

Qualidade de vida e nível de atividade física de pacientes portadores de insuficiência cardíaca crônica

Quality of life and physical activity level in patients with chronic heart failure

LIMA, Pollyana Barbosa de¹, MORAIS, Elizabeth Rodrigues de²

Resumo

Introdução e objetivo: Portadores de Insuficiência Cardíaca (IC) sofrem modificações no padrão de vida normal, em virtude da incapacidade de realizar tarefas cotidianas decorrentes de sinais e sintomas como dispneia e fadiga, podendo comprometer a qualidade de vida. Sabe-se que a prática regular de exercício físico melhora a capacidade funcional e, conseqüentemente, a qualidade de vida. Objetivou-se avaliar a qualidade de vida e o nível de atividade física de portadores de insuficiência cardíaca do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (Ambulatório IC/HC). **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal. Participaram da pesquisa, 32 portadores de IC com média de idade de $53,56 \pm 9,58$ anos, sendo 53,1% do sexo feminino. Para avaliação da qualidade de vida, foi utilizado o questionário *Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire* (MLHFQ) e, para avaliação do nível de atividade física, foi utilizado o *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ curto). **Resultados:** A média do escore de qualidade de vida foi de $38,0 \pm 17,8$, sendo que 71,8% apresentaram escore abaixo de 50. Encontrou-se, na dimensão física, escore de $16,7 \pm 9,0$ e, na dimensão emocional, $7,8 \pm 4,6$. Ao avaliar o nível de atividade física dos portadores de IC, 65,7% (n=21) foram considerados sedentários ou irregularmente ativos e 34,3% (n=11) considerados ativos ou muito ativos. A qualidade de vida não foi melhor nos indivíduos ativos. **Conclusão:** Os pacientes portadores de IC do Ambulatório IC/HC apresentaram qualidade de vida satisfatória, com QV semelhante nos aspectos físicos e emocionais; porém, apresentaram nível de atividade física insatisfatório.

Palavras-chave: Insuficiência cardíaca; Atividade física; Qualidade de vida.

¹ Fisioterapeuta. Graduada pela Universidade Estadual de Goiás (UEG). Residente em Urgência e Trauma do Hospital de Urgência de Goiânia (HUGO). Goiânia, Goiás, Brasil.

² Fisioterapeuta. Docente do curso de Fisioterapia da Universidade Estadual de Goiás (UEG) e Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO). Doutoranda em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás. Goiânia, Goiás, Brasil. Email: elizabeth.r.morais@hotmail.com e elizabeth.r.morais@gmail.com

Abstract

Introduction and objective: Patients with heart failure (HF) go through changes in their life pattern due to the inability to perform daily tasks arising from signs and symptoms such as dyspnea and fatigue, which may impair the quality of life. It is known that regular physical activity improves functional capacity and consequently the quality of life. This study aimed to evaluate the quality of life and level of physical activity in patients with heart failure from Hospital das Clínicas of Universidade Federal de Goiás (Ambulatório IC/HC). **Methods:** This was a cross-sectional study. Thirty two HF patients have participated in this survey with a mean age of 53.56 ± 9.58 years, 53.1 % female. To assess quality of life it was used the Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire (MLHFQ) and to evaluate the level of physical activity it was used the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ short). **Results:** The mean score of quality of life was 38.0 ± 17.8 , in which 71.8% have presented scores below 50. It was found in the physical domain a score of 16.7 ± 9.0 and emotional domain 7.8 ± 4.6 . When evaluating the level of physical activity of patients with HF, 65.7% (n=21) were considered sedentary or irregularly active and 34.3% (n=11) were considered active or very active. The quality of life was not better in active individuals. **Conclusion:** Patients with HF from Ambulatório IC/HC had satisfactory quality of life, with similar physical and emotional aspects of QOL, however, they have presented unsatisfactory level of physical activity.

Keywords: Heart failure; Physical activity; Quality of life.

Introdução

A Insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome clínica complexa caracterizada pela incapacidade do coração em encher-se ou de ejetar quantidade suficiente de sangue para atender às demandas metabólicas periféricas, ou realiza essa função com altas pressões de enchimento. É a via final comum da maioria das doenças cardíacas, sendo considerada uma epidemia em crescimento ¹. Estima-se que 6,4 milhões de brasileiros sejam portadores de IC, sendo que, em 2007, a doença foi a terceira maior causa de internação no Brasil, portanto, um importante problema de saúde pública ².

