

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES PORTADORES DE INSUFICIÊNCIA
CARDÍACA CONGESTIVA CLASSE FUNCIONAL II E III**

**RATING OF QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CONGESTIVE HEART FAILURE
FUNCTIONAL CLASS II AND III**

CAMILA NOSSA MUNIZ MOREIRA*

* Fisioterapeuta, graduada pelo Centro Universitário da Bahia

** Trabalho de Conclusão da Pós Graduação em Fisioterapia Hospitalar - EBMSP

LORENA MARTINS DA SILVA OLIVEIRA*

* Fisioterapeuta, graduada pela Universidade Jorge Amado

** Trabalho de Conclusão da Pós Graduação em Fisioterapia Hospitalar – EBMSP

SANDRA OLIVEIRA SILVA*

* Fisioterapeuta, graduada pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública - EBMSP

** Professora do Estágio Supervisionado Hospitalar I da EBMSP.

*** Mestranda em Avaliação das Atividades Físicas e no Desporto, na Universidade Traz os Montes e Alto Douro - UTAD em Portugal.

RESUMO:

OBJETIVO: Determinar a qualidade de vida dos indivíduos cardiopatas portadores de Insuficiência Cardíaca Congestiva, através do questionário Minnesota (Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire).

METODOLOGIA: O estudo trata de uma pesquisa de campo descritiva, onde investigou a qualidade de vida de 56 pacientes do Ambulatório Silva e Lima do Hospital Santa Izabel, utilizando o questionário Minnesota sendo pesquisados indivíduos cardiopatas portadores de Insuficiência Cardíaca Congestiva de Classe Funcional II/III do NYHA, em estágio C e D de acordo com AHA / ACC, em tratamento clínico ou pós correção cirúrgica.

RESULTADOS: Foram avaliados 55 pacientes, sendo representados por 23 (41,8%) do sexo masculino e 32 (58,2%), do sexo feminino com a média da idade total de 53,52 ($\pm 14,87$). Quanto ao perfil, foram identificados 52 (94,5%) indivíduos clínicos e 03 (5,5%) cirúrgicos, sendo 34 (61,8%) da Classe Funcional II (CF II) e 21 (38,4%) da Classe Funcional III (CF III). A causa principal da ICC entre os indivíduos entrevistados, 15 (27,8%) foi a Miocardiopatia Chagásica (MCC). Entre as comorbidades, a maior incidência foi o ex-tabagismo representando 22 (44%) pacientes. Na análise da disfunção ventricular observou-se que na CF II, 16 (57,1%) possuíam a disfunção sistólica, e 12 (42,9%) disfunção diastólica. Ao analisar o questionário, verificou-se que o escore total da média foi de 50,47 ($\pm 20,31$) na CF II, e de 64,33 ($\pm 17,68$) na CF III.

CONCLUSÃO: A insuficiência cardíaca interferiu na qualidade de vida de seus portadores, acarretando limitações das suas atividades de vida diária e sua relação interpessoal.

PALAVRAS-CHAVE: Insuficiência Cardíaca Congestiva; Qualidade de vida; Minnesota.

ABSTRACT:

OBJECTIVE: Determine the quality of life of individuals affected from heart disease Congestive Heart Failure through the Minnesota's questionnaire (Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire).

METHODS: The study it is a descriptive field research, where we investigate the quality of life in 56 patients at the Ambulatory Lima e Silva from Hospital Santa Izabel, using the Minnesota questionnaire being they individuals with heart disease patients with Congestive Heart Failure Functional Class II / III of the NYHA on stage C and D according to AHA / ACC and clinical treatment or surgical repair.

RESULTS: We evaluated 55 patients, represented by 23 (41.8%) males and 32 (58.2%) females with a mean age of the total of 53.52 (± 14.87). As the profile, were identified 52 (94.5%) and 03 clinical subjects (5.5%) surgical, and 34 (61.8%) Functional Class II (FC II) and 21 (38.4%) of Functional Class III (FC III). The main cause of CHF among subjects interviewed, 15 (27.8%) was the Chagasic cardiomyopathy (CCM). Among comorbidities, the highest incidence was ex-smoking, representing 22 (44%) patients. In the analysis of ventricular dysfunction was noted that the CF II, 16 (57.1%) had systolic dysfunction, and 12 (42.9%) diastolic dysfunction. In analyzing the questionnaire, it was found that the average total score was 50.47 (± 20.31) in FC II, and 64.33 (± 17.68) in FC III.

