Introduction: Heart failure (HF) is defined as a complex clinical syndrome of systemic character, in which the heart is unable to pump blood in order to meet tissue metabolic needs. In the health field, health-related quality of life (HRQOL) has been defined as the individual's perception of the influence of the disease on his or her life. Objective: To evaluate health-related quality of life in patients with chronic heart failure and its association with clinical and sociodemographic variables. Methodology: This is a cross-sectional study, conducted in the cardiology outpatient clinic of a tertiary care public hospital in São Luís/MA. 102 patients were evaluated in the period from January/2019 to June/2020. Patients were interviewed and evaluated using the Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire (MHFLQ). Categorical variables were described by means of frequencies and percentages, and quantitative variables with mean and standard deviation or median and interquartile range, according to the normality of the data that was verified with Shapiro Wilker. All analyses were performed using the Data Analysis and Statistical Software version 14.0. The established significance level was 5%. Results: It was evident that the average age of the participants was 55 years, and that there was a predominance of males, low income, low education, and no hospitalizations in the last few months. When associating quality of life with sociodemographic and clinical characteristics there was an association with the variables ejection fraction, functional class and hospitalization in the last six months. Conclusion: In this study, the association of HRQL with sociodemographic and clinical factors of patients with HF and reduced LVEF in outpatient care, it was found that clinical variables such as ejection fraction, functional class and hospitalizations were significantly associated with quality of life.

KEYWORDS: Heart Failure; Quality of Life; Health Promotion.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y SOCIODEMOGRÁFICAS ASOCIADAS A LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

RESUMEN: Introducción: La insuficiencia cardíaca (IC) se define como un síndrome clínico complejo de carácter sistémico, en el que el corazón es incapaz de bombear sangre para satisfacer las necesidades metabólicas de los tejidos. En el ámbito sanitario, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se ha definido como la percepción del individuo sobre la influencia de la enfermedad en su vida. Objetivo: Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con insuficiencia cardíaca crónica y su asociación con variables clínicas y sociodemográficas. Metodología: Se trata de un

estudio transversal, realizado en el ambulatorio de cardiología de un hospital público de tercer nivel de São Luís/MA. Fueron evaluados 102 pacientes en el período de enero/2019 a junio/2020. Los pacientes fueron entrevistados y evaluados utilizando el Cuestionario Minnesota Living With Heart Failure (MHFLQ). Las variables categóricas fueron descritas por medio de frecuencias y porcentajes, y las variables cuantitativas con media y desvío estándar o mediana y rango intercuartil, de acuerdo con la normalidad de los datos que fue verificada con el Shapiro Wilker. Todos los análisis se realizaron con el programa informático Data Analysis and Statistical Software versión 14.0. El nivel de significación establecido fue del 5%. Resultados: Se evidenció que la edad media de los participantes fue de 55 años, predominando el sexo masculino, con bajos ingresos, baja escolaridad y sin hospitalización en los últimos meses. Ao associar qualidade de vida com as características sociodemográficas e clínicas houve associação com as variáveis fração de ejeção, classe funcional e hospitalização nos últimos seis meses. Conclusión: En este estudio, la asociación de la CVRS con factores sociodemográficos y clínicos de los pacientes con IC y reducción de la FEVI en la atención ambulatoria, se encontró que las variables clínicas como la fracción de eyección, clase funcional y hospitalizaciones se asociaron significativamente con la calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: Insuficiencia Cardíaca; Calidad de Vida; Promoción de la Salud.

1. INTRODUÇÃO

A Insuficiência cardíaca (IC) é definida como uma síndrome clínica complexa de caráter sistêmico, na qual o coração é incapaz de bombear sangue de forma a atender às necessidades metabólicas tissulares, ou pode fazê-lo somente com elevadas pressões de enchimento (ROHDE *et al.*, 2018). Considerada um grave problema de saúde pública com altos índices de morbimortalidade que impacta negativamente na vida do indivíduo, interferindo nas atividades da vida diária, capacidade funcional e nas dimensões psicológicas e sociais (CAVALCANTE *et al.*, 2023).

Com o envelhecimento populacional e o aumento da sobrevida dos pacientes com doenças cardiovasculares, a prevalência da IC vem aumentando, com cerca de 26 milhões de pessoas afetadas em todo o mundo, além de milhares de casos não diagnosticados (VON LUEDER; AGEWALL, 2018). Estima-se que no Brasil haja aproximadamente 2,5 milhões de pessoas com IC, o que acarretou um impacto financeiro estimado de R \$ 22,1 milhões em 2015 (STEVENS *et al.*, 2018).

Segundo dados obtidos pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), nos últimos 5 anos, mais de 8 mil pessoas foram internadas em decorrência da IC no Brasil. A taxa de mortalidade vem aumentando progressivamente nos últimos anos, chegando a apresentar, em 2021, mortalidade próxima de 14% (BRASIL, 2020).

