



## QUALIDADE DE VIDA E INSUFICIÊNCIA CARDÍACA LIFE QUALITY AND HEART FAILURE

### **Costa, Célia**

Enfermeira Especializada em Enfermagem de Reabilitação. Hospitais da Universidade de Coimbra. Portugal.  
Correo Electrónico: celiambcosta@gmail.com

### **Costa, Sónia**

Licenciada em Psicologia, Pós-Graduada em Psicoterapia Cognitivo-Comportamental, Mestranda em Psicologia Clínica Instituto Superior Miguel Torga, Frequenta Curso Superior de Medicina Legal do Instituto Nacional de Medicina Legal IP, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra. Portugal.  
Correo Electrónico: 28674@sapo.pt, sonya.b.costa@gmail.com

### **Neto, Ana**

Licenciada em Psicologia, Mestranda em Psicologia Clínica no Instituto Superior Miguel Torga. Coimbra. Portugal.  
Correo Electrónico: anasilvaneto@hotmail.com

*Fecha de recepción: 24 de enero de 2011*

*Fecha de admisión: 10 de marzo de 2011*

## RESUMO

O objectivo principal do nosso estudo foi avaliar o Nível de Percepção de Qualidade de Vida da pessoa com Insuficiência Cardíaca numa amostra constituída por 48 indivíduos e identificar alguns factores que influenciam essa mesma percepção através da aplicação do questionário de Estado de Saúde – SF 36 versão 2. Os resultados obtidos demonstraram que a dimensão mais afectada na percepção de qualidade de vida relacionada com a saúde foi a *Vitalidade* e a menos afectada foi a *Transição em Saúde*. Os elementos da amostra apresentaram melhoria da percepção de qualidade de vida relacionada com a saúde após a Reabilitação Cardíaca em todas as dimensões com excepção da dimensão *Função Social*. Os indivíduos com mais idade e os do género masculino evidenciaram uma pior percepção de qualidade de vida. Relativamente ao número de anos com insuficiência cardíaca apenas na dimensão *Saúde Mental* se encontram diferenças significativas que evidenciam pior percepção de qualidade de vida relacionada com a saúde. Assim, a qualidade de vida deve ser entendida como profundamente influenciadora no que diz respeito à percepção individual do indivíduo em relação aos domínios da vida que lhe são importantes.

**Palavras-Chave:** Qualidade de Vida, Saúde Mental, Insuficiência Cardíaca, Vitalidade, Função Social.



## QUALIDADE DE VIDA E INSUFICIÊNCIA CARDÍACA. LIFE QUALITY AND HEART FAILURE

### ABSTRACT

The main of our study was to evaluate the level of perception of life quality of people with heart failure in a sample of 48 individuals and to identify some factors that influence this perception through the same application of the Health Status Questionnaire - SF 36 version 2. The results showed that the most affected in the perception of quality of life related to health and vitality was the least affected was the Health Transition Elements of the sample showed improved perception of quality of life related to health after heart rehabilitation in all dimensions except Social Function scale. People over age and male gender showed a worse perception of quality of life. For the number of years with heart failure only in the mental health dimension are significant differences that show worse perception of life quality related with the health. So, the life quality must be understood as profoundly influential in regard to individual perception of the individual in relation to areas of life that are important to him.

**Keywords:** Life Quality, Mental Health, Heart Failure, Vitality, Social Function.

### INTRODUÇÃO

A qualidade de vida pode definir-se como a percepção que a pessoa tem da sua posição na vida no contexto da sua cultura e sistema de valores em que vive e em relação aos objectivos, expectativas e preocupações que possui (Fleck, 2003), e a sua melhoria é a principal preocupação no tratamento de qualquer doença crónica. Actualmente, a qualidade de vida relacionada com a saúde é um tema incontornável na investigação e principalmente na área da saúde, uma vez que os seus resultados vão contribuir para uma definição dos tratamentos e dos cuidados prestados (André, 2004). Os estudos de qualidade de vida no campo da saúde têm crescido nos últimos anos em pessoas com doenças crónicas ou sujeitas a tratamentos prolongados. A insuficiência cardíaca não é excepção pois é uma síndrome debilitante com sintomatologia que provoca grandes repercussões no dia a dia das pessoas.