CONCLUSION: Heart failure interfered with quality of life of affected individuals, leading to limitations in their daily activities and their interpersonal relationships.

KEYWORDS: Congestive heart failure, life quality, Minnesota

INTRODUÇÃO

Em decorrência do alto índice de morbimortalidade, as doenças crônicas, principalmente as doenças cardiovasculares, têm se tornado um dos principais alvos de atenção dos profissionais da área de saúde.¹ De acordo com o Ministério da Saúde do Brasil, através de pesquisas do Instituto Brasileiro Geografia e Estatística (IBGE, 2008), verificou-se que o maior percentual de morbidade hospitalar em Salvador foi de 1.212 (17,64%), causadas por doenças do aparelho circulatório, sendo 52,88% mulheres e 47,11% homens. Entre as doenças cardiovasculares, a Insuficiência cardíaca (IC), vem aumentando a sua incidência no Brasil e no mundo. Quase 5 milhões de pessoas vivem com ICC, e 550.000 novos casos são diagnosticados a cada ano.²

De acordo com a II Diretriz da Sociedade Brasileira para o Diagnóstico e o Tratamento de Insuficiência Cardíaca, foi encontrada mortalidade de 37% para homens e 38% para mulheres, após dois anos do diagnóstico de IC. Após seis anos, a mortalidade aumenta para 82% dos homens e 67% das mulheres, isto representa quatro a oito vezes maior que a da população geral da mesma idade.³

A insuficiência cardíaca congestiva (ICC) é uma patologia que pode resultar de qualquer distúrbio cardíaco funcional ou estrutural que prejudique a capacidade do ventrículo de preencher ou de ejetar sangue, tornando-se incapaz de manter o débito cardíaco adequado para suprir as demandas metabólicas teciduais.^{4,5} Os principais

sintomas clínicos são: dispnéia e a fadiga, predominantemente durante o esforço, entretanto, a ausência desses sintomas não exclui a presença de insuficiência cardíaca. Outros sintomas são a dispnéia paroxística noturna, a ortopnéia, o edema de membros inferiores e a tosse noturna.⁶

De acordo com a II Diretriz para o Diagnóstico e Tratamento da Insuficiência Cardíaca, existem alguns mecanismos responsáveis pelos sintomas e sinais clínicos de IC, que podem ser a disfunção sistólica, diastólica ou ambas, de um ou ambos os ventrículos. A IC em adultos está, geralmente, relacionada à disfunção ventricular esquerda sistólica, ou seja, IC sistólica, mas cerca de 30% dos adultos com IC clínica tem disfunção diastólica isolada do ventrículo esquerdo (VE), caracterizando a IC diastólica. O conceito de IC diastólica pode ser assim expresso, pelas manifestações clínicas de IC decorrentes de dificuldades no enchimento ventricular, com fração de ejeção (FE) ventricular normal. Esta pode ocorrer em até 40-50% dos pacientes com insuficiência cardíaca. Embora o distúrbio da função diastólica possa estar associado à função sistólica normal, o oposto geralmente não ocorre. À medida que a função sistólica se deteriora, há declínio paralelo do enchimento ventricular rápido.³ A disfunção sistólica e diastólica são, habitualmente, as causas das alterações hemodinâmicas e sintomas da insuficiência cardíaca.⁷

A ICC tem causas de diversas etiologias, sendo a mais evidente nas doenças que podem alterar a contratilidade do coração. Exemplos disso são: doença aterosclerótica

do coração, hipertensão arterial, estenose da válvula aórtica, miocardiopatia chagásica, miocardiopatia alcoólica, miocardites, doenças valvulares e cardiopatias congênitas.⁶

A Classificação Funcional (CF) dada pela *New York Heart Association* (NYHA), utilizada para diferenciar os indivíduos que sofrem de ICC de acordo com a sua limitação, sintomas clínicos de dispnéia e fadiga durante o esforço, de forma progressiva, variando as limitações por classes funcionais (CF) de I a IV:

- CF I, sem sintomas e nenhuma limitação em atividades habituais, realiza mais de 6 METs na ergonometria;
- CF II, sintomas leves e limitações em atividades habituais. Confortáveis no repouso. De 4 a 6 METs na ergonometria;
- CF III, acentuada limitação física para realizar atividades simples e rotineiras. Confortáveis somente no repouso. De 2 a 4 METs na ergonometria;
- CF IV Severas limitações. Sintomas presentes mesmo em repouso. Não tolera a ergonometria.