O estudo BREATHE encontrou uma mortalidade de 12,6% (ALBUQUERQUE *et al.*, 2015), o dobro do encontrado nos registros americanos e europeus (ADAMS JÚNIOR *et al.*, 2005; FRANCIS, 2004). O projeto EPICA encontrou uma mortalidade de 13% no hospital privado e 9% no hospital público (TAVARES *et al.*, 2004).

Os avanços nas opções terapêuticas melhoraram substancialmente a capacidade de tratar e controlar essa condição crônica. No entanto, regimes complexos de tratamento envolvem mudanças no estilo de vida, autocuidado, práticas de promoção da saúde e monitoramento dos sintomas que são tão importantes quanto o tratamento medicamentoso e tem como objetivo melhorar a adesão ao tratamento e a qualidade de vida (QV) dos pacientes, prevenindo as reinternações e reduzindo a mortalidade (JONKMAN *et al.*, 2016; ŚWIĄTONIOWSKA-LONC *et al.*, 2020).

A QV é definida como a percepção que o indivíduo tem da sua vida e a discrepância entre a expectativa e a realidade vivida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995). No campo da saúde, a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) vem sendo definida como a percepção do indivíduo sobre a influência da doença na sua vida. Assim, a QVRS mensura a percepção das pessoas que convivem com a doença, através da capacidade funcional, saúde ocupacional, percepção geral do estado de saúde, bem como o funcionamento psicológico e social no contexto em que estão inseridas (HAYEAH *et al.*, 2017; PAZ *et al.*, 2019).

Pacientes com IC apresentam QV diminuída e que piora à medida que a doença progride. No Brasil, Jorge *et al.* (2017) avaliando 633 pacientes, em 2017, encontrou que os pacientes entre 45 e 59 anos com IC tinham uma QV menor do que idosos sem IC.

Contudo, a qualidade de vida relacionada à saúde é mensurada através de vários instrumentos já validados. O instrumento mais utilizado para avaliar a QVRS de pacientes com IC é o *Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire* (MLHFQ) (FOTOS *et al.*, 2013). Esse instrumento é baseado no quanto a IC interfere na qualidade de vida desses pacientes, sendo aplicado com vistas a uma melhora na resposta adaptativa desse paciente frente a doença e conseqüentemente uma melhor qualidade de vida (MIRANDA *et al.*, 2021).

É sabido que a IC é uma doença incapacitante e avaliar o impacto que a doença traz à vida dos pacientes é de grande relevância. Sendo assim, a assistência de enfermagem no cuidado aos pacientes com IC crônica torna-se muito importante, dado que a enfermagem é um campo do saber em que os conhecimentos são direcionados para

o cuidado das pessoas. Portanto, se faz necessário o desenvolvimento de pesquisas sobre a temática com foco no desenvolvimento de tecnologias para o cuidado com ênfase na promoção da saúde e na qualidade de vida (NASCIMENTO *et al.*, 2021).

O crescente interesse na vigilância da QVRS, considerado importante indicador de prognóstico de morbidade e mortalidade, através da mensuração pode fornecer dados com informações relevantes que podem auxiliar o trabalho das equipes de saúde visando a adaptação desses pacientes e melhora na qualidade de vida dos indivíduos com IC.

Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo avaliar a associação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas com a qualidade de vida de pacientes com insuficiência cardíaca.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa e descritiva, envolvendo 102 pacientes com IC de fração de ejeção reduzida atendidos no ambulatório de cardiologia de um hospital universitário do Maranhão, sendo serviço referência no atendimento a estes pacientes. O período da coleta foi de janeiro 2019 a junho de 2020.

Para a coleta de dados foram aplicados os seguintes instrumentos: caracterização socioeconômica e clínica da IC e o questionário MLHFQ.

Para avaliar a QV foi utilizado o questionário MLHFQ versão validada para língua portuguesa, conteúdo de livre acesso e disponível em ambiente online na íntegra (CARVALHO *et al.*, 2009). É o principal método para avaliar a qualidade de vida em pacientes com IC em todo o mundo (MOGLE *et al.*, 2017).

Trata-se de um questionário composto de 21 perguntas acerca dos problemas causados pela IC no último mês. Para cada pergunta existem seis opções de resposta, as perguntas devem ser respondidas como sim ou não, se sim há a graduação do quanto aquele problema afetou o indivíduo, essa graduação varia de 1 a 5 sendo 1 muito pouco e 5 demais, às respostas negativas atribui-se 0 (zero), a pontuação final é resultante da soma total dos pontos das respostas, pode variar de zero a 105 pontos, quanto menor a pontuação, melhor a qualidade de vida do paciente.

