

# QUALIDADE DE VIDA E SUAS CORRELAÇÕES EM PACIENTES COM DOENÇAS CARDÍACAS E COM FATORES DE RISCO PARA ATEROSCLEROSE

KELLY ANGELA DOMINGOS ALVES, ALCIRLEY DE ALMEIDA LUIZ,  
FRANCYELLE DOS SANTOS SOARES

Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, Paraná, Brasil  
E-mail: franfisio@hotmail.com

## INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares são a maior causa de morbidade e mortalidade no Brasil e no mundo (1). Suas manifestações clínicas geralmente ocorrem sob a forma de infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular encefálico (AVE), angina ou morte súbita entre os 50 e 60 anos em homens, e entre os 60 e 70 anos em mulheres, aumentando progressivamente com a idade (2). Segundo dados do IBGE, as doenças cardiovasculares foram a terceira maior causa de internação e foram responsáveis por cerca de 20% dos óbitos intra-hospitalares ocorridos no Paraná em 2006 (3).

Nos últimos anos ocorreu uma evolução do tratamento clínico e cirúrgico de cardiopatias em seus estágios mais avançados, modificando, desta forma, a mortalidade relacionada à doença cardíaca (4). Neste período novas pesquisas sobre tratamentos farmacológicos e não farmacológicos permitiram não só maior sobrevida como melhora na qualidade de vida (QV) dos pacientes (5).

Os profissionais da saúde têm progressivamente reconhecido a necessidade de consideração de outros elementos relacionados à melhoria da saúde, além da quantificação da sobrevida. Neste contexto, a aplicação de instrumentos que possam medir a qualidade de vida dos pacientes tem sido acrescentada a avaliação, a fim de identificar diferenças na QV de pessoas de um determinado grupo populacional ou diferenças na QV de uma mesma pessoa ao longo do tempo (6). A relação entre saúde e QV tem um conceito multidimensional que envolve o grau de satisfação atingido no âmbito das áreas física, emocional e social. Ela pode ser tratada sob um ponto de vista objetivo ou subjetivo, em abordagens individuais ou coletivas (7), e ainda com o objetivo de identificar como as doenças influenciam a vida dos pacientes e como eles as enfrentam (8).

Segundo Favarato e Aldrighi (9) diversos instrumentos, genéricos e específicos, têm sido utilizados para avaliar a QV de pacientes com os mais diversos problemas de saúde. Os questionários de qualidade de vida genéricos trazem em sua estrutura um conceito amplo, que avalia aspectos relativos à função, disfunção e desconforto físico e emocional. São úteis para demonstrar se os pacientes conseguem executar determinadas atividades rotineiras e como se sentem quando as estão realizando (9,10). Além disso, oferecem uma vantagem sobre os questionários específicos: a possibilidade de comparação da QV com a população em geral e com pacientes com outras enfermidades (11).

O questionário *Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey* (SF-36) tem sido amplamente utilizado para avaliar a QV de pacientes cardiopatas: após infarto agudo do miocárdio (12); com cardiopatia isquêmica estável e após angioplastia (6); em mulheres cardiopatas no climatério (9); em usuários de marcapasso cardíaco (13), em candidatos a transplante cardíaco (4) e em pacientes com insuficiência cardíaca congestiva (11,14). Este instrumento é frequentemente utilizado em pesquisas por ser compacto, de fácil interpretação e validado na língua portuguesa do Brasil e em outros idiomas o que permite a comparação com outras pesquisas (4).

Vários autores concordam que, uma vez instalada, a doença cardiovascular tem forte impacto na vida do paciente, o que pode ser explicado pelas limitações físicas (tais como fadiga e dispnéia) associadas a alterações psicológicas (como medo, insegurança e tristeza) (15,16,17). Portanto, avaliar o impacto da cardiopatia sobre seus portadores constitui uma

abordagem fundamental na prática clínica (13).