Em geral, os portadores dessa disfunção sofrem modificações em seu padrão de vida normal, em virtude da incapacidade de executar determinadas tarefas cotidianas decorrentes dos sinais e sintomas como dor ou desconforto precordial, dispneia, ortopneia, palpitação, síncope, fadiga e edema ². Além disso, todas as alterações fisiológicas, que ocorrem em função do processo de adoecimento, trazem, ao indivíduo, uma condição crônica de doença com a qual terá que aprender a conviver. O tempo prolongado de tratamento e certas mudanças no seu estilo de vida alteram o modo de viver desse indivíduo e das pessoas que convivem com ele ³.

Os portadores de IC apresentam limitações físicas para realização das atividades de vida diária e, também, problemas psicológicos, como depressão, ansiedade, medo da morte e tristeza ⁴⁻⁶. Sendo assim, tanto aspectos físicos quanto emocionais são afetados pela doença, fato que compromete a qualidade de vida de seus portadores.

Destaca-se a importância em avaliar a qualidade de vida, no contexto da saúde, pois avalia o paciente nas dimensões íntima, interativa, social e física. Pode-se observar como o paciente se comporta perante a si mesmo e perante o mundo que o cerca, levando em consideração as relações interpessoais e como o mundo que ele vive interfere em seu estado íntimo, físico e social ⁷. A Organização Mundial da Saúde conceitua a qualidade de vida como: “percepção do indivíduo de

sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas padrões e preocupações”⁸.

A prática regular de atividade física, por sua vez, possui estreita relação com a prevenção de problemas de saúde, interferindo no processo de saúde-doença. O sedentarismo é fator de risco para doenças cardiovasculares, sendo, a atividade física, um componente inerente aos programas de reabilitação cardiovascular (PRC), com potencial impacto positivo na qualidade de vida ⁹.

De acordo com a *American Heart Association* (AHA), indivíduos de 18 a 65 anos devem manter um estilo de vida ativo, realizando atividade física (AF) moderada por, no mínimo, 30 minutos, por cinco vezes na semana (acumulando 150 minutos) ou AF vigorosa por, no mínimo, 20 minutos, pelo menos, três dias na semana, de forma contínua ou acumulada, em blocos mínimos de 10 minutos ¹⁰.

Identificar o nível de atividade física e a qualidade de vida em portadores de IC é pertinente, uma vez que permite avaliar a necessidade de implementar medidas que interfiram, positivamente, nesse perfil.

Sendo assim, este estudo objetivou avaliar a qualidade de vida e o nível de atividade física dos pacientes portadores de IC atendidos no Ambulatório de Insuficiência Cardíaca do Hospital das Clínicas de Goiânia.

Métodos

Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo descritivo e transversal realizado no Ambulatório de Insuficiência Cardíaca do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (Ambulatório IC/HC), nos meses de agosto e setembro de 2011. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, sob o n.º 079/2011. O Hospital das Clínicas de Goiânia é um hospital público, federal do Estado de Goiás, que desenvolve assistência à saúde, desde a atenção primária até procedimentos de alta complexidade. Está vinculado ao Sistema Único de Saúde e atende, além da população do Estado de Goiás, regiões circunvizinhas, sendo, portanto, um hospital de referência.

O serviço de atendimento médico aos pacientes portadores de insuficiência cardíaca ocorre no Ambulatório de Insuficiência Cardíaca do Hospital das Clínicas, uma vez por semana. O dia de atendimento é às quintas-feiras, no período matutino, sendo realizada, uma média de oito a doze atendimentos por dia.

Amostra

Participaram do estudo, 32 portadores de insuficiência cardíaca, amostra de conveniência, em atendimento regular no Ambulatório de Insuficiência Cardíaca do Hospital das Clínicas de Goiânia-Goiânia- GO. Estava cadastrado, no serviço Ambulatório IC/HC, um total de 180 pacientes.

Foram incluídos, na amostra, pacientes atendidos no Ambulatório IC/HC, com diagnóstico médico, de insuficiência cardíaca, mediante ecocardiografia, de qualquer etiologia e classe funcional, ambos os sexos, idade de 18 a 69 anos. Participaram da pesquisa, somente pacientes com estabilidade clínica, sem internações ou alterações da medicação, nos últimos três meses, que deveriam ser capazes

de responder, verbalmente, aos questionários e aceitarem participar, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram excluídos, pacientes sem o diagnóstico comprovado de IC, pacientes que não compareceram no dia da consulta agendada e pacientes com prontuários incompletos.

Procedimentos

A triagem dos pacientes foi realizada por meio do prontuário, buscando identificar os critérios supracitados. Os pacientes previamente triados foram abordados no dia da consulta médica e, somente após assinatura do TCLE, as avaliações foram realizadas.

Primeiramente, os participantes responderam a um questionário com dados pessoais, clínicos, sociais e econômicos e, posteriormente, responderam ao *Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire* (MLHFQ) e ao *International Physical Activity Questionnaire, versão curta* (IPAQ curto).