Dentre as questões, ainda há os domínios que cada um pertence, o MLHFQ é dividido em três domínios: físico, emocional e geral. Quanto à classificação da qualidade de vida avaliada pelo MLHFQ têm-se a seguinte graduação: pontuação média < 24

classificada como boa qualidade de vida; 24 – 45 moderada qualidade de vida; > 45 ruim qualidade de vida (FLECK *et al.*, 2000).

As variáveis categóricas foram descritas por meio de frequências e porcentagem e as variáveis quantitativas com média e desvio padrão ou mediana e intervalo interquartil (Quartil 3 – Quartil 1), conforme a normalidade dos dados que foi verificada com o Shapiro Wilker.

Para avaliação da diferença de proporção entre variáveis categóricas foi utilizado os testes Qui-quadrado ou Exato de Fisher, na comparação de médias foi utilizado o Teste-t de Student para amostras independentes ou a Análise de Variância (ANOVA) com post-hoc Bonferroni. Na ausência de normalidade ou de variâncias iguais o Kruskal-Wallis seguido de Dunnet substituiu a ANOVA e o Mann Whitney substituiu a Teste-t.

Todas as análises foram realizadas no programa Data Analysis and Statistical Software (STATA®) versão 14,0, O nível de significância estabelecido foi de 5% ($p < 0,05$).

O presente estudo respeitou as características éticas e as exigências da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. Com aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição envolvida.

3. RESULTADOS

A amostra foi composta por 102 pacientes diagnosticados com IC, fração de ejeção reduzida (FEVE <40) em atendimento ambulatorial, com idade média de 55 anos.

Com relação ao perfil sociodemográfico (Tabela 1), foi possível constatar que 76 (74,51%) dos participantes eram do sexo masculino, 26 (25,49%) eram do sexo feminino, 5 (4,9%) declarou ser de raça branca, 70 (68,63%) se consideravam pardos e 27 (26,47%) declararam ser negros.

No item situação conjugal, observou-se que 14 (13,73%) eram solteiros, 68 (66,67%) eram casados, 11 (10,78%) eram viúvos e 9 (8,82%) eram divorciados.

Na amostra, houve predominância de paciente com nível fundamental incompleto com 52 (50,98), seguido do ensino médio completo com 24 (23,53%), não alfabetizado com 10 (9,8%) e ensino médio incompleto com 8 (7,84%).

Quanto à renda familiar, identificou-se que 40 (39,22) dos pacientes possuíam renda inferior a 01 salário mínimo, 37 (36,27) dos pacientes tinham renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos e 22 (21,57) possuíam renda entre 2 e 5 salários mínimos.

No que diz respeito às variáveis clínicas (Tabela 1), a maioria dos participantes encontrava-se nas classes funcionais 2 (62,75%) e 3 (17,65%), segundo os critérios estabelecidos pela *New York Heart Association* (NYHA).

A média da fração de ejeção do ventrículo esquerdo FEVE foi de 32%. Observou-se também que 87 (85,29%) dos pacientes relataram possuir outras comorbidades associadas a IC. Ainda no estudo em questão, foi possível constatar que 90 (88,24%) dos pacientes da amostra realizaram um ecocardiograma a menos de um ano.

Tabela 1 – Características sociodemográficas e clínicas de pacientes com insuficiência cardíaca crônica atendidos no ambulatório de um hospital universitário (n=102). São Luís, MA, Brasil, 2019-2020

VARIÁVEIS	Média	Desvio Padrão
Idade (anos)	55,66	13,28
Fração de ejeção (%)	Média 32	Quartil3 - Quartil1 38-26
	n	%
Sexo		
Feminino	26	25,49
Masculino	76	74,51
Raça		
Branco	5	4,9
Pardo	70	68,63
Negro	27	26,47
Situação conjugal		
Solteiro	14	13,73
Casado/morando com alguém	68	66,67
Viúvo	11	10,78
Desquitado/divorciado	9	8,82
Grau de escolaridade		
Não alfabetizado	10	9,8
Fundamental incompleto	52	50,98
Fundamental completo	2	1,96
Ensino médio incompleto	8	7,84
Ensino médio completo	24	23,53
Ensino superior incompleto	2	1,96
Ensino superior completo	4	3,92
Renda da família		
≤ 1 salário mínimo	40	39,22
Entre 1 e 2 salários mínimos	37	36,27
Entre 2 e 5 salários mínimos	22	21,57
Entre 5 e 10 salários mínimos	1	0,98
Sem renda	2	1,96
Classe funcional NYHA		
Classe 1	14	13,73
Classe 2	64	62,75
Classe 3	18	17,65
Classe 4	6	5,88
Ecocardiograma		
< 1 ano	90	88,24
≥ 1 ano	12	11,76
Hospitalização nos últimos seis meses		
Não	73	71,57
Sim	29	28,43

Comorbidades

Não	15	14,71
Sim	87	85,29

Fonte: Dados da pesquisa, 2019-2020.

