



QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: REVISÃO INTEGRATIVA

QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH HEART FAILURE: INTEGRATIVE REVIEW CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA: REVISIÓN INTEGRADORA

Mailson Marques de Sousa¹, Jacira dos Santos Oliveira², Maria Julia Guimarães Oliveira Soares³, Angela Amorim de Araújo⁴, Simone Helena dos Santos Oliveira⁵

RESUMO

Objetivo: analisar a produção científica acerca da percepção da qualidade de vida de pacientes com insuficiência cardíaca. **Método:** estudo de revisão integrativa com vistas a responder às seguintes questões: << Quais as evidências científicas sobre a percepção da qualidade de vida de pacientes com insuficiência cardíaca? >> ; << Quais instrumentos de avaliação utilizados? >>. A busca ocorreu nas bases de dados MEDLINE, CINHALL, LILACS e na Biblioteca Virtual SciELO, de 2009 a 2014, empregando-se os descritores *quality of life* e *heart failure*. **Resultados:** foram localizadas 649 investigações, das quais 15 foram selecionadas. Os principais fatores que contribuem para alterações na percepção da qualidade de vida são os aspectos físicos. O questionário *Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire* foi o instrumento mais utilizado nos estudos para avaliar a qualidade de vida. **Conclusão:** a percepção da qualidade de vida apresentou-se alterada, acarretando sérias limitações na capacidade funcional e na realização das atividades da vida diária. **Descritores:** Qualidade de Vida; Insuficiência Cardíaca; Avaliação.

ABSTRACT

Objective: to analyze the scientific production about the perception of the quality of life of patients with heart failure. **Method:** this study is an integrative review to answer the following questions << What is the scientific evidence on the quality of life perception in patients with heart failure? >>, << What evaluation tools are used? >>. The search was carried out in the MEDLINE, CINHALL, LILACS and SciELO Virtual Library databases from 2009 to 2014, using the keywords *quality of life* and *heart failure*. **Results:** there were 649 investigations found, 15 of them were selected. The main factors that contribute to changes in the perception of quality of life are the physical aspects. The Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire was the most widely used instrument to assess the quality of life. **Conclusion:** the perception of quality of life was altered, causing serious limitations in functional capacity and the performance of daily life activities. **Descriptors:** Quality of Life; Heart Failure; Evaluation.

RESUMEN

Objetivo: analizar la producción científica acerca de la percepción de la calidad de vida de pacientes con insuficiencia cardíaca. **Método:** estudio de revisión integradora para responder a las siguientes preguntas << Cuáles son las evidencias científicas sobre la percepción calidad de vida de pacientes con insuficiencia cardíaca? >>, << Cuales instrumentos de evaluación utilizados? >>. La búsqueda fue en las bases de datos MEDLINE, CINHALL, LILACS y en la Biblioteca Virtual SciELO, de 2009 a 2014, empleándose las palabras clave *quality of life* y *heart failure*. **Resultados:** fueron localizadas 649 investigaciones, de las cuales 15 fueron seleccionadas. Los principales factores que contribuyen para alteraciones en la percepción de la calidad de vida son los aspectos físicos. El cuestionario *Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire* fue el instrumento más utilizado en los estudios para evaluar la calidad de vida. **Conclusión:** la percepción de la calidad de vida se presentó alterada teniendo serias limitaciones en la capacidad funcional y en la realización de las actividades de la vida diaria. **Descriptors:** Calidad de Vida; Insuficiencia Cardíaca; Evaluación.

¹Enfermeiro, Doutorando em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba/UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: mailson_ms@hotmail.com; ^{2,3,4,5}Enfermeiras, Professora Doutoras, Universidade Federal da Paraíba/UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: jacirasantosoliveira@gmail.com; mmjulieg@gmail.com; angeladb7@hotmail.com; simonehsoliveira@gmail.com

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas, em especial as cardiovasculares (DCV), constituem as principais causas de morbimortalidade em países desenvolvidos e em desenvolvimento, o que decorre, entre outros aspectos, do aumento da expectativa de vida, mudanças de hábitos e estilo de vida. Projeções apontam que no ano de 2020 as DCV serão responsáveis por mais de 20 milhões de mortes ao ano.¹

Entre as DCV, encontra-se a insuficiência cardíaca (IC), via final da maioria das cardiopatias. Esta é considerada um grave problema de saúde pública cuja elevada prevalência está associada ao envelhecimento populacional e a melhorias no tratamento de cardiopatias graves como o infarto agudo do miocárdio.² É a principal causa de internação hospitalar em pessoas acima de 65 anos, estima-se que 2% dos gastos em saúde nos países em desenvolvimento destinam-se ao manejo clínico da IC.²

A IC é uma síndrome crônica, complexa, de etiologia multifatorial, resultante de anormalidades cardíacas, de ordem estrutural ou funcional, que afeta a capacidade do ventrículo de ejetar ou encher-se de sangue para atender às necessidades metabólicas do organismo.³

Entre os fatores de risco que despontam o surgimento da IC, encontram-se a hipertensão arterial sistêmica, doença da artéria coronária, dislipidemias, diabetes, obesidade, além de outros fatores, como idade, sexo, tabagismo.⁴

Mesmo com o avanço da terapêutica estabelecida no manejo clínico da IC, evidências na literatura afirmam que no período de 30 a 90 dias após a primeira internação, novas readmissões hospitalares por descompensação são realizadas em virtude da baixa adesão do paciente ao tratamento estabelecido.⁵