A *American Heart Association* (AHA) / *American College of Cardiology* (ACC) em 2001 introduziu um consenso sobre a prevenção secundária, foi incluído no estudo por uma recomendação classe 1 e nível de evidência A, em todas as diretrizes, uma nova classificação de ICC, baseadas em quatro estágios, A, B, C e D.⁸

- Estágio A: Pacientes com fatores de risco para IC (ex.: hipertensão arterial, diabetes mellitus, doença coronariana, abuso de álcool, história familiar de cardiomiopatia), mas ainda sem evidências de cardiopatia estrutural e sem sinais clínicos de IC;
- Estágio B: Pacientes que já desenvolveram cardiopatia estrutural (ex.: hipertrofia ou dilatação de VE, disfunção contrátil de qualquer grau, infarto do miocárdio prévio), mas ainda sem sinais de IC;
- Estágio C: Pacientes com cardiopatia estrutural que apresentam ou já apresentaram sinais ou sintomas de insuficiência cardíaca;
- Estágio D: Pacientes com insuficiência cardíaca avançada, que permanecem muito sintomáticos apesar da medicação e que requerem intervenções especializadas.⁹

De acordo com todas essas limitações, observa-se que o paciente portador de ICC sofre modificações em sua vida normal, em virtude da incapacidade para executar determinadas tarefas cotidianas, limitadas pelos sinais e sintomas da doença, causando assim um impacto na sua qualidade de vida.^{1,10}

Nos dias atuais, existem duas formas de definir qualidade de vida, uma genérica e outra direcionada à saúde. A genérica está mais direcionada ao conceito da Organização Mundial da Saúde (OMS), onde informa que a qualidade de vida é “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em

relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações". Já a direcionada a saúde engloba a genérica mais as questões relacionadas à saúde e suas intervenções.¹¹ Mediante a necessidade de avaliar o estado físico, emocional, social e mental dos pacientes com ICC, foi proposto a utilização do *Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire* (MLHFQ). Este questionário é importante para avaliar a qualidade de vida em pacientes com insuficiência cardíaca.¹²

Através deste instrumento para a medida da qualidade de vida, avalia-se o impacto dos sintomas físicos como a falta de ar, fadiga, edemas periféricos, dificuldade para dormir, subir escadas, execução de tarefas domésticas, dificuldade nas saídas da sua residência e na atividade sexual. Entretanto os sintomas psicológicos são citados como a ansiedade, depressão, baixa auto-estima, perda de auto-controle em sua vida e a sensação de ser um peso para o próximo. Entretanto, inclui-se também a parte social, como por exemplo, o impacto na atividade para ganhar a vida, dificuldade no relacionamento e participação nas atividades com a família ou amigos e nas atividades recreativas. Relacionando a dimensão mental e emocional questiona-se as funções de concentração e memória. Avalia-se o uso de medicamentos que causam efeitos colaterais, além de melhorar sintomas e limitações funcionais decorrentes da ICC, estas últimas questões foram incluídas para avaliar o impacto global de um tratamento sobre a qualidade de vida.^{10,12}

Os dados do questionário indicam o quanto a ICC pode afetar a qualidade de vida destes

pacientes. O escore total é realizado com a somatória das respostas que variam de 0 (não) a 5 (demais), onde o 0 representa sem limitações e o 5, limitação máxima. Este formato de resposta foi escolhido para ser coerente com o conceito de qualidade de vida e permite a cada indivíduo, responder cada item através de uma escala comum. São 21 questões divididas em três dimensões onde a dimensão física corresponde às questões de 1 à 7, 12 e 13, a dimensão emocional da questão de 17 à 21 e as outras são questões de dimensões gerais. A soma destas respostas e de cada subgrupo de perguntas pode ser utilizada para descrever os efeitos físicos e psicológicos de um portador da insuficiência cardíaca congestiva e medir o impacto da doença na qualidade de vida.^{10,12}