A Tabela 2 demonstra a associação das variáveis idade, sexo, raça, situação conjugal, grau de escolaridade e renda familiar em relação a QVRS dos pacientes com IC. Ao realizar a análise das variáveis sociodemográficas quando relacionadas à qualidade de vida de pacientes com IC pelo MLHFQ não foi encontrada diferença estatisticamente significativa para nenhuma variável investigada ($p > 0,05$).

Tabela 2 – Associação das características sociodemográficas com a qualidade de vida de pacientes com insuficiência cardíaca crônica atendidos no ambulatório de um hospital universitário (n=102). São Luís, MA, Brasil, 2019-2020

VARIÁVEIS	Qualidade de Vida – MLHFQ		
	Boa	Moderada	Ruim
Idade (anos)	55,9±14,4	56,7±12,9	54,2±12,1
p-valor		0,746 ^a	
Sexo			
Feminino	8 (19,51)	6 (19,35)	12 (40,00)
Masculino	33 (80,49)	25 (80,65)	18 (60,00)
p-valor		0,095 ^q	
Raça			
Branco	4 (9,76)	1 (3,23)	0
Pardo	24 (58,54)	24 (77,42)	22 (73,33)
Negro	13 (31,71)	6 (19,35)	8 (26,67)
p-valor		0,27 ^e	
Situação conjugal			
Solteiro	7 (17,07)	4 (12,90)	3 (10,00)
Casado/morando com alguém	27 (65,85)	22 (70,97)	19 (68,33)
Viúvo	3 (7,32)	2 (6,45)	6 (20,00)
Desquitado/divorciado	4 (9,76)	3 (9,68)	2 (6,67)
p-valor		0,700 ^e	
Grau de escolaridade			
Não alfabetizado	4 (9,79)	4 (12,90)	2 (6,67)
Fundamental incompleto	19 (46,34)	20 (64,52)	13 (43,33)
Fundamental completo	1 (2,44)	1 (3,23)	0
Ensino médio incompleto	3 (7,32)	3 (9,68)	2 (6,67)
Ensino médio completo	12 (29,27)	3 (9,68)	9 (30,00)
Ensino superior incompleto	1 (2,44)	0	1 (3,33)
Ensino superior completo	1 (2,44)	0	3 (10,00)
p-valor		0,369 ^e	
Renda da família			
≤ 1 Salário mínimo	12 (29,27)	14 (45,16)	14 (46,67)
Entre 1 e 2 Salários mínimos	16 (39,02)	11 (35,48)	10 (33,33)
Entre 2,1 e 5 Salários mínimos	11 (26,83)	5 (16,13)	6 (20,00)
Entre 5,1 e 10 Salários mínimos	1 (2,44)	0	0
Sem renda	1 (2,44)	1 (3,23)	0
p-valor		0,759 ^e	

t- Teste-t de *Student* para amostras independentes; q- Qui-quadrado; e-Exato de Fisher; a- ANOV.

Fonte: Dados da pesquisa, 2019-2020.

A Tabela 3 apresenta a associação das características clínicas: fração de ejeção do ventrículo esquerdo, classe funcional, ecocardiograma, hospitalização e comorbidades relacionadas com a qualidade de vida medida pelo questionário MLHFQ. Com significância estatística para fração de ejeção ($p=0,022$), os pacientes com fração de ejeção mais baixa, foram classificados com qualidade de vida ruim; classe funcional NYHA ($p<0,001$), os pacientes nas classes 3 e 4 tiveram pior qualidade de vida; hospitalização nos últimos seis meses ($p=0,07$), dos pacientes que foram hospitalizados nos últimos seis meses, 50% destes foram classificados com qualidade de vida ruim.

Tabela 3 – Associação das características clínicas com a qualidade de vida de pacientes com insuficiência cardíaca crônica atendidos no ambulatório de um hospital universitário ($n=102$). São Luís, MA, Brasil, 2019-2020