A IC apresenta uma série de restrições nos aspectos físicos, mentais e sociais, ocasionando limitações dos seus portadores quanto a realizar as atividades da vida diária, bem como comprometimento na satisfação de bem-estar e qualidade de vida.^{1,3}

A qualidade de vida (QV) consiste na percepção que o indivíduo tem da sua vida, considerando seu contexto cultural, seus valores e sentimentos, expectativas e necessidades, englobando dimensões físicas, mentais, sociais e bem-estar em relação ao ambiente em que se vive.⁶

As limitações físicas ocasionadas pela presença de sintomas como dispneia, fadiga,

edema e psicológicas como medo, ansiedade e tristeza decorrentes da IC apresentam impacto negativo na manutenção da autonomia e da capacidade funcional das pessoas acometidas.⁷ Assim, a IC influencia diretamente a QV em virtude das mudanças impostas pela doença ao estilo de vida com adoção de novos hábitos.

Considerando as mudanças no estado de saúde, o aumento da prevalência e o mau prognóstico da IC, considera-se relevante analisar o estado da arte acerca da avaliação da QV em pacientes acometidos pela enfermidade. Avaliação da QV em pacientes com IC é um importante indicador clínico de monitorização da capacidade funcional e de novas re-hospitalizações, além do desenvolvimento de programas de reabilitação e controle da IC.⁸

Nesse contexto, o estudo tem como objetivo analisar a produção científica nacional e internacional referente à percepção da qualidade de vida de pacientes com insuficiência cardíaca.

MÉTODO

Revisão integrativa elaborada a partir das seis etapas seguintes: identificação do problema; busca na literatura; categorização e avaliação dos dados; análise dos dados encontrados; e apresentação da síntese do conhecimento.⁹

As questões norteadoras pospostas para estudo foram: Quais dimensões evidenciadas nas pesquisas interferem na percepção da qualidade de vida de pacientes com insuficiência cardíaca? Quais instrumentos de medida foram utilizados para avaliar a qualidade de vida?

Adotou-se como critérios de inclusão estudos primários, disponíveis na íntegra *on-line*, nos idiomas inglês, português e espanhol. Foram excluídos artigos com abordagem qualitativa, duplicados nas bases de dados, bem como revisões integrativas, teses e dissertações.

Os artigos científicos foram extraídos das seguintes bases de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line* (MEDLINE); *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINHAL); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); e na Biblioteca virtual *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO). O levantamento dos artigos foi realizado no mês de julho de 2015. A busca foi realizada em um recorte temporal de cinco anos, englobando pesquisas publicadas de 2009 até 2014, abrangendo artigos em formato de texto

completo. Utilizou-se os descritores “qualidade de vida” e “insuficiência cardíaca” na LILACS e Scielo. Os descritores Mesh (*Medical Subject Headings*), “quality of life” e “heart failure” foram empregados na MEDLINE, CINAHL. Os descritores foram combinados por meio do operador booleano “AND”.

No cruzamento dos descritores, foram encontradas 649 publicações investigando a QV de pacientes com IC. Primeiramente, foi realizada a leitura do título da publicação; em seguida, a leitura criteriosa do resumo para verificar a adequação dos critérios de inclusão

descritos anteriormente. Nos casos em que o título e o resumo não foram suficientes para determinar o atendimento aos critérios de inclusão definidos, buscou-se a publicação na íntegra, de forma que todos os critérios pudessem ser aplicados e os artigos que respondessem às questões norteadoras do estudo fossem selecionados. Os artigos excluídos não tinham como temática principal a qualidade de vida de pacientes com IC. Após a leitura criteriosa e refinamento da busca, foram selecionados 15 artigos que compuseram a amostra, como apresentado na Figura 1.

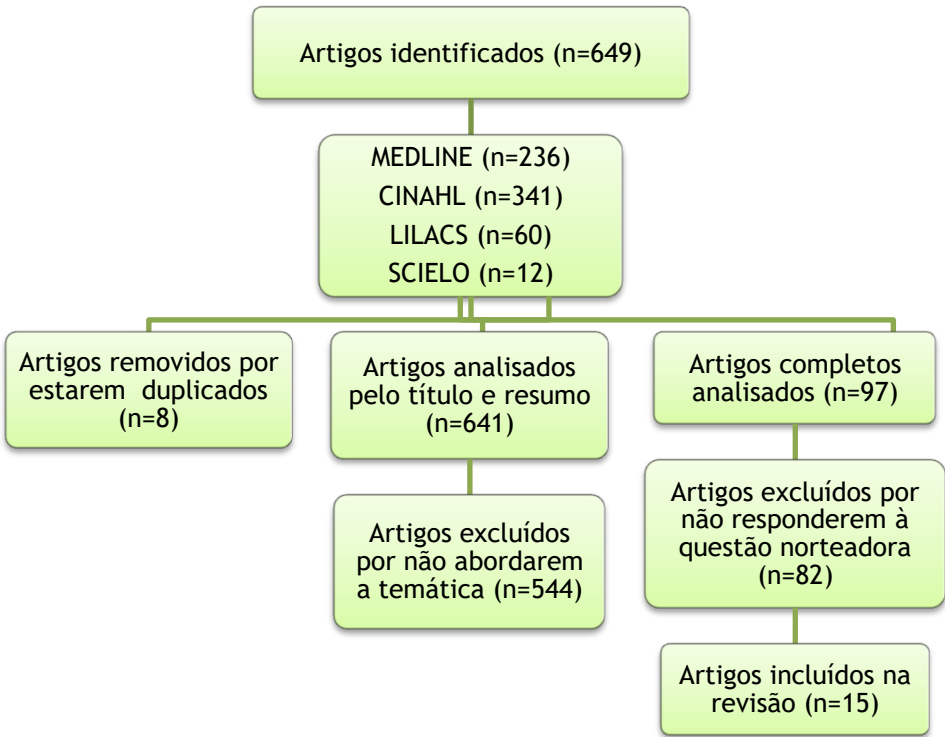


Figura 1. Fluxograma da seleção dos artigos encontrados e selecionados para revisão integrativa. João Pessoa, PB (2015)