Essas considerações adquiridas através do MLHFQ podem auxiliar os profissionais da saúde a planejar e aplicar estratégias de tratamento para esta disfunção, como também para atender à expectativa do paciente.¹⁰

No entanto, a dificuldade da aplicação do questionário de qualidade de vida no paciente com ICC é a cognição. Estudos provam que 80% dos pacientes ICC apresentam sinais de comprometimento cognitivo. Segundo relato do estudo de Cline et al, entrevistando os indivíduos após 30 dias de receber orientações verbais e escritas do seu tratamento. Relata que 10 dos seus 22 pacientes são incapazes de dizer o nome da medicação em uso para o tratamento da ICC, 11/22 não sabem a dosagem da medicação, e 14/22 não lembram quando tomar as medicações.¹³

Além disso, existem evidências de que o déficit de atenção torna-se mais acentuado com a severidade do ICC. Sendo comprovado com estudos que demonstram que indivíduos pertencentes principalmente da CF II e III têm significativa piora deste déficit de atenção.¹³

O presente estudo visa investigar a qualidade de vida nos indivíduos cardiopatas portadores de Insuficiência Cardíaca Congestiva Classe Funcional II/III, segundo *New York Heart Association* (NYHA), em estágio C e D segundo *American Heart Association* (AHA) / *American College of Cardiology* (ACC).

MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo trata de uma pesquisa de campo descritiva, onde foram estudadas uma amostra total de 55 pacientes portadores de Insuficiência Cardíaca Congestiva de Classe Funcional II/III, que se encontravam no Ambulatório Silva e Lima do Hospital Santa Izabel. Sendo subdividido em dois grupos distintos: grupo 1 = ICC CF II e grupo 2 = ICC CF III.

Os critérios para inclusão no estudo foram: os pacientes que apresentaram ICC CF II/III, no estágio C e D na linha de base, com disfunção sistólica e/ou diastólica, clínico ou cirúrgico confirmados com diagnóstico do médico cardiologista, além de apresentarem autonomia em realizar suas atividades habituais e que aceitaram através de um termo de consentimento a participar da pesquisa.

Os critérios de exclusão do estudo foram pacientes: não consentiram a entrevista, que

apresentavam problemas articulares, neurológicos ou metabólicos que tinham limitação em realizar atividades de vida diária, com Insuficiência cardíaca classe I e IV, ou no estágio A e D.

Método de Avaliação

O protocolo consistiu em aplicar o Questionário *Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire* MLHFQ (Carvalho VO, 07/2009), para avaliar o nível das dimensões físicas, emocional, social e mental da qualidade de vida em ambos os grupos. Foram verificadas variáveis físicas como peso, altura e Índice de massa corpórea (IMC). Além de identificar a etiologia da ICC, comorbidades e a disfunção ventricular associadas à mesma.

Instrumentos e Equipamentos utilizados

Foram utilizados para medições antropométricas o peso corporal e a estatura verificada através da balança *Welmy* (Indústria e Comércio Ltda com nº de patrimônio 007953). Verificado na posição sentada, por pelo menos cinco minutos, os valores da pressão arterial (PA), através do método auscultatório, com esfigmomanômetro e o estetoscópio *Prestige Medical* (Taiwan), frequência cardíaca (FC) e SatO₂ (%) através de um oxímetro de pulso CM 50D (*Contec medical system*).

Análise dos resultados

O Banco de dados foi criado no Excel 2003 e analisado no Software SPSS versão 14.0 onde foi realizada a correção dos dados digitados com objetivo de eliminar possíveis erros. A análise descritiva (frequência absoluta/relativa, média aritmética e desvio padrão) foi realizada com a finalidade de identificar as

características gerais e específicas da amostra estudada. Para verificar a existência de diferença significativa na qualidade de vida de acordo com o nível da doença utilizou-se o teste paramétrico T-Estudant e para verificar associação entre a Classe funcional e a disfunção foi usado o teste Qui-Quadrado. O nível de significância para este trabalho é de 5%. Os resultados obtidos foram apresentados em tabelas comparativas formuladas no Word.

Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Santa Izabel (HSI). Todos os participantes do estudo foram convidados a participar da pesquisa e informados sobre o estudo, a aceitação foi através de permissão, onde assinaram o Termo De Consentimento Livre e Pré-esclarecido, de acordo com as recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional da Saúde do Brasil.

RESULTADOS

Dos 67 pacientes analisados, 55 foram considerados para essa análise, sendo representados por 23 (41,8%) do sexo masculino e 32 (58,2%), do feminino. A caracterização da amostra, vista na Tabela 1, demonstra quanto ao perfil dos pacientes, onde foram identificados que 52 (94,5%) dos indivíduos eram clínicos e 03 (5,5%) cirúrgicos, sendo eles 34 (61,8%) da classe funcional II do ICC e 21 (38,4%) da Classe funcional III.

De acordo com as características antropométricas apresentadas na Tabela 2, a média da idade total dos pacientes é de 53,52 ($\pm 14,87$) com a mínima idade de 24 e máxima

Tabela 1. Características da amostra

Variáveis qualitativas	N=55	%
Sexo		
Masculino	23	41,8
Feminino	32	58,2
Perfil		
Clínico	52	94,5
Cirúrgico	03	5,5
Classe Funcional*		
CF II	34	61,8
CF III	21	38,2

*Classificação Funcional (CF) dada pela New York Heart Association (NYHA)

de 86. O peso é de 66,37($\pm 15,11$) com o mínimo de 45kg e máximo de 106,5kg. Já a altura possui média de 1,60m ($\pm 0,067$), sendo 1,49m a mínima e 1,75m a máxima. O IMC é tido com uma média de 24,61 ($\pm 5,68$), 15 sendo o mínimo e 37 o valor máximo.

Tabela 2. Características da amostra

Variáveis quantitativas	Média	Dp	Mín	Máx
Idade	53,52	14,87	24	86
Peso	66,37	15,11	45	106,5
Altura	1,60	0,067	1,49	1,75
IMC*	24,61	5,68	15	37

*Índice de massa corpórea

Conforme a etiologia da ICC dos pacientes pesquisados, verifica-se na Tabela 3 que 23 (42,6%) dos indivíduos entrevistados apresentavam Miocardiopatia Chagásica (MCC) como a causa principal da ICC, seguido por 15 (27,8%) indivíduos portadores de Valvulopatias, 9 (16,7%) por Hipertensão (HAS), 6 (11,1%) desenvolveram ICC após um Infarto agudo do miocárdio (IAM), 3 (5,6%) por

MiocardioPatia Dilatada (MCD), 1 (1,9%) sendo de etiologia Viral e 1 (1,9%) Peri-parto.

Tabela 3. Etiologia e comorbidades da amostra

Variáveis	N=55	%
Etiologias		
MCC	23	42,6
Valvulopatias	15	27,8
HAS	09	16,7
IAM	06	11,1
MCD	03	5,6
Viral	01	1,9
Peri-parto	01	1,9
Comorbidades		
Ex-tabagista	22	40
Obesidade	20	36,4
DM	09	16,4
Insuficiência Vascular	07	12,7
DLP	06	10,9
AVE	06	10,9
Febre Reumática	05	9,1
Tabagista	04	7,3
Neoplasia	02	3,6
DPOC	01	1,8
DAC	01	1,8
IRA	01	1,8
IRC	01	1,8
Reumatismo	01	1,8

MCC – MiocardioPatia Chagásica; HAS – Hipertensão; IAM – Infarto Agudo do Miocárdio; MCD – MiocardioPatia Diatada; DM – Diabetes Mellitus; DLP – Dislipidemia; AVE – Acidente Vascular Encefálico; DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; DAC – Doença Arterial Coronariana; IRA – Insuficiência Renal Aguda; IRC – Insuficiência Renal Crônica.

Na avaliação das comorbidades, vista na Tabela 3 observa-se que 22 (40%) são ex-tabagistas, 20 (36,4%) pacientes são obesos, 9 (16,4%) são portadores de DM, 7 (12,7%) são portadores de Insuficiência Vascular, 6 (10,9%) possuem Dislipidemia (DLP), 6 (10,9%) sofreram em algum momento da vida o Acidente Vascular Encefálico (AVE), 5

(9,1%) referiram ter tido Febre Reumática, 4 (7,3%) são Tabagistas, 2 (3,6%) portadores de alguma Neoplasia, 1 (1,8%) possuem Reumatismo, 1 (1,8%) é portador de Insuficiência Renal Aguda, mas sem necessidade de Diálise, 1(1,8%) é portador de Insuficiência Renal Crônica, 1 (1,8%) possui Doença Arterial Coronariana (DAC) e 1 (1,8%) possui Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC).