VARIÁVEIS	Qualidade de Vida – MLHFQ		
	Boa	Moderada	Ruim
Fração de ejeção	32,17±6,20A	32,51±6,37A	28,43±6,63a
p-valor		0,022^a	
Classe funcional NYHA			
Classe 1	12 (29,27)	2 (6,45)	0
Classe 2	29 (70,73)	24 (77,42)	11 (36,67)
Classe 3	0	5 (16,13)	13 (43,33)
Classe 4	0	0	6 (20,00)
p-valor		<0,001^e	
Ecocardiograma			
< 1 ano	35 (85,37)	27 (87,10)	28 (93,33)
≥ 1 ano	6 (14,63)	4 (12,90)	2 (6,67)
p-valor		0,636	
Hospitalização nos últimos seis meses			
Sim	7 (17,07)	7 (22,58)	15 (50,00)
Não	34 (83,92)	24 (77,42)	15 (50,00)
p-valor		0,007^q	
Comorbidades			
Não	8 (19,51)	5 (16,13)	2 (6,67)
Sim	33 (80,49)	26 (83,87)	28 (93,33)
p-valor		0,339	

t- Teste-t para amostras independentes; q- Qui-quadrado; e-Exato de Fisher; a- ANOVA (Bonferroni; A>a)

Fonte: Dados da pesquisa, 2019-2020.

4. DISCUSSÃO

Apesar dos avanços no tratamento e manejo da IC, a sua prevalência vem aumentando significativamente nas últimas décadas, visto que o número de hospitalizações e as taxas de mortalidade intra-hospitalar permanecem elevados (SILVA *et al.*, 2020). No Brasil sua prevalência subiu de 0,67 milhão em 1990 para quase 1,7

milhão em 2017 devido ao crescimento e envelhecimento da população (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

O aumento da incidência de IC não reflete apenas no envelhecimento populacional, mais também na melhora de cuidados apropriados e nas taxas de sobrevivência de pessoas com diagnósticos cardíacos, com foco na prevenção das hospitalizações desses pacientes (ROHDE *et al.*, 2018).

Analisar as condições sociodemográficas e clínicas e sua associação com a QVRS de pacientes com insuficiência cardíaca é de grande necessidade, uma vez que a mensuração da qualidade de vida vem sendo considerada um indicador para direcionar melhores práticas assistenciais, tratamento adequado e auxiliar na criação de políticas públicas para promoção e prevenção desse agravo (SOUSA *et al.*, 2017).

Com o objetivo de verificar a possível influência de fatores sociodemográficos e clínicos na qualidade de vida de pacientes com insuficiência cardíaca crônica com fração de ejeção reduzida, realizou-se uma análise dessas associações utilizando o MLHFQ.

O presente estudo constatou, em relação ao perfil sociodemográfico dos pacientes com IC, que a média de idade dos participantes foi de 55 anos, com predominância do sexo masculino, raça parda, estado civil casados/morando com alguém, grau de escolaridade com ensino fundamental incompleto e com renda de ≤ 1 salário mínimo, destacando que não houve associação estatisticamente significativa entre nenhuma variável sociodemográfica com a QVRS.

A média de idade encontrada no presente estudo, diverge de dados encontrados na literatura como no estudo BREATH – I registro brasileiro de insuficiência cardíaca, que avaliou as características demográficas e clínicas de 1.200 pacientes com IC em um grupo de 60 hospitais, observaram uma média de idade de 64 anos (GHEORGHIADÉ *et al.*, 2013) e o estudo de Gallagher, Lucas e Cowie (2019), que evidenciou uma média de idade de 68 anos.

Diferente do estudo em questão, onde não houve associação entre a idade e a QVRS, Paz *et al.* (2019) evidenciaram melhores percepções da QVRS em pessoas com idade avançada, o que pode ser justificado devido a um melhor enfrentamento da doença, aceitação da comorbidade e melhor adesão ao autocuidado, contribuindo para a melhora da qualidade de vida desses pacientes.

Um estudo unicêntrico realizado com pacientes portadores de IC FEVE <50%, evidenciou que 56,8% dos participantes eram do sexo masculino, o que converge com a

pesquisa atual onde encontra predominância do sexo masculino (MIRANDA *et al.*, 2021). Ademais, Almeida Neto *et al.* (2018) evidenciaram em sua pesquisa uma distribuição equilibrada entre o sexo dos participantes, de modo que 50,5% eram homens.

Segundo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), indicadores de mortalidade indicam que as doenças do aparelho circulatório estão em segundo lugar como causa de óbitos na população masculina. A política ainda afirma que os homens são mais suscetíveis às doenças crônicas e graves, com mortalidade precoce (BRASIL, 2008).

Indicadores socioeconômicos relativos à renda podem ser considerados fatores de risco para o desenvolvimento e agravamento da IC. Carvalho *et al.* (2020) apontam em seu estudo que cerca de 64,5% da população com IC apresentavam renda *per capita* menor que um salário mínimo, o que corrobora com os achados no presente estudo.

Ao analisarmos o grau de escolaridade, foi constatado que houve predomínio na amostra de pacientes com baixo grau de escolaridade com ensino fundamental incompleto e evidencia-se na literatura que baixos níveis de escolaridade tendem a dificultar o acesso às informações e à assistência à saúde, aumentando o índice de hospitalizações e as taxas de mortalidades por IC ou outras doenças cardiovasculares (DOURADO; OLIVEIRA; GAMA, 2019).