Após a leitura, foram extraídas informações dos artigos selecionados, a partir de um quadro sinóptico elaborado pelos autores, contendo os seguintes itens: título da publicação, autores, ano, periódico, idioma, objetivos, delineamento metodológico, resultados e conclusões. Adicionalmente, os estudos selecionados foram classificados de acordo com o nível de evidência da seguinte forma: I - revisões sistemáticas ou metanálise de relevantes ensaios clínicos; II - evidências de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; III - ensaios clínicos bem delineados sem randomização; IV - estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; V - revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; VI - evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; VII- opinião de autoridades ou comitês de especialistas incluindo interpretações de informações não baseadas em pesquisas.¹⁰

Em seguida, os artigos selecionados no primeiro momento foram reavaliados para avaliar sua qualidade metodológica. Aplicou-se o instrumento do *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP) adaptado por Mafra.¹¹ Os estudos foram classificados em duas categorias de acordo com a pontuação obtida pela aplicação do instrumento: A) seis a 10 pontos - Estudos de boa qualidade metodológica e viés reduzido; e B) no mínimo cinco pontos - Estudos com qualidade metodológica satisfatória, mas com potencial de viés aumentado. Todos os artigos selecionados obtiveram escore ≥ 6 pontos e foram incluídos na revisão.

RESULTADOS

Avaliando as 15 publicações quanto ao idioma de origem, 07 são escritas em português, 06 em inglês e 02 em espanhol. Dentre os países onde as investigações foram realizadas, destaca-se o Brasil com 08 pesquisas e Espanha com 02. Sérvia, Korea,

Sousa MM de, Oliveira JS, Soares MJGO et al.

Grécia, Taiwan e Estados Unidos participaram com 01 pesquisa cada. Nota-se que os artigos produzidos no Brasil foram desenvolvidos nas regiões Sudeste e Sul do país. Quanto ao ano de publicação, constatou-se que em 2013 houve maior número, com 04 artigos publicados, e em 2010 houve 03 publicações.

No tocante ao nível de evidência das publicações, verifica-se que a maioria dos

Qualidade de vida de pacientes com insuficiência...

estudos não apresenta fortes evidências, ou seja, tratava-se de estudos descritivos.

Com objetivo de facilitar a compreensão dos resultados evidenciados, os estudos incluídos na presente revisão são demonstrados de acordo com título, tipo de estudo, amostra, instrumento utilizado para avaliar a qualidade de vida, nível de evidência, conclusões/recomendações (Figura 2).

Título	Tipo de estudo/ Amostra/ Instrumento	Nível de evidência	Conclusões/ Recomendações
Qualidade de vida e indicadores clínicos na insuficiência cardíaca: análise multivariada12	Descritivo, transversal; n=101 pacientes ambulatoriais; MLHFQ	VI	A média da QV foi de 37,5±18,4. O domínio emocional (15,1±6,4) apresentou média superior ao domínio físico (14,2±8,8). Os aspectos biopsicossociais podem contribuir para as expectativas dos pacientes com IC. Recomenda-se um enfoque holístico e multidisciplinar para o cuidado geral do paciente.
Análise da qualidade de vida em homens e mulheres portadores de insuficiência cardíaca13	Descritivo, transversal, n= 74 pacientes ambulatoriais; MLHFQ	VI	O escore médio da QV foi de 35,6±18,9 para homens e 47,8±24 para mulheres (p=0,02). Observou-se pior QV em pacientes com IC do sexo feminino em comparação ao sexo masculino.
Health-related quality of life in elderly patients hospitalized with chronic heart failure14	Descritivo, transversal; n=136 idosos hospitalizados; MLHFQ	VI	A média da QV foi 50,4±19,3. A dimensão física foi a mais prejudicada, 25,3±9,4. Sintomas depressivos, classe funcional avançada e baixa renda familiar estavam associados à baixa QV.
Qualidade de vida relacionada à saúde em idosos com insuficiência cardíaca: avaliação com instrumento específico15	Descritivo, transversal; n=170 idosos em seguimento ambulatorial; MLHFQ	VI	A média da QV foi 35,3±17,2. A dimensão física (17±9,3) apresentou-se como o aspecto mais comprometido na avaliação na QV.
La calidad de vida en los enfermos con insuficiencia cardiaca: visión desde atención primaria de salud16	Descritivo, transversal; n= 554 pacientes ambulatoriais; MLHFQ e SF-36	VI	A QV apresentou média de 31,7±21,3 para o MLHFQ. Observou-se alterações na QV em todas suas dimensões, sobretudo nos aspectos físicos (14,8±10,5). As mulheres (33,9±20,9) apresentaram uma menor QV quando comparadas aos homens (29,4±21,9). O SF-36 apontou comprometimento no estado de saúde geral e capacidade física.
Qualidade de vida de clientes com insuficiência cardíaca: um estudo quantitativo17	Longitudinal do tipo antes e depois; n= 48 pacientes ambulatoriais; MLHFQ	VI	Comparando o escore da consulta final (20,8±18,1) versus inicial (32,9±20,1) apontam que a consulta de enfermagem, através da escuta sensível, demonstrou influência significativa na melhoria da QV de pessoas com IC (p<0,001).
Health-related quality of life among the elderly with heart failure: a generic measurement18	Descritivo, Transversal; n= 170 idosos em seguimento ambulatorial; SF-36	VI	Escore mais baixos foram observados nas dimensões de capacidade funcional (64,1±44,7) e física (51,6±20,2), comprometendo a QV dessa população.
Determinantes da qualidade de vida relacionada à saúde em	Descritivo, Transversal; n=130 pacientes ambulatoriais;	VI	A média da QV pelo MLHFQ foi 34,9±24,8. Houve associação significativa entre a medida da