Sendo assim, os objetivos deste estudo foram: identificar o perfil sócio-demográfico e clínico de cardiopatas e pacientes com fatores de risco para aterosclerose, avaliar a qualidade de vida segundo o questionário SF-36 (índice geral e nos diferentes domínios), e ainda, testar possíveis correlações entre os aspectos avaliados.

## MÉTODOS

Foram avaliados pacientes de ambos os sexos, com idade mínima de 18 anos, portadores de cardiopatia diagnosticada ou de fatores de risco para desenvolver doença aterosclerótica, selecionados a partir de uma amostra de conveniência entre os pacientes regularmente atendidos em um ambulatório público e em uma clínica particular de cardiologia.

Após explicação inicial e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, os pacientes que preencheram esses critérios de inclusão responderam a um teste específico para avaliação de sua condição cognitiva (*Mini Mental Status Examination – MMSE*). Prosseguiram na pesquisa, os pacientes com pelo menos um ano de escolaridade que obtiveram um escore de 24 pontos ou mais, e os não-alfabetizados que atingiram um escore de 20 pontos ou mais (18).

Aqueles que obtiveram a pontuação esperada foram entrevistados para coleta de dados sócio-demográficos (idade, escolaridade, renda individual) e clínicos (diagnóstico de cardiopatia ou e/ou fator de risco, número de medicamentos, número de sintomas, nível de dispnéia e doenças associadas), sendo estes últimos obtidos também pela revisão de prontuários. Os que apresentavam comorbidades agudas ou crônicas (não relacionadas com a cardiopatia) que pudessem interferir na percepção da qualidade de vida (afecções neurológicas, ortopédicas, reumáticas) também foram excluídos. A massa corporal e a altura foram medidas em balança calibrada e o cálculo do índice de massa corporal (IMC) foi realizado dividindo-se a massa (kg) pela altura ao quadrado (m<sup>2</sup>).

Para avaliar a QV relacionada à saúde foi aplicado o *Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey* (SF-36) (19), por um avaliador devidamente treinado. Este questionário é composto por oito dimensões ou domínios: capacidade funcional (CF), limitações por aspectos físicos (LAF), dor corporal (DC), estado geral de saúde (EGS), vitalidade (VT), aspectos sociais (AS), aspectos emocionais (AE) e saúde mental (SM), pontuados de 0 a 100, sendo que o maior valor indica melhor função. Além da pontuação de cada domínio, a média total da QV (QV total) foi realizada pela média aritmética dos 8 domínios. Apesar de ser um questionário auto-aplicável, neste estudo foi realizada uma entrevista direta, aplicada sempre pelo mesmo entrevistador devidamente treinado, para que o paciente não tivesse dúvidas na compreensão das questões.

Na análise estatística, a normalidade na distribuição dos dados foi avaliada pelo Teste de *Kolmogorov-Smirnov*. Os dados foram descritos por meio de média e desvio-padrão por terem apresentado distribuição normal. Os dados nominais foram apresentados por meio de frequência. As análises de correlação foram executadas pelo teste de *Pearson* (já que os dados apresentaram distribuição normal). Para realização das análises estatísticas foi utilizado o programa *GraphPad Prism*<sup>TM</sup> 3.0 (San Diego, CA, EUA) e a significância foi estipulada em 5%.

## RESULTADOS

Foram incluídos neste estudo 20 pacientes (7 homens e 13 mulheres), dos quais 50% apresentavam fatores de risco (modificáveis) para doença aterosclerótica (Hipertensão Arterial, *Diabetes Mellitus*, Dislipidemia, Sedentarismo, Tabagismo, Obesidade e/ou Estresse), 15% eram coronariopatas, 10% valvopatas e 25% apresentavam outras doenças cardíacas. A caracterização dos pacientes incluídos está apresentada na Tabela 1.