Na análise da disfunção ventricular quanto a Fração de ejeção, visto que somente 46 pacientes tinham exames de Ecocardiograma para confirmar o grau da disfunção sistólica e diastólica. Sendo que foram divididos em dois grupos de acordo com a Classe Funcional. Segundo a tabela 4, no Grupo 1, na CFII, 16 (57,1%) possuíam a disfunção de origem sistólica, e 12 (42,9%) possuíam a disfunção de origem diastólica. Já no grupo 2, 13 (72,2%) pacientes com disfunção sistólica e 05 (27,8%) com disfunção diastólica. Na disfunção diastólica o predomínio é do sexo feminino com 13 (76,5%) e 4 (23,5 %) do masculino.

Tabela 4. Classificação de acordo com a disfunção da amostra

Variáveis	N=46	%
CF II*		
Sistólico	16	57,1
Diastólico	12	42,9
CF III*		
Sistólico	13	72,2
Diastólico	05	27,8

*Classificação Funcional (CF) dada pela New York Heart Association (NYHA)

Tabela 5. Relação entre as variáveis do MLHFQ

Variáveis	Grupos				p-valor
	CF II*		CF III*		
	Media	Desvio Padrão	Media	Desvio Padrão	
Dimensão Física	21,29	9,63	28,19	8,09	0,008
Dimensão Psicológica	12,97	7,08	15,43	7,01	0,215
Escore Global	50,47	20,31	64,33	17,68	0,013

* Classificação Funcional (CF) dada pela New York Heart Association (NYHA)

No primeiro grupo visto na Tabela 5 (CF II) a média da dimensão física foi de 21,9 (\pm 9,63) e no segundo grupo (CF III) foi de 28,19 (\pm 8,09). A média da dimensão psicológica foi 12,97 (\pm 7,08) e 15,43 (\pm 7,01) respectivamente. Já o escore total a média foi de 50,47 (\pm 20,31) no grupo 1, e de 64,33 (\pm 17,68) no grupo 2. Com isso mostra que o p-valor não foi significativo ($p=0,215$) para a variável dimensão psicológica. Conclui-se que na qualidade de vida o que mais influencia a ICC é a limitação física.

DISCUSSÃO

Os resultados do estudo mostram que a incidência de ICC é maior no sexo feminino, de acordo com Figueroa e cols, observou-se que a ICC é mais prevalente nas mulheres e aumenta de frequência em cada década de vida.⁵ Sendo que na amostra feminina o que prevalece é a disfunção diastólica, vista nos presentes resultados.

Na amostra avaliada a prevalência da disfunção sistólica foi maior que a diastólica, segundo estudos de Schmidt, demonstra que 30 à 50% dos estudos epidemiológicos da comunidade são ICC de disfunção sistólica. Estes pacientes apresentam pior prognóstico

em relação a disfunção diastólica, sendo necessária uma abordagem clínica diferenciada, pois seus sinais clínicos são mais evidentes¹⁵. Requerendo hospitalizações freqüentes e afetando a expectativa de vida do paciente.¹⁴

No presente estudo, a faixa etária dos indivíduos com ICC representam uma variação de 24 a 86 anos, com média de 53,52 anos. Segundo, Helito e cols¹⁶, as idades dos pacientes mostram uma variação de 35 a 67 anos, com média de 52 anos. Entretanto, Soares e cols¹ observou que a predominância foi de 60 a 79 anos identificada como 56,7% dos pacientes com ICC.