A patologia cardíaca representa uma epidemia crescente em populações e requer cada vez mais intervenção na prevenção e na regressão da doença para que haja melhoria da qualidade de vida e redução da probabilidade de crises futuras (Stewart, 2006). Gustavsson & Brånholm (2003) descrevem que a doença cardíaca consiste numa doença crónica, entre as quais se destaca a insuficiência cardíaca que tende a influenciar aspectos importantes da vida da pessoa nomeadamente a sua qualidade de vida. A insuficiência cardíaca é uma doença limitante e progressiva, na qual, a dispneia e o cansaço são os principais sintomas responsáveis pelo declínio na qualidade de vida. A reabilitação cardíaca em indivíduos com insuficiência cardíaca tem-se mostrado efectiva, particularmente na melhoria da capacidade funcional e na melhoria da qualidade de vida (Berg-Emons, 2005).

Para Calvert (2005) perceber o impacto da insuficiência cardíaca na qualidade de vida das pessoas pode proporcionar informações valiosas na orientação terapêutica a seguir. Com o avanço tecnológico assistimos à introdução de um vasto leque de novos dispositivos e de terapêutica farmacológica que contribuíram bastante para o alívio do sofrimento bem como para o prolongar da vida em anos. No entanto, e de acordo com Sartipy (2007), o prolongar da vida das pessoas nem sempre se constitui como a solução ideal, pois torna-se necessário que se considere não só a quantidade de vida mas também a sua qualidade. Com este estudo pretendemos avaliar *“Qual o Nível de Percepção de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde da Pessoa com Insuficiência Cardíaca”* e identificar alguns factores que influenciam essa mesma percepção.



## DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS ACTUALES DE LA PSICOLOGÍA EN EL MUNDO ADULTO Y ENVEJECIMIENTO

### MATERIAL E MÉTODOS

A amostra foi constituída por 48 indivíduos internados em Unidade de Tratamento de Insuficiência Cardíaca Avançada. Esta investigação realizou-se através do paradigma quantitativo, não experimental, prospectivo e descritivo-correlacional. A sua finalidade foi descrever, verificar a relação entre variáveis e avaliar quais as mudanças ocorridas na variável dependente após a manipulação da variável independente – **quantitativo**. A variável central deste estudo e que assume nas hipóteses por nós formuladas o estatuto de variável dependente foi a **“Percepção de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde da pessoa com insuficiência cardíaca”**.

Para a mensuração desta variável utilizou-se como instrumento de colheita de dados o **“Questionário do Estado de Saúde – SF-36 versão 2”**, versão portuguesa do instrumento de medição de estado de saúde “Medical Outcome Study Short – Form 36”, de Ferreira (2000). O SF-36 é um questionário para avaliação do estado de saúde, e não de doenças, constituído por 36 itens seleccionados a partir dos 245 itens presentes no questionário original do Estudo dos Resultados Médicos (MOS- Medical Outcomes Study) (Ware & Shebourne, 1992). O propósito deste questionário é avaliar oito domínios divididos em dois grandes componentes: a **Componente Física**, que inclui as dimensões *Função Física, Desempenho Físico, Dor Física e Saúde em Geral*; e **Componente Mental** com as dimensões *Saúde Mental, Desempenho Emocional, Função Social e Vitalidade*.

As variáveis independentes deste estudo são: Reabilitação Cardíaca, Idade, Género e número de Anos com insuficiência cardíaca. Como requisitos necessários à inclusão dos sujeitos no estudo considerámos: Ser portador de insuficiência cardíaca, internado em Unidade de Tratamento de Insuficiência Cardíaca Avançada, aceitar participar no estudo, estar hemodinamicamente estável, estar psicologicamente capaz de responder ao questionário, indivíduos com idade igual ou superior a 14 anos. Como critérios de exclusão considerámos: Não necessitar de reabilitação cardíaca, não estar hemodinamicamente estável, não estar psicologicamente capaz de responder ao questionário.

### RESULTADOS

Pelo quadro 1 verificamos que a distribuição de dados referentes às várias dimensões da variável dependente **“Percepção de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde”**, não se encontram dentro da normalidade, com excepção das dimensões *Saúde em Geral e Saúde Mental*.