Tabela 1. Descrição de índices sócio-demográficos e IMC.

| Idade                         | Número Absoluto (n) | % em relação ao n total | Média e Desvio Padrão |
|-------------------------------|---------------------|-------------------------|-----------------------|
| Adultos Jovens (20 a 40 anos) | 3                   | 15                      | 32±4                  |
| Adultos (41 a 65 anos)        | 13                  | 65                      | 53±8                  |
| Idosos (66 a 79 anos)         | 2                   | 10                      | 72±6                  |
| Idosos Acima de 80 anos       | 2                   | 10                      | 81±0                  |
| Total                         | 20                  | 100                     | 54±15                 |
| <b>IMC</b>                    |                     |                         |                       |
| Peso normal (18,5 a 24,9)     | 3                   | 15                      | 23±4                  |
| Sobrepeso (25 a 29,9)         | 11                  | 55                      | 27±3                  |
| Obesidade I (30 a 34,9)       | 4                   | 20                      | 32±2                  |
| Obesidade II (35 a 39,9)      | 1                   | 5                       | 35±0                  |
| Obesidade III (acima de 40)   | 1                   | 5                       | 41±0                  |
| Total                         | 20                  | 100                     | 28±5                  |
| <b>Escolaridade</b>           |                     |                         |                       |
| Não alfabetizados             | 2                   | 10                      |                       |
| Ensino Fundamental            | 4                   | 20                      |                       |
| Ensino Médio                  | 9                   | 45                      |                       |
| Ensino Superior               | 5                   | 25                      |                       |
| Total                         | 20                  | 100                     |                       |
| <b>Renda Mensal</b>           |                     |                         |                       |
| Até 1 salário mínimo          | 4                   | 20                      |                       |
| De 1 a 3 salários             | 6                   | 30                      |                       |
| Acima de 3 salários           | 10                  | 50                      |                       |
| Total                         | 20                  | 100                     |                       |

A qualidade de vida total para a amostra foi de 65%, em média. Os valores obtidos nos diferentes domínios em toda a amostra estão representados na Tabela 2, com maior índice no Estado Geral de Saúde (79%) e pior no Aspecto Físico (54%).

Tabela 2. Medida da Qualidade de Vida em cada domínio, descrita como porcentagem alcançada.

| Domínio                 | Média | Desvio Padrão |
|-------------------------|-------|---------------|
| Capacidade Funcional    | 74    | 26            |
| Aspecto Físico          | 54    | 48            |
| Dor                     | 62    | 22            |
| Estado geral            | 79    | 14            |
| Vitalidade              | 58    | 19            |
| Aspecto Social          | 65    | 23            |
| Aspecto Emocional       | 62    | 44            |
| Saúde mental            | 66    | 16            |
| Qualidade de Vida Total | 65    | 17            |

Quanto às correlações entre os aspectos sócio-demográficos e clínicos, observou-se que os itens escolaridade e renda mensal individual tinham correlação inversa e fraca com a idade dos pacientes. Isso significa que os idosos tinham menor escolaridade ( $r=-0,45$ ,  $p<0,05$ ) e menor renda ( $r=-0,45$ ,  $p<0,05$ ). Fatores como o tempo de diagnóstico, total de sintomas, número de medicamentos utilizados por dia e grau de dispnéia apresentaram correlações diretas e fracas com a idade. Isto é, os idosos apresentaram maior tempo de diagnóstico e tratamento ( $r=0,49$ ,  $p<0,05$ ), mais sintomas relacionados à cardiopatia/fator de risco ( $r=0,47$ ;

$p < 0,05$ ), maior número de medicamentos utilizados por dia ( $r = 0,59$ ;  $p < 0,05$ ) e nível de dispnéia superior aos adultos jovens ( $r = 0,49$ ;  $p < 0,05$ ).

Quanto às correlações entre os sintomas apresentados e a qualidade de vida, pode-se destacar que os indivíduos com maiores valores na escala de dispnéia, ou seja, que apresentavam mais falta de ar obtiveram menores porcentagens no domínio “Capacidade Funcional” ( $r = -0,62$ ;  $p < 0,01$ ), e aqueles com um maior número total de sintomas, apresentaram menor pontuação neste mesmo domínio ( $r = -0,65$ ;  $p < 0,01$ ) como também no domínio “Aspectos Físicos” ( $r = -0,45$ ;  $p < 0,05$ ).