pacientes ambulatoriais com insuficiência cardíaca19	MLHFQ, SF -36			QV e idade (r=-0,177; p=0,044). O SF-36 apontou que fatores psicológicos influenciam a percepção da QV. Recomenda-se o controle dos sintomas e a manutenção do estado de saúde mental.
Factors affecting quality of life in Korean patients with chronic heart failure20	Descritivo, Transversal; n= 114 pacientes ambulatoriais; MLHFQ	VI		A média do escore do MLHFQ foi de 34,5±22,8. Altos escores foram identificados em pacientes com classe funcional avançada (53,5±22,2) e baixa renda familiar (36,4±22,7), indicando uma má QV. Recomenda-se intervenções de enfermagem para pessoas com IC.
Health-related quality of life os patients with severe heart failure. A cross-sectional multicentre study21	Descritivo, Transversal; n= 199 pacientes hospitalizados; MLHFQ	VI		O escore médio do MLHFQ foi de 34,5±22,8. Classe funcional avançada III/IV apresentou escores mais altos (53,5±22,2), indicando influência negativa na QV. Recomenda-se abordagem holística e multiprofissional com os pacientes.
Capacidade funcional como preditor de qualidade de vida na insuficiência cardíaca22	Descritivo, Transversal; n= 57 pacientes ambulatoriais; MLHFQ	VI		A média da QV nos pacientes ingressos no programa de reabilitação cardíaca foi de 33,4±15,2. Observou-se que os pacientes que faziam acompanhamento ambulatorial regular há pelo menos três meses apresentaram boa QV (15,85±14,7).
Comparison of health-related quality of life between American and Taiwanese heart failure patients23	Comparativo, Transversal; n= 175 pacientes ambulatoriais; MLHFQ	VI		A QV mostrou-se mais prejudicada em pacientes americanos (52,6±22,7) quando comparados com os taiwaneses (43,8±25,1). Os sintomas físicos como dispneia e fadiga foram os que exerceram maior influência na QV.
Análisis de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardíaca mediante el cuestionario genérico SF-3624	Descritivo, Transversal; n= 50 pacientes ambulatoriais; SF-36	VI		A IC provoca um impacto negativo na QV, sobretudo nas funções físicas e emocionais. Os participantes referiram pontuações mais baixas nas escalas de funcionamento físico (49,4±27,8) e saúde geral (54±22,6).
Correlação entre qualidade de vida e capacidade funcional na insuficiência cardíaca25	Descritivo, Transversal; n= 46 pacientes ambulatoriais; MLHFQ e SF-36	VI		O escore médio do MLHFQ foi de 41,8±18,8. Verificou-se correlação de fraca a moderada do escore do MLHFQ e as variáveis cardiopulmonares (r=-0,5; p<0,05). Os aspectos físicos foram os mais comprometidos. A medida do SF-36 mostrou-se alterada, indicando limitação funcional imposta pela IC, refletindo em piora da QV.
Quality of life and survival in patients with heart failure26	Longitudinal; n= 661 pacientes hospitalizados MLHFQ	IV		A média do escore total do MLFHQ foi de 44±21. O domínio físico, idade e classe funcional avançada influenciam na QV. Recomenda-se programas para acompanhamento terapêutico de pacientes com IC, com foco na QV.

Figura 1. Caracterização e achados das publicações analisadas. João Pessoa (PB), Brasil (2015)

Nos estudos analisados, a amostra variou de 46 a 661 pacientes com IC. A maioria pertencia ao sexo masculino e era casada. A

cardiopatia isquêmica apresentou-se como principal etiologia da IC, e entre as principais comorbidades associadas à IC, sobressaíram-se

Sousa MM de, Oliveira JS, Soares MJGO et al.

a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus.

Quanto ao delineamento metodológico, prevaleceram estudos transversais (13). Na maioria dos estudos foi realizada a avaliação da QV por meio de instrumentos. O instrumento específico *Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire* (MLHFQ) foi utilizado em 10 pesquisas e em 03 a QV foi avaliada mediante a associação de dois questionários, o *Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey* SF-36 e MLHFQ, e em 02 estudos foi aplicado apenas o SF-36.

Todos artigos valeram-se de estatística descritiva para análise dos resultados sociodemográficos, clínicos e escores de QV. Os principais recursos estatísticos empregados foram consistência interna do instrumento, através do alfa de Cronbach, análise de correlação e regressão linear.

No que concerne às principais conclusões levantadas nos estudos, constatou-se alterações negativas na QV de pacientes com IC. Foi possível identificar nos artigos selecionados a utilização de instrumentos, tanto genéricos quanto específicos ou associação entre os dois. Os resultados encontrados apontam que a dimensão física foi a mais prejudicada e a que mais exerceu influência na QV quando comparada com a dimensão emocional, independente do instrumento utilizado. Em relação às recomendações, foram propostas estratégias em saúde com enfoque holístico e multidisciplinar para serem incorporadas no tratamento de pacientes com IC a fim de melhorar a QV, embora nenhum estudo tenha avaliado a QV em pacientes em acompanhamento multidisciplinar.