O MLHFQ é um questionário validado para indivíduos portadores de IC, composto por 21 questões de fácil aplicação e compreensão, cada questão apresenta pontuação variando de zero a cinco. As questões envolvem uma dimensão física (1 a 7, 12 e 13); uma dimensão emocional (17 a 21), e outras, referentes a questões como sono, efeitos colaterais de medicamentos e hábitos (8, 9, 10, 11, 14, 15 e 16). Assim, a pontuação total varia de 0 a 105, a dimensão física varia de 0 a 45, a dimensão emocional de 0 a 25 e outras de 0 a 35, sendo que quanto maior a pontuação alcançada pelo paciente pior a sua qualidade de vida ⁷.

O IPAQ curto é um instrumento validado no Brasil que permite identificar o tempo semanal gasto na realização de caminhada e atividade física de intensidade física de moderada a vigorosa. A classificação do nível de atividade física seguiu as recomendações do Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (apud Matsudo et al., 2002). Assim, a classificação foi: sedentário, irregularmente ativo, ativo e muito ativo ¹¹. Consideram-se, portanto, satisfatórios, quando são ativos ou muito ativos.

Ao final do IPAQ curto, foram questionados se receberam orientações da equipe do Ambulatório IC/HC para realizarem alguma forma de atividade física; se participavam de programa de reabilitação cardíaca e, se não realizavam qualquer atividade física, quais os motivos.

Para que os pacientes entrevistados não se confundissem, diante das variáveis de cada pergunta, optou-se pelo método de entrevista, realizado pelo mesmo examinador. Os questionários foram posicionados, dentro do campo visual dos participantes, para que se certificassem das marcações das respostas dadas.

Análise Estatística

Os resultados foram expressos em média \pm desvio padrão, valores mínimos e máximos e porcentagens. Os dados foram analisados pelo software SPSS v 16.0, Chicago IL, USA (*Statistical Package of Social Sciences*). Para a análise de normalidade, foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov. E, para certificação desses dados, foram utilizados o Qui-quadrado, Teste t *Student* e ANOVA, por apresentarem distribuição normal. Considerou-se um nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Para correlações de variáveis, aplicou-se coeficiente de correlação de Pearson, considerando-se os seguintes parâmetros: $r < 0,30$ fraca; r de 0,30 a 0,60 moderada; r de 0,60 a 0,9 forte e $> 0,9$ muito forte ¹².

Resultados

Um total 64 pacientes estava agendado para consultas nos meses de agosto e setembro. Desses, 32 não se enquadraram nos critérios de inclusão, sendo avaliados; portanto, os outros 32 portadores de IC.

Conforme demonstrado na tabela 1, a média de idade apresentada pela amostra foi de $53,5 \pm 9,6$ anos, variando de 35 a 69 anos. A amostra foi equilibrada em relação aos gêneros, predominando a etiologia chagásica e a classe funcional II. Dentre os medicamentos, houve predomínio de diuréticos, espirolactona e betabloqueadores. Os fatores de risco e comorbidades mais frequentes foram hipertensão arterial sistêmica e tabagismo/ex- tabagismo.

A fração de ejeção do ventrículo esquerdo foi classificada em fração de ejeção preservada (FEVEP), quando a fração de ejeção apresentou-se maior que 50% e fração de ejeção do ventrículo esquerdo reduzida (FEVER), quando a fração de ejeção encontrava-se menor que 50%, de acordo com o recomendado por Bochi et al. ¹ (tabela 1). A média de idade dos grupos FEVEP e FEVER foi semelhante, $51,8 \pm 8,6$ e $54,6 \pm 10,1$, respectivamente, ($p=0,42$).

Em relação às características sociodemográficas, predominaram baixa renda e baixa escolaridade, a maioria era casada e aposentada (tabela 2).

A média de qualidade de vida encontrada foi de $38,0 \pm 17,8$ de escore total, $16,7 \pm 9,0$, na dimensão física, e $7,8 \pm 4,6$, na dimensão emocional, como mostra a tabela 3. Não houve diferença de qualidade de vida, entre os pacientes com FEVEP e FEVER. Os pacientes que apresentaram escore total menor que 50 representaram 71,8% do total ($n=23$).

A qualidade de vida, também, foi semelhante entre os gêneros, tanto no escore total quanto nas dimensões física e emocional. A média masculina foi de $35,1 \pm 17,8$, para o escore total, e a feminina foi de $40,5 \pm 18,0$ ($p=0,45$). Já a dimensão física do gênero masculino foi de $16,8 \pm 9,3$ e do feminino foi de $16,7 \pm 9,1$ ($p=0,99$). A dimensão emocional masculina foi de $6,7 \pm 3,7$ e a feminina $8,8 \pm 5,2$ ($p=0,18$).