Não houve correlação estatisticamente significativa entre os valores de qualidade de vida total e os demais fatores avaliados, como idade, IMC, gênero, escolaridade, nível de dispnéia, renda mensal individual, tempo de diagnóstico, total de medicamentos e total de sintomas.

## DISCUSSÃO

Quanto ao perfil dos pacientes avaliados, pode-se observar que a idade (média de  $54 \pm 15$  anos) está de acordo com a faixa de maior prevalência de doenças cardiovasculares e fatores de risco em diversos estudos na literatura (11,12,20,21,22), porém, houve predomínio do gênero feminino (65%), diferentemente da maioria dos estudos encontrados (4,10,12,13,20,23,24). O IMC estava acima da normalidade em 85% dos avaliados (média de  $28 \pm 5$  Kg/m<sup>2</sup>), sendo 11 pacientes classificados com sobrepeso (55%) e 6 com diferentes graus de obesidade (30%). Carneiro *et al.* (25) relataram que, quando comparados a indivíduos com peso normal, aqueles com IMC elevado possuem maior risco de desenvolver *diabetes mellitus*, dislipidemia e hipertensão arterial, condições estas que favorecem o desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

Quando comparado com a literatura consultada, nota-se discrepância nesse estudo em relação à escolaridade e à renda. Em diversos estudos, a população se constituiu também de indivíduos com escolaridade de nível médio, porém com menor renda (10,24,26). O resultado do presente estudo pode ter influenciado positivamente os escores de QV, pois, segundo Minayo, Hartz e Buzz (7) renda, saúde e educação são três elementos fundamentais da qualidade de vida de uma população, e diretamente proporcionais aos escores.

Neste estudo, como esperado, a QV total (65%) esteve abaixo dos escores encontrados em pessoas saudáveis (88%) (11). Quando os domínios foram analisados individualmente observou-se que o Aspecto Físico apresentou menor escore (54%), representando pior percepção da saúde nesse quesito, e o Estado Geral de Saúde, foi o domínio com escore mais elevado (79%). Em um estudo que avaliou a QV de 28 pacientes ambulatoriais pós-infarto agudo do miocárdio, tratados de forma convencional, os autores obtiveram o escore de 66% na QV total, 46% no Aspecto Físico e 67% no Estado Geral de Saúde, para pacientes com média de idade semelhante ao atual estudo (12). Apesar da semelhança entre a QV total e o EGS nos dois estudos, o Aspecto Físico foi inferior no estudo com pacientes infartados. Os autores daquele estudo enfatizaram as limitações impostas pelos sintomas (e outros aspectos) da doença para justificar seus achados. Com base nessa comparação, seria esperado que na amostra do presente estudo o escore desse domínio fosse melhor, tendo em vista que a maioria dos pacientes não tinha cardiopatia instalada e que os fatores de risco presentes causam poucos sintomas, na maioria dos casos. O fato dessa amostra ter apresentado 54% no domínio Aspecto Físico reforça o entendimento de que a QV, por ser subjetiva e multidimensional, deve ser sempre avaliada por instrumentos validados, não podendo ser inferida unicamente com base no diagnóstico.

Juenger *et al.*, em 2002 (11), realizaram na Alemanha um estudo com uma amostra de 205 cardiopatas com Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) e compararam a qualidade de vida, através do SF-36, entre esses pacientes, pessoas normais e pessoas com outras doenças crônicas. Os autores concluíram que as pessoas com ICC tiveram um escore reduzido quando comparadas ao grupo saudável, principalmente nos domínios “Aspecto Físico”,

“Capacidade Funcional” e “Aspectos Emocionais”, e mostraram o mesmo padrão quando comparadas com pessoas em hemodiálise por insuficiência renal crônica.

Segundo Helito *et al.* (4) vários pesquisadores avaliam a sobrevivência de pacientes com doenças cardiovasculares, no entanto, permanece a carência de trabalhos em que a QV seja discutida, tendo em vista sua importância para a manutenção da dignidade do ser humano. Sendo assim, apesar da amostra reduzida, considera-se que este estudo tenha relevância clínica por ter iniciado a caracterização do perfil de pacientes cardiopatas e com fatores de risco na região estudada.