DISCUSSÃO

Em resposta às questões que nortearam a busca dos artigos nas bases de dados, bem como as informações sobre quais dimensões interferiram na QV desses pacientes, vê-se que a percepção da QV se apresentou alterada e que a dimensão física foi a mais prejudicada. A esse respeito, considera-se que por ser a IC uma doença debilitante em face da diminuição do débito cardíaco e da fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) ocasiona baixa tolerância para realizar atividades da vida diária, em decorrência das respostas metabólicas e respiratórias, desencadeando sintomas como dispneia, fadiga e edema de membros.⁶

É importante ressaltar que a IC é categorizada com base na intensidade de sintomas em quatro classes propostas pela *New York Heart Association* (NYHA). Estas

Qualidade de vida de pacientes com insuficiência...

classes estratificam o grau de limitação imposto pela doença para atividades cotidianas do indivíduo. As quatro classes propostas são: Classe I - ausência de sintomas (dispneia) durante atividades cotidianas, sendo a limitação para esforços semelhante à esperada em indivíduos normais; Classe II - sintomas desencadeados por atividades cotidianas; Classe III - sintomas desencadeados em atividades menos intensas que as cotidianas ou pequenos esforços; Classe IV - sintomas em repouso.²⁷

Nesta revisão prevaleceram estudos conduzidos em pacientes atendidos ambulatorialmente, em classe funcional I e II da NYHA.^{12-13,15-20,22-25} Nesses casos, os pacientes estão mais aptos a participar de estudos que avaliam a percepção da QV devido ao menor nível de comprometimento das suas condições físicas e emocionais. Assim, presume-se que os pacientes hospitalizados estariam em estado de descompensação clínica da doença, fragilizados emocionalmente, o que por consequência implicaria em alterações significativas na percepção do estado de saúde e QV.¹⁴

Na análise dos estudos desta revisão, três avaliaram a QV em pacientes hospitalizados.^{14,21,26} Os resultados evidenciaram que com o avanço da idade e da classe funcional, sobretudo classe III e IV, a QV apresenta-se altamente comprometida em face dos sinais e sintomas desencadeados pela descompensação clínica. Além disso, a presença de comorbidades associadas à IC pode contribuir para um pior prognóstico em virtude das alterações ventriculares, vasculares e renais com o avanço progressivo da IC.²⁶⁻²⁷

Cabe frisar que a IC é a principal causa de hospitalizações em pessoas acima de 65 anos.² Assim, com base na análise dos estudos, foi possível identificar três que avaliaram a QV especificamente em idosos com IC.^{13-14,17} É importante acentuar que é cada vez maior o número de idosos hospitalizados em decorrência das funções clínico-funcionais da IC, ocasionando maior dependência de cuidados em saúde em face das alterações pulmonares desencadeadas pela hipertensão pulmonar e diminuição da capacidade ventilatória, tendo como consequência a dispneia e a fadiga muscular, limitando os pacientes com IC de executar atividades diárias.⁶

Em nossos achados, estudo de coorte com 661 pacientes hospitalizados com IC (62% do sexo masculino, com média idade de 71 anos e FEVE de 34%) foi seguido prospectivamente

Sousa MM de, Oliveira JS, Soares MJGO et al.

Qualidade de vida de pacientes com insuficiência...

por três anos. Identificou-se pacientes com baixa pontuação na dimensão física, relacionados às classes III e IV da NYHA, e associados com diagnóstico de comorbidades, indicando uma má QV e altas taxas de mortalidade.²⁶

Percebe-se que os sintomas vivenciados pelos pacientes com IC, especialmente a fadiga, influenciam negativamente a percepção da QV, com agravamento da doença, provocando distúrbios do sono, ansiedade e estresse psicológico, além de provocar limitações para a manutenção de um estilo de vida compatível com o senso desejável de autonomia e independência.^{19,21}

Observa-se apenas um estudo comparativo com amostra de 175 pacientes cujo objetivo foi examinar diferenças da QV de americanos (n=87) e taiwaneses (n=88), no qual se verificou que os americanos apresentaram maiores escores associados a uma má QV.²³ Os autores constataram diferenças culturais, relacionadas com a estrutura familiar, sobretudo os que vivem sozinhos, que apresentaram pior QV. Outro fator que pode produzir diferenças culturais na QV foi o apoio financeiro, em particular para os problemas de saúde. Pacientes com IC em Taiwan são inteiramente cobertos pelo Seguro Nacional de Saúde, diferentemente dos americanos, que não possuem cobertura de saúde integral e gratuita, o que ocasiona altos custos para cuidados médicos. Entende-se que gastos em saúde geram preocupações na manutenção da estrutura familiar em razão da aquisição de medicações, consultas, exames e adesão ao complexo tratamento proposto para IC. Essas ações podem influenciar a percepção da QV.²³

Na literatura analisada, observou-se dois estudos que avaliaram a QV através de instrumentos e medidas de desempenho como os testes de caminhada de seis minutos e espirometria.^{12,25} A função cardiopulmonar mostrou-se comprometida, o que envolve diretamente a capacidade funcional para realizar atividades da vida diária, indicando uma pior QV. Embora essa modalidade de investigação seja pouco utilizada em pacientes com IC, a mesma permite identificar, a partir de protocolos clínicos, quais variáveis influenciam diretamente na percepção da QV, contribuindo dessa forma para a tomada de decisão terapêutica, além de promover ações que visem um melhor condicionamento físico dos pacientes, por exemplo, a prática regular de atividade física.