Em relação à classificação dos pacientes, quanto ao nível de atividade física, observou-se predomínio de sedentários: 40,6% ($n=13$), os irregularmente ativos somaram 25% ($n=8$), os ativos 32% ($n=10$) e muito ativos 3,2% ($n=1$) ($p=0,05$).

Quando questionados se receberam algum tipo de orientação para realizarem alguma forma de atividade física, 75% ($n=24$) responderam que sim. Já os que responderam que não foram orientados em qualquer momento a praticarem atividade física somaram 25% ($n=8$). Do total de pacientes, somente 18,7% ($n=6$) participavam de programa de reabilitação cardíaca há, no mínimo, três meses.

Quando perguntados por que não realizavam atividade física, 53,8% dos pacientes ($n=14$) disseram ser por falta de tempo, 46,1% dos pacientes ($n=12$) disseram ser por falta de ânimo, 30,8% dos pacientes ($n=8$) disseram que não queriam realizar e 15,4% dos pacientes ($n=4$) disseram que se sentiam mal ao realizar qualquer tipo de atividade física. Dos pacientes participantes da pesquisa, que não realizavam atividade física, 10 responderam mais de um motivo para não realizarem.

Tabela 1 | Perfil clínico.

| | média ± desvio padrão ou n (%) |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Idade | 53,5±9,6 anos |
| <60 anos* | 21 (65,6) |
| >60 anos | 11 (34,4) |
| Masculino* | 15 (46,9) |
| Feminino | 17 (53,1) |
| FEVE (n=32) | 47,3±14,3 |
| FEVE>50% (n=12) | 62,2±7,1 |
| Masculino | 7 (58,3) |
| Feminino | 5 (41,7) |
| FEVE<50% (n=20) | 37,7±7,7 |
| Masculino | 10 (50) |
| Feminino | 10 (50) |
| Classe funcional (NYHA)* | n (%) |
| I | 05 (15,6) |
| II | 19 (59,4) |
| III | 08 (25) |
| Etiologia* | n (%) |
| Chagásica | 15 (46,9) |
| Hipertensiva | 07 (21,9) |
| Isquêmica | 05 (15,6) |
| Idiopática | 04 (12,5) |
| Valvular | 01 (3,1) |
| Medicamentos* | n (%) |
| Diurético | 28 (84,8) |
| Espironolactona | 18 (54,5) |
| Betabloqueador | 18 (54,5) |
| IECA | 16 (48,4) |
| Digitálico | 15 (45,5) |
| BRA | 08 (24,2) |
| Vasodilatadores | 08 (24,2) |
| Comorbidades/fatores de risco* | |
| Hipertensão arterial sistêmica | 19 (59,3) |
| Tabagismo/ex- tabagismo | 14 (43,7) |
| Marcapasso | 09 (28,1) |
| Diabetes Mellitus | 05 (15,6) |
| Infarto agudo do miocárdio prévio | 06 (18,7) |
| Acidente vascular encefálico | 03 (9,3) |
| Doença pulmonar obstrutiva crônica | 02 (6,2) |
| Dislipidemia | 01(3,1) |

FEVE: fração de ejeção do ventrículo esquerdo; FEVE>50%: fração de ejeção do ventrículo esquerdo maior que 50%; FEVE<50%: fração de ejeção menor que 50%; NYHA: Classe funcional de acordo com a New York Heart Association; IECA: inibidor da enzima conversora de angiotensina; BRA: bloqueador dos canais da angiotensina,* p<0,05

Tabela 2 | Características socioeconômicas.

| Renda* | Frequência | % |
|---------------------------|-------------------|----------|
| 1-2 salários | 23 | 71,9 |
| 3-4 salários | 9 | 28,1 |
| Escolaridade* | | |
| Analfabeto | 5 | 15,6 |
| Ensino fund incompleto | 17 | 53,2 |
| Ensino fund completo | 4 | 12,5 |
| Ensino fund completo | 4 | 12,5 |
| Ensino médio completo | 1 | 3,1 |
| Ensino sup completo | 1 | 3,1 |
| Situação conjugal* | | |
| Solteiro | 04 | 12,5 |
| Casado | 23 | 71,87 |
| Divorciado | 01 | 3,12 |
| Viúvo | 04 | 12,5 |
| Ocupação* | | |
| Aposentado | 18 | 56,2 |
| Do lar | 04 | 12,6 |
| Outros | 10 | 31,2 |

fund: fundamental; sup: superior; *p<0,05

Tabela 3 | Média \pm desvio padrão de qualidade de vida total e suas subescalas.