## CONCLUSÃO

Nesta amostra – composta, em sua maioria, por mulheres adultas, com nível médio de escolaridade, renda acima de 3 salários mínimos, com sobrepeso, metade das quais tinha doença cardíaca instalada e a outra metade tinha apenas fatores de risco cardiovasculares - a qualidade de vida mostrou-se reduzida especialmente no domínio Aspecto Físico. O número total de sintomas e nível de dispnéia apresentou correlação inversa com a qualidade de vida (domínio Capacidade Funcional), independentemente da idade do paciente. Esses dados reforçam a visão de que, por se subjetiva e multidimensional, a qualidade de vida deve sempre ser avaliada por instrumentos validados e não pode ser inferida com base no diagnóstico.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MEHTA, R.H.; RATHORE, S.S.; RADFORD, M.J.; WANG, Y.; KRUMHOLZ, H.M. Acute myocardial infarction in the elderly: differences by age. **Journal of the American College of Cardiology**; 38 (3):736-41, 2001.
2. RAMOS, A.M.; PELLANDA, L.C.; GUS, I.; PORTAL, V.L. Marcadores inflamatórios da doença cardiovascular em idosos. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**; 92 (3), 2009.
3. DATASUS 2007. **Malha municipal digital do Brasil: situação em 2006**. Rio de Janeiro: IBGE, 2008. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>.
4. HELITO R.A.B.; BRANCO, J.N.R.; D'INNOCENZO, M.; MACHADO, R.C.; BUFFOLO, E. Qualidade de vida dos candidatos a transplante de coração. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**; 24(1): 50-57, 2009.
5. BARROSO E. Organização do transplante cardíaco no Brasil e no Estado do Rio de Janeiro. **Revista SOCERJ**, 15(3):131-4, 2002.
6. FRANZEN, E. Avaliação da Qualidade de Vida em Cardiopatia Isquêmica: Validação de Instrumentos para uma População Brasileira. **Dissertação de Mestrado**. Programa de Pós Graduação em Medicina: Ciências Cardiovasculares – Cardiologia. Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2005.
7. MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUZZ, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciências & Saúde Coletiva**; 5 (1):7-18, 2000.
8. WINKELMANN, E.R.; MANFROI, W.C. Qualidade de vida em Cardiologia. **Revista do Hospital das Clínicas de Porto Alegre**; 28(1), 2008.
9. FAVARATO, M.E.C.S.; ALDRIGHI, J.M. A mulher coronariopata no climatério após a menopausa: implicações na Qualidade de Vida. **Revista da Associação Médica Brasileira**, 47(4); 339-45, 2001.
10. ALCÂNTARA, E.C.; RESENDE, E.S.; PAULA, L. K.G.; SILVEIRA, L.C.; COSTA, M.D. Avaliação da qualidade de vida após infarto agudo do miocárdio e sua correlação com o fator de risco hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**; 14(2): 118-120, 2007.
11. JUENGER, J.; SCHELLBERG, D.; KRAEMER, S.; HAUNSTETTER, A.; ZUGCK, C.; HERZOG, W.; HAAS, M. Health related quality of life in patients with congestive heart failure: comparison with other chronic diseases and relation to functional variables. **Heart**; 87:235-41, 2002
12. THOMAS, C.V.; SOUZA, A.L.; PORTAL, V.L.; RUSCHEL, P.P. Avaliação Ambulatorial de