Em relação ao delineamento metodológico, as pesquisas conduzidas foram em sua maioria transversais, o que favoreceu a coleta de dados em um único momento, evitando-se

perdas de participantes, mostrando-se adequadas para esse tipo de paciente e sua relação com a QV, o que permitiu descrever as características da população e examinar associações entre variáveis. Embora predominem estudos transversais em nossos achados, constatou-se a ocorrência de pesquisas longitudinais, estas buscam identificar dados em diferentes períodos, com a finalidade de inferir relações de causa e efeito sobre determinada variável. No entanto, esse tipo de estudo é extremamente trabalhoso devido ao número de sujeitos investigados, a demanda de recursos financeiros necessários para sua operacionalização e longos períodos de tempo para serem concluídos.

Encontrou-se na análise apenas um estudo com estratégia de intervenção com objetivo de melhorar a QV de vida de pacientes com IC.¹⁷ Foram incluídos 48 pacientes ambulatoriais em seguimento de quatro meses. Na estratégia utilizada, empregou-se a consulta de enfermagem, através da escuta sensível, além de contato telefônico mensal, a fim de obter informações acerca do estado de saúde e reforçar orientações recebidas durante a consulta. Os resultados apontaram melhora estatisticamente significativa na QV de todos os pacientes. Esses resultados sugerem que os enfermeiros acompanhem com frequência pacientes com IC abrindo novas perspectivas de estudo de intervenções com foco no manejo e QV da IC.¹⁷

É notável a importância de estratégias terapêuticas como visitas domiciliares, monitorização por telefone, intervenções educativas em saúde envolvendo o manejo não farmacológico da IC, bem como orientações sobre restrição salina, atividade física, verificação diária do peso, reconhecimento precoce dos sinais e sintomas de descompensação no acompanhamento de pacientes com IC. Essas estratégias são comprovadas pela literatura e contribuem como agente facilitador para gestão do autocuidado e adesão à terapêutica proposta, sobretudo no impacto da diminuição da mortalidade e na melhora da QV.²⁸ Entretanto, ainda são incipientes os estudos conduzidos no cenário nacional utilizando essas estratégias de intervenções.

Verifica-se que diferentes instrumentos para mensurar a QV foram aplicados nos estudos, os quais, de forma geral, proporcionam a avaliação real e concreta do impacto da IC na QV do paciente, além de incluir aspectos subjetivos.

O questionário MLHFQ é voltado especificamente à mensuração da QV de

Sousa MM de, Oliveira JS, Soares MJGO et al.

pacientes com IC.^{12-15,17,20-23,26} Este engloba duas dimensões: uma física, envolvendo questões relacionadas à dispneia e à fadiga, e uma emocional. As outras questões referem-se ao estilo de vida, situações financeiras e efeitos colaterais de medicações.²⁹

De modo geral, o MLHFQ se mostrou como um instrumento confiável para avaliar a QV de pessoas com IC por ser autoaplicável e de fácil compreensão, além de apresentar medidas de confiabilidade e reprodutibilidade comprovadas pela literatura.⁹ Entretanto, por ser estruturado no formato de escalas do tipo likert, as respostas podem ser confundidas, dependendo do nível de escolaridade do participante do estudo. Portanto, ao pesquisador cabe atentar para os possíveis fatores que podem prejudicar o entendimento das questões pelos sujeitos da pesquisa, bem como desenvolver ferramentas que favoreçam a operacionalidade da coleta de dados, minimizando possíveis vies pela ausência de compreensão.

Em dois estudos, os autores avaliaram a QV por meio do instrumento genérico *Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey* (SF-36), que apontou menores pontuações nos domínios físicos, afetando desse modo a capacidade física.^{16,18} Os escores relacionados aos domínios mentais e sociais apresentaram elevadas pontuações, não exercendo forte influência na percepção da QV.

Quanto ao SF-36, este consiste em instrumento genérico para avaliar a percepção do estado de saúde de pessoas com doenças crônicas. Apresenta 36 questões organizadas em oito domínios: capacidade funcional, dor corporal, vitalidade, saúde geral, função social, função física e emocional e saúde mental. Esses domínios podem ser agregados em dois grandes grupos: componente físico e mental. Escores maiores representam uma melhor QV.³⁰

Apesar de o MLHFQ e o SF-36 serem instrumentos com público-alvo diferentes, pode-se constatar que ambos se mostraram adequados para avaliação da QV. Os estudos que realizaram associação da QV com os dois instrumentos^{16,19,25} revelaram resultados semelhantes, apontando a dimensão física dos instrumentos como a mais prejudicada, influenciando diretamente a capacidade física dos participantes. Além disso, a percepção do estado de saúde geral se configurou alterada indicando uma má QV, porém a literatura recomenda a aplicação de instrumentos específicos, tornando-os mais próximos da realidade do paciente e sua condição de enfermidade.⁹

Qualidade de vida de pacientes com insuficiência...

Foi possível observar que poucos foram os estudos que propuseram recomendações ou estratégias para melhoria da QV de pessoas com IC.^{12,19,20,21,26} Entre estes, o enfoque multidisciplinar do cuidado foi o mais recomendado, embora nenhum estudo tenha avaliado a QV de pacientes em acompanhamento multidisciplinar. Além disso, o cuidado holístico foi recomendado, especialmente nas influências psicológicas e funcionais que comprometem o estado de saúde e capacidade de enfrentamento da enfermidade.