| MLHFQ | n=32 | FEVE>50% (n=12) | FEVE<50% (n=20) | p |
|--------------------|-----------------|---------------------------|---------------------------|----------|
| Total | 38,0 \pm 17,8 | 35,0 \pm 18,2 | 39,8 \pm 17,8 | 0,48 |
| Dimensão física | 16,7 \pm 9,0 | 14,0 \pm 7,9 | 18,4 \pm 9,4 | 0,16 |
| Dimensão emocional | 7,8 \pm 4,6 | 7,4 \pm 5,4 | 8,1 \pm 4,2 | 0,69 |

MLHFQ: *Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire*; FEVE>50%: fração de ejeção maior que 50%; FEVE<50%: fração de ejeção menor que 50%, p>0,05

Ao relacionar a qualidade de vida dos pacientes avaliados com o nível de atividade física apresentado, observa-se que pacientes sedentários apresentaram maior escore de qualidade de vida, o que demonstra pior qualidade de vida; porém, sem significância estatística (tabela 4).

Ao comparar o grupo de pacientes que participava de PRC com o grupo que não participava, dos seis pacientes que participavam de PRC, há, no mínimo, três meses (n=6), quatro foram classificados como ativos ou muito ativos. Já o grupo de pacientes que não participava de PRC (n=26), somente sete foram classificados como ativos ou muito ativos, (tabela 5).

Observou-se que a qualidade de vida foi semelhante nos dois grupos, tanto no escore total quanto nas subescalas (tabela 6).

As correlações dos escores do MLHFQ e IPAQ com as variáveis clínicas encontram-se na tabela 7.

Tabela 4 | Média de qualidade de vida de acordo com a classificação do IPAQ curto.

| IPAQ curto | n (%) | MLHFQ |
|----------------------|--------------|--------------|
| Sedentários | 13 (40,6) | 41,3±19,0 |
| Irregularmente ativo | 08 (25) | 36,0±19,2 |
| Ativo | 10 (31,2) | 36,5±16,9 |
| Muito ativo | 1 (3,2) | 26,00 |

IPAQ: *International Physical Activity Questionnaire*, versão curta; MLHFQ: *Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire*, p=0,79

Tabela 5 | Classificação obtida no IPAQ de acordo com a participação em programas de reabilitação cardiovascular.

| Classificação | PRC (n=6) n (%) | Não PRC (n=26) n (%) |
|-----------------------|----------------------------|---------------------------------|
| Sedentários | 1 (16,7) | 11 (42,4) |
| Irregularmente ativos | 0 (0) | 8 (30,7) |
| Ativo | 4 (66,6) | 7 (26,9) |
| Muito ativos | 1 (16,7) | 0% (0) |

PRC: programa de reabilitação cardíaca; p>0,05

Tabela 6 | Comparação entre a qualidade de vida do grupo que realiza PRC e o grupo que não realiza.

| | MLHFQ total | Dimensão física | Dimensão emocional |
|----------------|--------------------|------------------------|---------------------------|
| PRC (n=6) | 38,7±23,8 | 17,7±13,1 | 7,5±4,5 |
| Não PRC (n=26) | 39,7±17,2 | 17,5±8,5 | 8,3±4,6 |

MLHFQ: *Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire*; PRC: programa de reabilitação cardíaca; p> 0,05

Tabela 7 | Correlação (r) entre qualidade de vida e nível de atividade física com as variáveis clínicas.

| Variáveis | MLHFQ | Física | Emocional | IPAQ curto |
|------------------|--------------|---------------|------------------|-------------------|
| Idade | -0,32 | -0,42* | -0,05 | 0,40* |
| CF | 0,32 | 0,41* | 0,22 | -0,21 |
| FEVE | -0,27 | -0,40* | -0,16 | 0,03 |
| Medicamentos | 0,43* | 0,45* | 0,30 | -0,03 |
| Comorbidades | 0,01 | 0,03 | 0,009 | -0,20 |

MLHFQ: *Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire*; IPAQ: *International Physical Activity Questionnaire*, versão curta; CF: classificação funcional; FEVE: fração de ejeção do ventrículo esquerdo; *p<0,05.

Discussão

Observa-se um interesse crescente em avaliar qualidade de vida de portadores de doenças crônicas, uma vez que permite avaliar se a terapêutica utilizada está de acordo com as suas expectativas individuais. Considerando que a pontuação máxima do MLHFQ é 105 e que quanto maior o escore pior a qualidade e vida, foram observados, na presente pesquisa, níveis relativamente satisfatórios de QV (38,0± 17,8 de escore total). Apesar de não existirem pontos de corte, observa-se que 71,8% da amostra apresentaram escore abaixo de 50. Esse resultado indica que a doença impacta pouco na qualidade de vida dos pacientes avaliados. Este estudo está em conformidade com outros achados, como os de Santos et al.¹³, que encontraram, na amostra de 101 pacientes, a média de escore total do MLHFQ, que é semelhante à do presente estudo (37,5 ±18,4), sendo que 74% eram do gênero masculino, idade de 63±13 anos e FEVE 35%±5. Nogueira et al.¹⁴ encontraram escores médios de 41,86, em 46 pacientes com idade média de 52 anos, FEVE de 30,7±5,6, sendo que 52,2% eram do gênero feminino. Saccomann et al.¹⁵ encontraram média de escore total de 35,3±17,2, em 170 portadores de IC com idade de 67,5±6,2anos e FEVE de 51,2%. Já Chiodelli¹⁶ encontrou escore total de 50,3, em nove portadores de IC com idade média de 52±6anos e FEVE de 26,2±8).