- Qualidade de Vida em Pacientes Pós- Infarto Agudo do Miocárdio. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**; 10 (2), 2007.
- 13.CUNHA, T.M.B.; COTA, R.M.A.; SOUZA, B.K.; OLIVEIRA, B.G.; RIBEIRO, L.A.P.; SOUSA, L. Correlação entre classe funcional e qualidade de vida em usuários de marcapasso cardíaco. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, 11(5):341-345, 2007.
- 14.RUMSFELD J.S.; HAVRANEK, E.; MASOUDI, F.A.; PETERSON, E.D.; JONES, P.; TOOLEY, J.F.; KRUMHOLZ, H.M.; DPERTUS, J.A.; Depressive symptoms are the strongest predictors of short-term declines in health status in patients with heart failure. **Journal of the American College of Cardiology**; 42:1811-7, 2003.
- 15.SCATTOLIN, F.A.A.; DIOGO, M.J.D.; COLOMBO, R.C.R. Correlação entre instrumentos de qualidade de vida relacionada à saúde e independência funcional em idosos com insuficiência cardíaca. **Caderno de Saúde Pública**; 23(11): 2705-2715, 2007.
- 16.STRUTHERS, A. D. Heart failure: the diagnosis of heart failure. **Heart**; 84:334-8, 2000.
- 17.RUSTOEN, T.; STUBHAUG, A.; EIDSMO, I; WESTHEIM, A.; PAUL, S.M.; MIASKOWSKI, C. Pain and quality of life in hospitalized patients with heart failure. **Journal of Pain and Symptom Management**;36(5):497-504, 2008.
- 18.BRUCKI S.M.D.; NITRINI, R.; CAMELLI, P.; BERTOLUCCI, P.H.F.; OKAMOTO, I.H. Sugestões para o Uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. **Arquivos de Neuropsiquiatria**; 61(3-B): 777-81, 2003.
- 19.CICONELLI, R.M.; FERRAZ, M.B.; SANTOS, W.; MEINÃO, I.; QUARESMA, M.R. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Revista Brasileira de Reumatologia**; 39 (3): 143-150, 1999.
- 20.CARDOSO, A.M.; MATTOS, I.E.; KOIFMAN, R.J. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares na população Guarani-Mbyá do Estado do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, 17(2): 345-354, 2001.
- 21.FAVARATO, M.E.R.S.; FAVARATO, D.; HUEB, W.A.; ALDRIGUI, J.M. Qualidade de vida em portadores de doença arterial coronária: comparação entre gêneros. **Revista da Associação Médica Brasileira**; 52(4): 236-41, 2006.
- 22.SINGH, S.N.; TANG, X.C.; SINGH, B.N.; DORIAN, P.; REDA, D.J.; HARRIS, C.L.; *et al.* Quality of Life and Exercise Performance in Patients in Sinus Rhythm Versus Persistent Atrial Fibrillation: A Veterans Affairs Cooperative Studies Program Substudy. **Journal of American College of Cardiology**; 48:721-730, 2006.
- 23.TENO, L.A.C.; COSTA, R.; MARTINELLI FILHO, M.; CASTILHO, F.C.T.; RUIZ, I.; STELLA, U.B.; OLIVEIRA, S.A. Efeitos da mudança de modo de estimulação ventricular para atrioventricular sobre a qualidade de vida em pacientes com cardiopatia chagásica. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**; 20(1): 23-32, 2005.
- 24.VIEBIG, R.F.; VALERO, M.P.; ARAÚJO, F.; YAMADA, A.T.; MANSUR, A.J. Perfil de Saúde Cardiovascular de uma População Adulta da Região Metropolitana de São Paulo. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**; 86 (5), 2006.
- 25.CARNEIRO, G.; FARIA, A.N.; RIBEIRO FILHO, F.F., GUIMARÃES, A.; LERÁRIO, D.; FERREIRA, S.R.G.; *et al.* Influência da distribuição da gordura corporal sobre a prevalência de hipertensão arterial e outros fatores de risco cardiovascular em indivíduos obesos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, 49(3): 306-11, 2003.
- 26.SCATTOLIN, F.A.A. Qualidade de Vida - a evolução do conceito e os instrumentos de medida. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**; 8: 1-5, 2006.

Rua Universitária, 1619. Jardim Universitário. CEP: 85819110  
Cascavel- PR. Tel: (45) 32203298.  
E-mail: [franfisio@hotmail.com](mailto:franfisio@hotmail.com)