Quanto à situação conjugal, observou-se que a grande maioria dos participantes eram casados/morando com alguém, em concordância com um estudo realizado na Clínica de Cardiologia na Universidade Federal do Triângulo Mineiro, de Almeida Neto *et al.* (2018) onde se tem uma população de 52,7% de participantes casados com IC.

Em referência à raça, houve predominância de indivíduos de cor parda, concordando com dados obtidos pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD contínua) realizada em 2021, onde 47% dos brasileiros se autodeclararam pardos, 43% se declararam brancos, 9,1% pretos e menos de 1% amarelos ou indígenas. O nordeste apresentou um percentual de 63,1 indivíduos se autodeclararam pardos, o que pode justificar os achados do estudo (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2022).

Benes *et al.* (2021) em sua pesquisa com pacientes com IC FEVE < 40%, observaram que 33,5% dos pacientes não tinham nenhuma comorbidade, 40,1 tinham apenas uma comorbidade associada, 21,9 tinham duas e 3,8 relataram ter três

comorbidades. O estudo ainda afirma que pacientes com mais comorbidades eram mais velhos, história de IC mais longa, NYHA mais alto e outros fatores associados.

Ao analisarmos a associação dos fatores clínicos com qualidade de vida de pacientes com IC, pelo *Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire*, obteve-se QVRS classificada em moderada somente nas variáveis fração de ejeção, classe funcional pelo NYHA e hospitalizações nos últimos seis meses, não havendo associação significativa para as outras variáveis estudadas.

A maioria dos participantes desta pesquisa encontrava-se com IC nas classes funcionais II e III da NYHA, que são caracterizadas por sintomas leves a moderados a partir de esforços, o que pode ter influenciado em uma QVRS moderada, já que em atendimento ambulatorial, espera-se a prevalência de pacientes com menos sintomas, com classes funcionais menores e melhor QVRS. No entanto, foi possível encontrar associação entre a QVRS e a classe funcional, onde os participantes que se encontravam nas classes 3 e 4 tiveram pior qualidade de vida.

Roscani *et al.* (2021) em seu estudo clínico transversal com pacientes com IC com FEVE reduzida, acompanhados no ambulatório de cardiologia da Universidade Federal de São Carlos, observaram que os pacientes que apresentaram sintomas mais limitantes se encontravam na classe III pela NYHA, quando comparados a pacientes que praticavam alguma atividade física, o que demonstra um efeito favorável na qualidade de vida desses pacientes.

Em um estudo descritivo e exploratório que analisou as variáveis associadas à QVRS de indivíduos com insuficiência cardíaca, a menor QVRS dos participantes foi associada à gravidade dos sintomas da IC nas classes II, III e IV da NYHA, e disfunção ventricular esquerda grave, o que demonstra o impacto de sintomas físicos na qualidade de vida relacionada a saúde de pacientes com IC (PELEGRINO; DANTAS; CLARK, 2011).

Figueiredo *et al.* (2020) encontram uma associação entre classe funcional NYHA e algumas variáveis como sexo masculino, idade inferior a 60 anos, nível educacional mais baixo, menor renda familiar, reinternações hospitalares e comorbidades associadas a IC com pior QV desses pacientes. O estudo ainda demonstra que mesmo pacientes em classe funcional I e II, quando associado a alguns sintomas podem apresentar piora na QV.

No quesito hospitalização, segundo Miranda *et al.* (2021), esse item foi o que obteve menor média quando analisado pelo MLHFQ, e tal resultado pode ser justificado devido manejo correto e com acompanhamento multiprofissional dos pacientes com IC, programas de educação continuada e retorno precoce após alta hospitalar, reduzindo assim readmissões hospitalares. Mauro *et al.* (2018) observaram em seu estudo que houve um aumento significativo na taxa de reinternação de pacientes que foram classificados com má qualidade de vida dos 310 acompanhados.

Almeida *et al.* (2020) concluíram que avaliar o impacto que a hospitalização tem na QV desses pacientes é necessário para estimular estudos que visem novas tecnologias em saúde com atenção principalmente na redução das hospitalizações. Então, as hospitalizações apresentam um grande impacto na saúde pública, tornando necessário ações de vigilância epidemiológica e de promoção da saúde para controle da IC, suas complicações e do número de hospitalizações pela doença.

Espera-se que pacientes que apresentem FEVE reduzida apresentem sintomas mais severos e conseqüentemente piores percepções na QVRS, ao passo que o estudo em questão encontra uma população de pacientes com fração de ejeção mais baixa foram classificados com uma qualidade de vida ruim pelo MLHFQ. Ao passo que dados encontrados na literatura afirmam que as piores percepções de qualidade de vida não estiveram relacionados com a FEVE baixa, (AGUIAR *et al.*, 2021; PAZ *et al.*, 2019).