QUADRO 1 – Teste de Kolmogorov-Smirnov / Lilliefors

Dimensões – SF 36	Nível de Significância	
	Kolmogorov-Smirnov	Lilliefors
Transição em Saúde	0,000	0,000
Função Física	0,024	0,044
Desempenho Físico	0,000	0,012
Dor física	0,145	0,025
Saúde em Geral	0,200	0,579
Vitalidade	0,001	0,001
Função Social	0,004	0,010
Desempenho Emocional	0,095	0,022
Saúde Mental	0,200	0,099



## QUALIDADE DE VIDA E INSUFICIÊNCIA CARDÍACA. LIFE QUALITY AND HEART FAILURE

QUADRO 2 – Distribuição dos elementos da amostra segundo a idade, agregado familiar e o número de anos com insuficiência cardíaca traduzida em meses.

Variável	n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade	48	24	83	54,25	13,709
Agregado familiar	48	1	11	3,19	1,671
Tempo que tem a doença (meses)	48	2	480	114,85	102,571

No quadro 2, que contém a distribuição dos elementos da amostra segundo a idade, o número de pessoas que constituem o agregado familiar e o número de anos que tem a doença, observamos que: Em relação à idade dos elementos da amostra, é possível verificar que a idade mínima obtida é de 24 anos e a máxima é de 83 anos, correspondendo-lhe uma média de 54,25 anos e um desvio padrão de 13,709. Relativamente ao número de pessoas que constituem o agregado familiar, este variou entre 1 e 11 elementos, apresentando uma média de 3,19 e um desvio padrão de 1,671. No que diz respeito ao número de anos que têm a doença, verificamos que variou entre os 2 meses e os 40 anos (480 meses), apresentando uma média de 114,85 e um desvio padrão de 102,571.

QUADRO 3 – Distribuição dos elementos da amostra segundo: o género, o estado civil, as habilitações literárias, a situação profissional e a zona residencial.

Variável	n	%	
Género	Masculino	35	72,9
	Feminino	13	27,1
	<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100.00</b>
Estado Civil	Solteiro	4	8,3
	Casado	37	77,1
	Divorciado	2	4,2
	Viúvo	4	8,3
	Outro	1	2,1
	<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100.00</b>
	Não sabe ler e escrever	1	2,1
	Sabe ler e escrever	3	6,3



DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS ACTUALES DE LA PSICOLOGÍA EN EL MUNDO ADULTO Y ENVEJECIMIENTO

<b>Habilitações Literárias</b>	1º Ciclo (instrução primária)	13	27,1
	2º Ciclo (1º e 2º ano)	9	18,7
	3º Ciclo (até ao 9º ano)	9	18,7
	Secundário (até ao 12º ano)	6	12,5
	Ensino Superior	7	14,6
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100.00</b>	
<b>Situação Profissional</b>	Desempregado	5	10,4
	Empregado	16	33,3
	Reformado	27	56,3
	<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100.00</b>
<b>Zona Residencial</b>	Zona Rural	30	62,5
	Zona Urbana	18	37,5
	<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100.00</b>

Mo = Masculino; Mo = Casado; Mo = 1º Ciclo; Mo = Reformado.

No quadro 3 verificamos que, relativamente ao género, a maioria dos indivíduos que constituem a amostra são do género masculino com 72,9%, enquanto que os do género feminino representam apenas 27,1%. O estado civil casado predomina com 77,1% na amostra, seguido do estado civil de solteiro e viúvo, cada um com 8,3%, divorciado com 4,2% e outros com 2,1%. Observamos que 27,1% da amostra possui o 1º Ciclo, seguido dos grupos de indivíduos com 2º e 3º Ciclo representando cada 18,7%. Encontramos 14,6% com o Ensino Superior, 12,5% com o Ensino Secundário, 6,3% sabem ler e escrever e apenas 2,1%, correspondente a 1 elemento, que não sabe ler e escrever. Em relação à situação profissional e atendendo ao tipo de patologia da nossa amostra, constatamos que a maioria dos participantes, 56,3% se encontravam reformados, 33,3% empregados e os restantes 10,4% desempregados.

Por último e no que se refere à zona residencial, verificamos que 62,5% dos elementos da amostra residem numa zona rural, enquanto que os restantes 37,5% residem numa zona urbana.

QUADRO 4 – Resultados relativos às dimensões do modelo de medição SF-36 v2.