Em relação ao escore da dimensão física e emocional, também, foram encontrados valores reduzidos, $16,7 \pm 9,0$ e $7,8 \pm 4,6$, respectivamente, valendo lembrar que o escore máximo da dimensão física é 45 e, da emocional, 25. Resultado semelhante foi encontrado por Saccomann et al.¹⁵, com escore de $17,0 \pm 9,3$, na dimensão física, e $6,8 \pm 5,0$, na dimensão emocional. Santos et al.¹³, também, detectaram escore da dimensão física semelhante ao atual estudo ($14,2 \pm 8,8$); porém, verificaram maiores escores na dimensão emocional ($15,1 \pm 6,4$). O resultado da presente pesquisa demonstra que tanto os aspectos físicos quanto os emocionais são igualmente afetados pela doença.

Ao comparar a qualidade de vida entre os pacientes com FEVEP e FEVER, observou-se semelhança, tanto nos escore total quanto nas dimensões física e emocional ($p > 0,05$). Sabe-se que a FEVEP (FEVE > 50%) predomina em mulheres e em indivíduos mais idosos¹⁷. Na atual pesquisa, houve equilíbrio entre idade e gênero, entre os grupos FEVEP e FEVER, fato que pode explicar a semelhança de qualidade de vida entre os dois perfis de fração de ejeção.

Na presente pesquisa, também, não houve diferença de QV, entre os gêneros masculino e feminino. Parajón et al.¹⁸ encontraram média de escore maior no sexo feminino (média=39), em comparação com o gênero masculino (média=23). No trabalho de Pelegrino et al.¹⁹, o gênero feminino apresentou escores maiores, na dimensão total do MLHFQ; porém, sem significância estatística. Já Santos et al.¹³, em concordância com a presente pesquisa, não encontraram diferenças entre os gêneros. Não há consenso, em relação ao impacto negativo da IC, quanto ao gênero.

O impacto da doença, na qualidade de vida, pode ser influenciado por múltiplos fatores, como gravidade da doença, comorbidades, etnia, tempo de diagnóstico, se recebem apoio familiar e apoio psicológico, sendo que estas últimas não foram avaliadas, especificamente, na presente pesquisa.

Observou-se que, na amostra de 32 pacientes, 11 deles foram considerados ativos ou muito ativos (34,3%), ou seja, realizavam alguma forma de atividade física, e 21 portadores de IC não realizavam qualquer atividade física ou realizavam de forma irregular (65,7%). Considerando que somente seis deles participavam de programa de reabilitação cardíaca (PRC) e 11 foram considerados ativos, isso pode ser explicado pelo fato do serviço orientar os pacientes a realizarem alguma forma de atividade física. Somente uma minoria ($n=8$) não foi orientada a realizar PRC ou exercícios regulares. Porém, observa-se uma discrepância entre os pacientes que foram orientados a realizar atividade física e os que realizam de fato alguma atividade física regular. Talvez, o serviço necessite implementar estratégias para estimular os pacientes a realizar atividades físicas.

Ao comparar a qualidade de vida entre os pacientes com diferentes níveis de atividade física, observou-se que os pacientes sedentários apresentaram maior escore de qualidade de vida; portanto, pior QV; porém, sem significância ($p > 0,05$), talvez, pelo pequeno número da amostra.

Comparando-se o grupo de pacientes, que participavam de programa de reabilitação cardíaca (PRC), com o grupo que não participava, dos seis que participavam, cinco foram classificados como ativos ou muito ativos. Esse resultado evidencia a importância dos PRC, para manter o nível de atividade física ideal. Mas um desses pacientes foi classificado sedentário, o que pode ser explicado pelo fato de um dos pacientes entrevistados não ter participado das atividades do PRC, nos sete dias anteriores à aplicação dos questionários, pois o IPAQ considera apenas as atividades físicas realizadas na semana anterior à aplicação.

Dos pacientes que não participavam de qualquer PRC ($n=26$), 19 foram classificados sedentários ou irregularmente ativos, sendo somente sete classificados ativos. Observa-se um perfil de

desmotivação e desconhecimento sobre a importância da atividade física, uma vez que os principais motivos relatados, para não realizarem atividade física, foram a falta de tempo, o desânimo, ou não queriam realizar.