CONCLUSÃO

Os estudos analisados apontam que um dos principais fatores que contribuem para alterações na percepção da qualidade de vida são os aspectos físicos, que prejudicam a capacidade funcional e autonomia dos pacientes quanto à realização de atividades da vida diária. Observou-se incentivo à implantação de programas de acompanhamento com abordagem multidisciplinar e holística no cuidado à saúde de pacientes com insuficiência cardíaca.

As limitações deste estudo residem na carência de investigações com melhores níveis de evidências que permitam maiores comparações e expansão dos resultados. Adicionalmente, a ausência de estudos sobre qualidade de vida em pacientes com insuficiência cardíaca na região Nordeste do Brasil indica a necessária proposição de investigações para verificar o impacto dessa enfermidade nos variados contextos econômicos e culturais do país.

Ressalta-se que, para a prática de enfermagem, este estudo abre novas perspectivas para identificar possíveis variáveis que exerçam influência na qualidade de vida dos pacientes acometidos ao longo do tempo, seja favorecendo-a ou deprimindo-a, elucidando de forma mais clara o impacto da insuficiência cardíaca na qualidade de vida dos seus portadores.

REFERÊNCIAS

1. Christmann M, Costa CC, Moussalle LD. Evaluation of quality of life in patients with heart disease hospitalized in a public hospital. Revista da AMRIGS [Internet]. 2011[cited 2015 Sep 05];55(3):239-43. Available from: http://www.amrigs.org.br/revista/5503/0000045956Revista_AMRIGS_3_artigo_original_avaliada_qualidade_de_vida.pdf
2. Segovia J. Los números de la insuficiencia cardíaca: una oportunidad para mejorar. Rev Clin Esp [Internet]. 2013 [cited 2015 Aug

Sousa MM de, Oliveira JS, Soares MJGO et al.

Qualidade de vida de pacientes com insuficiência...

- 02];213(1):25-7. Available from: <http://www.revclinesp.es/es/los-numeros-insuficiencia-cardiaca-una/articulo>
3. Montoya JCA, Heredia AMC, Iguíñez MP, Ferrús LMR, Hernández SM, Arizmendi RC et al. Estudio de la calidad de vida em pacientes com insuficiencia cardíaca. *Enferm Cardiol* [Internet]. 2009 [cited 2015 Nov 12];46:11-16. Available from: <https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/4601.pdf>
4. Bocchi EA, Arias A, Verdejo H, Diez M, Gómez E, Castro P et al. The reality of heart failure in Latin America. *JACC* [Internet]. 2013 [cited 2015 Dec 17];62(11):949-58. Available from: <http://content.onlinejacc.org/article.aspx?articleid=1711127>
5. Linhares JC, Aliti GB, Castro RA, Rabelo ER. Prescribing and conducting non-pharmacological management of patients with decompensated heart failure. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2010 [cited 2015 Aug 22];18(6):1145-51. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt_15.pdf
6. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* [Internet]. 1995 [cited 2015 July 01];41(10):1403-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8560308>
7. Santos ACS, Espírito Santo FH; Pestana L, Daher DV, Santana R. Heart failure: strategies used by elders in search for quality of life. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2011 [cited 2015 July 10];64(5):857-63. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a09v64n5.pdf>
8. Banegas JR, Artalejo FR. Insuficiencia cardiaca e instrumentos para medir la calidad de vida. *Rev Esp Cardiol* [Internet]. 2008 [cited 2015 Nov 18];61(3):233-5. Available from: http://pdf.revespcardiol.org/watermark/ctl_servlet?f=10&pidtent_articulo=13116649&pidtent_usuario=0&pcontactid=&pidtent_revista=25&ty=94&accion=L&origen=cardio&web=www.revespcardiol.org&lan=es&fichero=25v61n03a13116649pdf001.pdf
9. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Integrative literature review: a research method to incorporate evidence in health care and nursing. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2008 [cited 2015 July 10];17(4):758-64. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>
10. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E.

- Evidencebased practice in nursing & healthcare. A guide to best practice. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins 2005.p.3-24.
11. Toledo MM, Takahashi RF, De-La-Torre-Ugarte-Guanilo MC. Elements of adolescents' individual vulnerability to HIV/AIDS. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2011 [cited 12 Jan 2016];64(2):370-5. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a24v64n2.pdf>
12. Santos JJA, Plewka EA, Brofman PRS. Quality of life and clinical indicators in heart failure: a multivariate analysis. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2009 [cited 2015 June 16];93(2):159-66. Available from: http://www.scielo.br/pdf/abc/v93n2/en_v93n2a15.pdf
13. Barbosa RR, Franklin RV, Stefenoni AV, Moraes VD, Jacques TM, Serpa RG, et al. Quality of life analysis among men and women with heart failure. *Rev Bras Cardiol* [Internet]. 2014 [cited 2015 Oct 29];27(2):97-103. Available from: http://www.rbconline.org.br/wpcontent/uploads/Art_150_Roberto_Barbosa_Artigo_Original_RBC_274.pdf
14. Erceg P, Despotovic N, Milosevic DP, Soldatovic I, Zdravkovic S, Tomic S, et al. Health-related quality of life in elderly patients hospitalized with chronic heart failure. *Clin Interv Aging* [Internet]. 2013 [cited Aug 15]; 8:1539-46. Available from: <https://www.dovepress.com/health-related-quality-of-life-in-elderly-patients-hospitalized-with-c-peer-reviewed-article-CIA>
15. Saccomann ICR, Cintra FA, Gallani MCBJ. Quality of life in older adults with heart failure: assessment with a specific instrument. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2011 [cited 2015 June 10];24(2):179-84. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n2/en_04.pdf
16. Rilo JCN, Juárez DD, Zurutuza LF, García MAR, Gutiérrez FR, Blanco AR. La calidad de vida em los enfermos com insuficiencia cardiaca: visión desde atención primaria de salud. *Gac Sanit* [Internet]. 2012 [cited 2015 June 12]; 26(5):436-43. Available from: http://www.scielosp.org/pdf/gs/v26n5/origin_al6.pdf
17. Corrêa LA, Santos I, Rocha RM, Tura BR, Albuquerque DC. Quality of life of patients with heart failure: a quantitative study. *Online Brazilian Journal of Nursing* [Internet]. 2009 [cited 2015 June 04];8(3):[about 5 p]. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.2518/554>