As comorbidades mais freqüentes desta pesquisa foram ex-tabagismo, dislipidemia, obesidade e diabetes mellitus no perfil dos pacientes acima de 52 anos. Santos et al relata que o prognóstico quando associado à idade avançada, às comorbidades e à cada grau da ICC, aumentam o índice de mortalidade.¹⁰ De acordo com Zaslavsky & Gus¹⁷, comprovou que as doenças cardíacas, principalmente a ICC são as maiores causas de índice de internamento hospitalar, mortalidade e morbidade. Scattolin e cols afirmam que a incidência e a prevalência da IC

umenta progressivamente com a idade, e após os 65 anos causa impacto na qualidade de vida do paciente, levando as limitações físicas e psicológicas associados à doença.¹⁸

Quando comparados neste estudo, os resultados da qualidade de vida têm maior interferência na dimensão física do que na dimensão psicológica. Portanto, dificulta a realização das atividades diárias ou a realização de atividades físicas. De acordo com Soares e cols.¹ a intolerância a atividade física foi identificada em 88,2% dos pacientes analisados, justificada pelo desconforto respiratório, fadiga e palpitações durante a realização das atividades diárias em virtude da ICC, pois, observa-se que 43,3% eram ICC CF II e 43,3% pacientes ICC CF III, foram caracterizados por presença de sintomas e limitações físicas aos pequenos esforços.^{1, 18}

Além dos fatores físicos, envolvidos na diminuição da capacidade do indivíduo para realizar as atividades físicas diárias, existe o fator psicológico, como o medo, ansiedade e depressão relacionados com o estado de saúde alterado.²⁰ Durante a aplicação do questionário foi observado à dificuldade de compreensão das questões devido à diminuição significativa do cognitivo. Segundo Gorkin et al.¹⁹ foram analisados 150 indivíduos com ICC CF II / III, onde tiveram piora significativa do déficit de atenção. Comprovando assim, através do estudo de Almeida e Tamai¹³ que a ICC está associada ao comprometimento cognitivo, porém em nosso estudo a dimensão psicológica quando comparada na CF II e CF III a diferença não foi significativa (p-valor = 0,215).

Dados do presente estudo indicam que a qualidade de vida no ICC obteve melhores respostas em indivíduos que pertenciam a CF II. Segundo Santos e cols,¹⁰ em seu estudo, a Classificação do NHYA através do esquema de classificação geral categoriza pacientes em termos de sintomas associados as atividades diárias. Quando comparadas essas classes existem diferenças significativas vistas em diversos estudos quanto à qualidade de vida. Bennet e cols²¹ encontraram diferenças significativas em seus estudos quando comparados entre elas, foi observado que na CF I apresentava menos impacto, enquanto que a CF IV não foi levado em consideração devido às dificuldades físicas dos pacientes em realizar as técnicas para avaliação dos testes.

CONCLUSÃO

Este estudo demonstra que a ICC reduz a qualidade de vida, causando limitações na execução de suas atividades de vida diária e na relação interpessoal, principalmente em pacientes da CF III. Considerando através das práticas baseadas na melhor evidência científica disponível, existe redução dos custos com a doença quando ele é acompanhado de forma regular e quando há a forma correta de tratamento da ICC, bem como realizando o uso correto das medicações e seguindo das orientações devidas, para melhora dos sinais clínicos que limitam a sua função nas atividades diárias. Através deste estudo faz-se importante a sinalização aos profissionais de saúde para que percebam a necessidade de orientar e aconselhar sobre a melhor forma de se conviver com a ICC tendo uma boa qualidade de vida.

AGRADECIMENTOS

O estudo foi conduzido com o apoio do Hospital Santa Izabel e da Pós graduação em Fisioterapia Hospitalar pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Agradecemos em particular a Prof. Sandra Oliveira pelas sugestões úteis, dedicação e colaboração com o trabalho.

REFERÊNCIAS:

1. SOARES, D.A. et al. **Qualidade de vida de portadores de insuficiência cardíaca** Acta Paul Enferm 2008;21(2):2438. <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000200002>
2. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Morbidades hospitalares 2008 na cidade de Salvador**. In. Instituto Brasileiro Geografia e Estatística (IBGE), 2008. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>
3. BARRETO, A. C. P. et al. **II Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia para o Diagnóstico e Tratamento da Insuficiência Cardíaca** Arq. Bras. Cardiol. 2002, vol.79, suppl.4, pp. 1-30. ISSN0066-782X <<http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2002/7905/default.asp>>
4. GUYTON, A.C. e HALL, J.E. **Tratado de Fisiologia Médica**, Ed. Guanabara Koogan, 9ª edição: 245-253,286.
5. FIGUEROA, M.S. and PETERS, J.I. **Congestive Heart Failure: Diagnosis, Pathophysiology, Therapy, and Implications for Respiratory Care** Respiratory Care April 2006. Vol.51nº4<www.rcjournal.com/contents/04.06/04.06.0403.pdf>
6. **I DIRETRIZ LATINO-AMERICANA PARA AVALIAÇÃO E CONDUTA NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA** Arq Bras Cardiol. 2005;85.<http://neu.saude.sc.gov.br/arquivos/i_dir_latino_amer_ins_cardiaca_2005.pdf>
7. KUZNETSOVA, T. e cols, **Prevalence of Left Ventricular Diastolic Dysfunction in a General Population** Circulation: Heart Failure. 2009; 2:105-112 Fevereiro/2009
8. BARRETO, A.C.P., et al. **II Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia para o Diagnóstico e Tratamento da Insuficiência Cardíaca** Arq. Bras. Cardiol. 2002, vol.79, suppl.4, pp. 1-30. ISSN 0066-782X <<http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2002/7905/default.asp>>
9. SMITH, S.C. e cols **AHA/ACC Scientific Statement: AHA/ACC guidelines for preventing heart attack and death in patients with atherosclerotic cardiovascular disease: 2001 update: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association and the American College of Cardiology.** Circulation. 2001; 104:1577–1579.<<http://content.onlinejacc.org/cgi/content/full/47/10/2130>>
10. SANTOS, J.J.A. e cols, **Quality of Life and Clinical Indicators in Heart Failure: a Multivariate Analysis**, Arq Bras Cardiol 2009; 93(2) : 159-166 <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2009000800015&script=sci_arttext&tln_g=en>
11. DANTAS, R.A.S. e cols, **Research on quality of life: review on the scientific production of public universities in São Paulo State** Rev. Latino-Amer. Enf. vol.11 no.4 Ribeirão Preto July/Aug. 2003<<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104->

- [11692003000400017&script=sci_arttext&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-282X2003000400017&script=sci_arttext&tlng=en)>
12. CARVALHO, V.O. e cols. **Validação da Versão em Português do Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire** Arq Bras Cardiol 2009;93(1):39-44 < www.arquivosonline.com.br/2009/9301/pdf/9301008.pdf >
 13. ALMEIDA, O.P., **Congestive Heart Failure and cognitive functioning amongst older adults**, Arq. Neuro-Psiquiatr. Vol.59 nº 2B, SP, Junho/2001 < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-282X2001000300003&script=sci_i&tlng=en >
 14. MESQUITA, E.T. e cols; **Insuficiência Cardíaca com Função Sistólica Preservada** Arq Bras Cardiol vol 82 nº4, abril/2004 < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2004000500014&script=sci_arttext&tlng=en>
 15. SCHMIDT, A. **Systolic and diastolic heart failure in hypertensive patients differential diagnosis and treatment** Rev Bras Hipertens vol 8(4): Outubro/dezembro 2001
 16. HELITO, R.A.B. ET AL.,. **Quality of life in heart transplant candidates**, Rev. Bras Cir Cardiovasc 2009; 24(I): 50-57 < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-76382009000100010&script=sci_arttext&tlng=en>
 17. ZASLAVSKY, C e GUS, I. **Idoso. Doença cardíaca e Comorbidades**. Arq Bras Cardiol 2002, 79: 635-9 < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2002001500011&script=sci_arttext&tlng=en>
 18. SCATTOLIN, F.A.A. e cols, **Correlation between instruments for measuring health-related quality of life and functional independence in elderly with heart failure**, Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23 (11):2705-2715, nov 2007. < http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2007001100018&script=sci_arttext&tlng=en>
 19. GORKIN L.N.K. e cols, **Avaliação da qualidade de vida, como observado a partir dos dados de base dos estudos de disfunção ventricular esquerda (SOLVD) Prova da qualidade de vida substudy**. Am J Cardiol 1993; 71:1069-1073.
 20. SCHALL, R.R e cols, **Função cognitiva em pacientes com miocardiopatia dilatada, antes e após o transplante cardíaco**. J Am Coll Cardiol 1989; 14: 1666-1672
 21. BENNET S.J, e cols **Discriminant properties of commonly used quality of life measures in heart failure**. Qual Life Res. 2002; 11 (4): 349-59.