Sabe-se que o treinamento físico tem potencial para melhorar as anormalidades causadas pela IC, pelo condicionamento dos músculos esqueléticos e músculos que participam da mecânica respiratória, promovendo, também, uma melhora da função hemodinâmica, modulação simpática e vagal do coração, além da sensibilidade do barorreflexo arterial²⁰⁻²¹. Estudos científicos têm enfatizado a redução significativa da morbimortalidade e melhoria da QV, em pacientes tratados com PRC em associação a outras terapias como a medicamentosa, bem como seu custo efetividade. Tais estudos credenciam a atividade física como a principal intervenção no processo de reabilitação. O tratamento, por meio de um PRC, para estes pacientes, apresenta sempre forte grau de recomendação (Grau A ou B), segundo classificação proposta pela comissão da Sociedade Brasileira de Cardiologia e Associação Médica Brasileira⁷.

O grupo que participava de PRC, curiosamente, não apresentou melhor qualidade de vida. Esse resultado, supostamente, ocorreu pela pequena amostragem, principalmente do grupo que participava de PRC, valendo lembrar que alguns pacientes do grupo não praticante de PRC, também, foram classificados como ativos, fato que pode ter contribuído para esse resultado.

Ao correlacionar os escores dos questionários MLHFQ e do IPAQ curto com as variáveis: idade, classificação funcional, fração de ejeção, número de medicamentos e as co-morbidades, observou-se que o escore total de qualidade de vida correlacionou-se com quantidade de medicamentos e a dimensão física correlacionou-se com idade, classe funcional, FEVE e medicamentos.

Pesquisa realizada por Pelegrino et al.¹⁹ encontrou fraca correlação entre qualidade de vida e idade ($r = -0,17$, $p = 0,04$). Outros estudos não encontraram correlação entre qualidade de vida e idade^{14,22}. Os resultados da presente pesquisa indicaram que a qualidade de vida foi melhor nos indivíduos de maior idade, o que pode ser explicado pelo perfil específico da amostra, uma vez que o IPAQ, também, indicou que os indivíduos de maior idade apresentaram-se mais ativos. Portanto, por terem um estilo de vida mais ativo, a qualidade de vida, também, acompanhou essa tendência.

Foi observada correlação moderada entre qualidade de vida (escore total e dimensão física) e quantidade de medicamentos utilizados, sendo que quanto maior o número de medicamentos em uso pior a qualidade de vida dos pacientes, principalmente, nos aspectos físicos. Tal resultado pode ser explicado pelo avanço em que se encontra a patologia de base, sendo necessário maior número de medicamentos.

Obeve-se correlação moderada entre fração de ejeção e classe funcional com a dimensão física do MLHFQ, evidenciando que a qualidade de vida, na dimensão física, é pior quanto menor a fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) e pior a classe funcional (CF). Outros estudos não encontraram correlação entre a qualidade de vida e a fração de ejeção^{19,23}. Sabe-se que a qualidade de vida sofre influência de múltiplos fatores, não havendo consenso na literatura em relação à FEVE e CF, interferindo isoladamente na QV.

Algumas limitações ocorreram na presente pesquisa, não foi avaliado se os pacientes estavam realizando algum tipo de terapia psicológica, fato que pode explicar o menor impacto na dimensão emocional. Sabe-se que o tempo de diagnóstico, também, pode influenciar a QV, fato, também, não avaliado na presente pesquisa. Para avaliação do nível de atividade física, utilizou-se questionário e não

sensores de movimento; portanto, a subjetividade do instrumento pode interferir na fidedignidade da avaliação. Por fim, destaca-se a pequena amostragem. Estudos com amostragem maior e com análise multivariada da QV são necessários, para identificar os fatores que mais impactam a QV de portadores de IC.

Conclusão

Diante dos resultados expostos, conclui-se que os pacientes portadores de insuficiência cardíaca do Ambulatório de Insuficiência Cardíaca do Hospital das Clínicas de Goiânia apresentaram pouco impacto da doença na qualidade de vida, com impacto semelhante nos aspectos físicos e emocionais. A maioria dos pacientes apresentou um nível de atividade física insatisfatório.