Sousa MM de, Oliveira JS, Soares MJGO et al.

Qualidade de vida de pacientes com insuficiência...

18. Saccoman ICRS, Cintra FA, Gallani MCBJ. Health-related quality of life among the elderly with heart failure: a generic measurement. Sao Paulo Med J [Internet]. 2010 [cited 2015 June 25];128(4):192-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/spmj/v128n4/03.pdf>
19. Pelegrino VM, Dantas RAS, Clark AM. Health-related quality of life determinants in outpatients with heart failure. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2011 [cited 2015 July 19];19(3):451-457. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_02.pdf
20. Chu SH, Lee WH, Yoo JS, Kim SS, Ko IS, Oh EG, et al. Factors affecting quality of life in Korean patients with chronic heart failure. Japan Journal of Nursing Science [Internet]. 2014 [cited 2015 July 27];11:54-64. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.jns.12002/pdf>
21. Fotos NV, Giakoumidakis K, Kollia Z, Galanis P, Copanitsanou P, Pananoudaki E, et al. Health-related quality of life of patients with severe heart failure. A cross-sectional multicentre study. Scand J Caring Sci [Internet]. 2013 [cited 2015 June 19];27:686-94. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.14716712.2012.01078.x/pdf>
22. Ulbirich AZ, Netto AS, Angarten VG, Marques T, Sties SW, Carvalho T. Funcional capacity as a predictor of quality of life in heart failure. Fisioter Mov [Internet]. 2013 [cited 2015 July 24];26(4):845-53. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/fm/v26n4/a13v26n4.pdf>
23. Huang TY, Moser DK, Hwang SL, Lennie TA, Chung ML. Comparasion of health-related quality of life between American and Taiwanese heart failure patients. J Transcult Nurs [Internet]. 2010 [cited 2015 June 08];21(3):212-19. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3049448/pdf/nihms272127.pdf>
24. Castro JL, Conde JC, Rodríguez VF, Garrido JMF, Ortega RA. Análisis de la calidad de vida em pacientes con insuficiencia cardíaca mediante el cuestionario genérico SF-36. Rev Calid Assist [Internet]. 2013 [cited 2015 June 07];28(6):355-60. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-pdf-S11>
25. Nogueira IDB, Servantes DM, Nogueira PAMS, Salvetti APXM, Salles F, Almeida DR, et al. Correlation between quality of life and functional capacity in cardiac failure. Arq Bras

- Cardiol [Internet]. 2010 [cited June 13];95(2):238-43. Available from: http://www.scielo.br/pdf/abc/v95n2/en_aop09210.pdf
26. Hoeskstra T, Jaarsma T, Veldhuisen DJV, Hillege HL, Sanderman R, Leegte IL. Quality of life and survival in patients with heart failure. Eur J of Heart Fail [Internet]. 2013 [cited June 01];15:94-102. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1093/eurjhf/hfs148/epdf>
27. Bocchi EA, Braga FGM, Ferreira SMA, Rohde LEP, Oliveira WA, Almeida DR, et al. III Diretriz Brasileira de insuficiência cardíaca crônica. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2009 [cited 2015 Oct 07];93(1 Supl 1):1-79. Available from: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2009/diretriz_ic_93supl01.pdf
28. Cruz FD, Issa VS, Ferreira SMA, Chizzola PR, Souza GEC, Moreira LFP. Effect os a sequential education and monitoring programme on quality-of-life components in heart failure. Eur J Heart Fail [Internet]. 2010 [cited 2015 Nov 12];12(9):1009-15. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1093/eurjhf/hfq130/epdf>
29. Carvalho VO, Guimarães GV, Carrara D, Bacal F, Bocchi EA. Validation of the Portuguese Version of the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2009 [cited 2015 Nov 10];93(1):36-41. Available from: http://www.scielo.br/pdf/abc/v93n1/en_08.pdf
30. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Menião I, Quaresma MR. Tradução para língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação da qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). Rev bras reumatol [Internet]. 1999 [cited 2015 Jul 20];39(3):143-50. Available from: http://www.ufjf.br/renato_nunes/files/2014/03/Valida%C3%A7%C3%A3o-do-Question%C3%A1rio-de-qualidade-de-Vida-SF-36.pdf

Submissão: 16/06/2016

Aceito: 26/01/2017

Publicado: 01/03/2017

Correspondência

Mailson Marques de Sousa

Rua Othília Barros de Medeiros, 156, Ap. 202

Bairro Jardim Oceania

CEP 58037-710 – João Pessoa (PB), Brasil