Aguiar *et al.* (2021) em sua pesquisa realizada com 159 participantes portadores de insuficiência cardíaca, constataram que os participantes com FEVE reduzida (<40%) apresentaram, na maioria, qualidade de vida boa quando comparados aos pacientes com FEVE preservada e FEVE intermediária.

A qualidade de vida de pacientes com IC é um tema de estudo muito complexo e diversos aspectos podem influenciar na sua avaliação. A partir do estudo da associação entre a qualidade de vida com diversos fatores pode contribuir na redução dos sintomas, prevenção na progressão da doença, redução das hospitalizações e mortalidade da doença, através de medidas farmacológicas e não farmacológicas (FIGUEIREDO *et al.*, 2020).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo foi possível identificar a associação de qualidade de vida relacionada à saúde com fatores sociodemográficos e clínicos de pacientes com IC FEVE reduzida em atendimento ambulatorial, verificando que algumas variáveis como fração

de ejeção, classe funcional e hospitalizações foram associadas significativamente à qualidade de vida moderada. Entretanto, não foi possível identificar associação significativa com as demais variáveis pesquisadas.

Percebe-se que a análise da QVRS de pacientes com IC vem se tornando cada vez mais importante para a prática clínica, uma vez que é considerado importante indicador prognóstico de morbidade e mortalidade e indicador de saúde pública atualmente.

A compreensão dos principais fatores envolvidos no controle e gerenciamento dos sintomas relacionados com a IC, pode contribuir na melhoria do cuidado em saúde a esses pacientes, resultando em uma melhor adaptação e conseqüentemente melhora na qualidade de vida.

Apesar da metodologia do estudo ter atendido ao objetivo proposto, entende-se como limitação da pesquisa o fato da amostra ter sido avaliada em um único momento, evidenciando a necessidade de um estudo posterior que vise a verificação da associação entre a qualidade de vida com as características sociodemográficas e clínicas ao longo do tempo.

REFERÊNCIAS

ADAMS JÚNIOR, K. F. *et al.* Characteristics and outcomes of patients hospitalized for heart failure in the United States: rationale, design, and preliminary observations from the first 100,000 cases in the Acute Decompensated Heart Failure National Registry (ADHERE). **American Heart Journal**, St. Louis, v. 149, n. 2, p. 209-216, 2005.

AGUIAR, N. M. *et al.* Avaliação da qualidade de vida dos pacientes com insuficiência cardíaca. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, São Paulo, v. 32, p. 1-8, 2021.

ALBUQUERQUE, D. C. *et al.* I Registro Brasileiro de Insuficiência Cardíaca: aspectos clínicos, qualidade assistencial e desfechos hospitalares. **Arquivos Brasileiro de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 104, n. 6, p. 433-442, 2015.

ALMEIDA NETO, O. P. de *et al.* Correlation between clinical and socioeconomic characteristics and perceived health status of patients with heart failure. **Bioscience Journal**, Uberlândia, v. 34, n. 1, p. 223-230, 2018.

ALMEIDA, F. A. de *et al.* Impact of hospitalisation on health-related quality of life in patients with chronic heart failure. **Health and Quality of Life Outcomes**, London, v. 18, n. 262, p. 1-10, 2020.

BENES, J. *et al.* The effect of three major co-morbidities on quality of life and outcome of patients with heart failure with reduced ejection fraction. **ESC Heart Failure**, Oxford, v. 8, n. 2, p. 1417-1426, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. **Informações de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>. Acesso em: 15 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**: princípios e diretrizes. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

CARVALHO, V. O. *et al.* Validação da Versão em Português do Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 93, n. 1, p. 39-44, 2009.

CARVALHO, W. do N. *et al.* Análise da qualidade de vida de pacientes com insuficiência cardíaca avançada candidatos ou não ao transplante cardíaco. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 24, p. 1-8, 2020.

CAVALCANTE, Gilson Aquino *et al.* O papel dos rnas longos não codificantes na insuficiência cardíaca: uma revisão de literatura. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 27, n. 3, p. 1147-1163, 2023.

DOURADO, M. B.; OLIVEIRA, F. S.; GAMA, G. G. G. Clinical and epidemiological profiles of elderly people with heart failure perfíles clínicos y epidemiológicos de idosos con insuficiencia cardíaca. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife, v. 13, n. 1, p. 408-405, 2019.

FIGUEIREDO, J. H. C. *et al.* Synergistic effect of disease severity, anxiety symptoms and elderly age on the quality of life of outpatients with heart failure. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 114, n. 1, p. 25-32, jan. 2020.