Referências

1. Bocchi EA, Marcondes-Braga FG, Ayub-Ferreira SM, Rohde LEP, Oliveira WA, Almeida DR, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. Arq Bras Cardiol. 2009;93(1 supl.1):1-71.
2. Rossi Neto JM. A dimensão do problema da insuficiência cardíaca do Brasil e do mundo. Rev.Soc Cardiol Estado de São Paulo. 2004 Jan-Fev;14(1):1-10.
3. Ribeiro DS, Mantovani MF. Caminhando para a cronicidade: as representações do adoecimento em adultos com dor torácica aguda. Cogitare Enferm. 2001 Jan-Jun;6(1):97-104.
4. Soares DA, Toledo JAS, Santos LF, Lima RMB, Galdeano LE. Qualidade de vida em portadores de insuficiência cardíaca. Acta Paul Enferm. 2008;21(2):243-8.
5. Oliveira TCT, Correia DMS, Cavalcanti ACD. Impacto da insuficiência cardíaca no cotidiano: percepção do paciente em acompanhamento ambulatorial. Rev enferm UFPE on line.. 2013 Jun;7(6):4497-7.
6. Montes Pena F, Amorim A, Fassbender C, Oliveira RFJ, Faria CAG. Insuficiência cardíaca e depressão: uma associação com desfechos negativos. Insuf Card. 2011 Nov;6(4):170-8.
7. Carvalho VO, Guimarães GV, Carrara D, Bacal D, Bocchi E. Validação da versão português do Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire. Arq Bras Cardiol. 2009 Jul;93(1):39-44.
8. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med. 1995 Nov;41(10):1403-9.
9. Campos FVS, Porto LGG. Qualidade de vida e nível de atividade física de pacientes em fase ambulatorial da reabilitação cardíaca. Rev Bras Ativ Fis Saúde. 2009;14(2):86-95.
10. Haskell WL, Lee IM, Pate RR, Powell KE, Blair SN, Franklin BA, et al. Physical activity and public health: updated adults from the American College of Sports Medicine and American Heart Association. Circulation. 2007 Aug 28;116(9):1081-93.
11. Matsudo S, Araújo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira L, Braggion, G. Questionário internacional de atividade física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. Rev Ativ Fis Saúde. 2001;6(2):5-18.
12. Callegari-Jacques, Sidia M. Bioestatística: princípios e aplicações. Porto Alegre: Artmed; 2003.

13. Santos JJA, Plewka JEA, Brofman PRS. Qualidade de vida e indicadores clínicos na insuficiência cardíaca: análise multivariada. *Arq Bras Cardiol.* 2009 Aug;93(2):159-66.
14. Nogueira IDB, Servantes DM, Nogueira PAMS, Pelcerman A, Salvetti XM, Salles F, et al. Correlação entre qualidade de vida e capacidade funcional na insuficiência cardíaca. *Arq Brás Cardiol.* 2010 Aug;95(2):238-43.
15. Saccomann ICR, Cintra FA, Gallani MCBJ. Quality of life in older adults with heart failure: assesment with a specific instrument. *Acta Paul Enferm.* 2011;24(2):179-84.
16. Chiodelli GC. Relação das forças musculares respiratória e periférica com a limitação nas atividades de vida diária em pacientes com insuficiência cardíaca [dissertação de mestrado]. Florianópolis (SC): Universidade do Estado de Santa Catarina; 2011.
17. Moura B. Insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada: um alvo em movimento. *Rev Port Cardiol.* 2013 Set;32(9):653-5.
18. Parajón T, Lupón J, González B, Urrutia A, Altimir S, Coll R. Use of the Minnesota Living With Heart Failure Quality of Life Questionnaire in Spain. *Rev Esp Cardiol.* 2004 Feb;57(2):155-60. Spanish.
19. Pelegriño VM, Dantas RAS, Clark AMC. Determinantes da qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes ambulatoriais com insuficiência cardíaca. *Rev Latinoam Enferm.* 2011 May-Jun;19(3):451-7.
20. Piña IL, Apstein CS, Balady GJ, Belardinelli R, Chaitman BR, Duscha BD, et al. Exercise and heart failure : a statement from the American Heart Association Committee on exercise, rehabilitation and prevention. *Circulation.* 2003 Mar 4;107(8):1210-25.
21. Jaenisch RB, Henteschke VS, Quagliotto E, Cavinato PR, Schmeing LA, Xavier LL, Dal Lago P. Respiratory muscle training improves hemodynamics autonomic function, baroreceptors sensitivity and respiratory mechanics in rates with heart failure. *J Appl Physiol.* 2011 Dec;111(6):1664-70.
22. Juenger J, Schellberg D, Kraemer S, Haunstetter A, Zugck C, Herzog W, Haass M. Health related quality of life in patients with congestive heart failure: comparison with other chronic diseases and relation to functional variables. *Heart.* 2002 Mar;87(3):235-41.
23. Coelho CF, Burini RC. Atividade física para prevenção e tratamento de doenças crônicas não transmissíveis e da incapacidade funcional. *Rev Nutr.* 2009;22(6):937-46.

Recebido em: 17/02/2014

Aceito em: 02/05/2014