FLECK, M. P. A. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000.

FOTOS, N. V. *et al.* Health-related quality of life of patients with severe heart failure. A cross-sectional multicentre study. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, Stockolm, v. 27, n. 3, p. 686-694, 2013.

FRANCIS, G. S. Acute heart failure: patient management of a growing epidemic. **The American Heart Hospital Journal**, Darien, v. 4, p. 10-14, 2004. Supplement 1.

GALLAGHER, Â. M.; LUCAS, R.; COWIE, M. R. Assessing health-related quality of life in heart failure patients attending an outpatient clinic: a pragmatic approach. **ESC Heart Failure**, Oxford, v. 6, n. 1, p. 3-9, 2019.

GHEORGHIADÉ, M. I. H. A. I. *et al.* Rehospitalization of heart failure: problems and perspectives. **Journal of the American College of Cardiology**, New York, v. 6, n. 4, p. 391-403, jan. 2013.

HAYEAH, H. M. A. *et al.* Health-related quality of life in heart failure in Jordan from patients perspectives. **Journal of Nursing and Health Science**, Pretoria, v. 6, n. 1, p. 14-21, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Pesquisas por Amostra de Domicílios. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2012/2021**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101957_informativo.pdf. Acesso em: 20 abr. 2023.

JONKMAN, N. H. *et al.* Do self-management interventions work in patients with heart failure? An individual patient data meta-analysis. **Circulation**, Dallas, v. 133, n. 12, p. 1189-198, 2016.

JORGE, A. J. L. *et al.* Evaluation of quality of life in patients with and without heart failure in primary care. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 109, n. 3, p. 248-252, 2017.

MAURO, M. D. *et al.* Clinical profile of patients with heart failure can predict rehospitalization and quality of life. **Journal of Cardiovascular Medicine**, Hagerstown, v. 19, n. 3, p. 98-104, 2018.

MIRANDA, C. C. *et al.* Qualidade de vida em pacientes com insuficiência cardíaca: análise de três anos em um serviço especializado. **Insuficiência cardíaca**, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, v. 16, n. 1, p. 2-7, mar. 2021.

MOGLE, J. *et al.* Cross-validation of the Minnesota life with heart failure questionnaire. **Journal of Nursing Scholarship**, Hoboken, v. 49, n. 5, p. 513-520, 2017.

NASCIMENTO, M. N. R. *et al.* Terminologia especializada de enfermagem para cuidado à pessoa com insuficiência cardíaca crônica. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. e20200306, 2021.

OLIVEIRA, G. M. M. de *et al.* Estatística Cardiovascular – Brasil 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 115, n. 3, p. 308-349, 2020.

PAZ, L. F. A. *et al.* Qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com insuficiência cardíaca. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 72, p. 148-154, 2019. Suplemento 2.

PELEGRINO, V. M.; DANTAS, R. A. S.; CLARK, A. M. Determinantes de la calidad de vida relacionada a la salud en pacientes atendidos en ambulatorios con insuficiencia cardíaca. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, p. 451-457, 2011.

ROHDE, L. E. P. *et al.* Diretriz brasileira de insuficiência cardíaca crônica e aguda. **Arquivos Brasileiro de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 111, n. 3, p. 436-539, 2018.

ROSCANI, M. G. *et al.* Avaliação da função cardiovascular e qualidade de vida em pacientes com insuficiência cardíaca com e sem comportamento sedentário. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 54, n. 1, p. e173130-e173130, 2021.

SILVA, W. T. *et al.* Características clínicas e comorbidades associadas à mortalidade por insuficiência cardíaca em um hospital de alta complexidade na Região Amazônica do Brasil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, Ananindeua, v. 11, p. e202000449, 2020 .

SOUSA, M. M. *et al.* Associação das condições sociais e clínicas à qualidade de vida de pacientes com insuficiência cardíaca. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 38, n. 2, p. e65885, 2017.

STEVENS, B. *et al.* The economic burden of heart conditions in Brazil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 111, n. 1, p. 29-36, 2018.

ŚWIĄTONIOWSKA-LONC, N. A. *et al.* The impact of health education on treatment outcomes in heart failure patients. **Advances in Clinical and Experimental Medicine**, Wrocław, v. 29, n. 4, p. 481-492, 2020.

TAVARES, L. R. *et al.* Epidemiologia da insuficiência cardíaca descompensada em Niterói - Projeto EPICA – Niterói. **Arquivos Brasileiro de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 82, n. 2, p. 121-128, 2004.

VON LUEDER, T. G.; AGEWALL, S. The burden of heart failure in the general population: a clearer and more concerning Picture. **Journal of Thoracic Disease**, Hong Kong, v. 10, p. 1934-1937, 2018. Supplement 17.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995.