<b>Dimensões – SF 36</b>	<b>n</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
Transição em Saúde	48	3,750	1,082	1,00	5,00
Função Física	48	40,127	25,729	0,00	100,00
Desempenho Físico	48	33,290	23,427	0,00	100,00
Dor física	48	53,063	28,899	0,00	100,00
Saúde em Geral	48	28,833	13,940	0,00	60,00



## QUALIDADE DE VIDA E INSUFICIÊNCIA CARDÍACA. LIFE QUALITY AND HEART FAILURE

Vitalidade	48	26,181	21,668	0,00	85,00
Função Social	48	49,479	27,284	0,00	100,00
Desempenho Emocional	48	47,396	30,323	0,00	100,00
Saúde Mental	48	45,438	24,703	0,00	100,00

Para analisar os resultados relativos à **Percepção de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde**, optamos por apresentar de forma global os dados obtidos com o questionário SF-36.

Tendo presente que, quanto mais elevado é o valor dos diferentes domínios melhor é o nível de saúde (em que 0 corresponde à ausência de saúde e 100 ao seu melhor nível) podemos, pela análise do quadro 4, verificar que todos os intervenientes perceberam em média o seu estado de saúde com valores inferiores a 50 em todas as dimensões, com excepção da dimensão *Transição em Saúde* (média = 3,750, desvio padrão = 1,082) e a *Dor Física* (média = 53,063, desvio padrão = 28,899). A dimensão *Transição em Saúde* foi a percebida como a menos afectada enquanto a dimensão *Vitalidade* foi a percebida como a mais afectada (média = 26,181 e desvio padrão = 21,668).

H1 – A **Reabilitação Cardíaca** influencia a **Percepção de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde** da pessoa com insuficiência cardíaca.

Ao formularmos esta hipótese, tentámos verificar se existem diferenças ao nível da **Percepção de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde** antes e após a **Reabilitação Cardíaca**. Para isso, optámos por aplicar o *Teste de Wilcoxon*. Mediante os resultados obtidos, como observamos no quadro 5, com excepção da dimensão *Função Social* ( $p=0,063$ ), verificam-se diferenças estatisticamente significativas que nos permitem afirmar que todas as outras dimensões da **Percepção de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde** diferem entre a primeira e a segunda avaliação ( $p<0,05$ ).

QUADRO 5 – *Teste de Wilcoxon*.

Dimensões – SF 36	z	p
Transição em Saúde 2 <sup>a</sup> – Transição em Saúde 1 <sup>a</sup>	-2,395(a)	0,017
Função Física 2 <sup>a</sup> – Função Física 1 <sup>a</sup>	-4,000(b)	0,000
Desempenho Físico 2 <sup>a</sup> – Desempenho Físico 1 <sup>a</sup>	-2,526(b)	0,012
Dor Física 2 <sup>a</sup> – Dor Física 1 <sup>a</sup>	-2,444(b)	0,015
Saúde em Geral 2 <sup>a</sup> – Saúde em Geral 1 <sup>a</sup>	-1,978(b)	0,048
Vitalidade 2 <sup>a</sup> – Vitalidade 1 <sup>a</sup>	-3,804(b)	0,000
Função Social 2 <sup>a</sup> – Função Social 1 <sup>a</sup>	-1,857(b)	0,063
Desempenho Emocional 2 <sup>a</sup> – Desempenho Emocional 1 <sup>a</sup>	-2,230(b)	0,026
Saúde Mental 2 <sup>a</sup> – Saúde Mental 1 <sup>a</sup>	-3,102(b)	0,002

a – Baseado em Ranks Positivos. b – Baseado em Ranks Negativos.



## DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS ACTUALES DE LA PSICOLOGÍA EN EL MUNDO ADULTO Y ENVEJECIMIENTO

Para analisar os resultados relativos à **Percepção de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde**, optamos por apresentar de forma global os dados obtidos com o questionário SF-36. Tendo presente que, quanto mais elevado é o valor dos diferentes domínios melhor é o nível de saúde (em que 0 corresponde à ausência de saúde e 100 ao seu melhor nível) podemos, pela análise do quadro 4, verificar que todos os intervenientes perceberam em média o seu estado de saúde com valores inferiores a 50 em todas as dimensões, com excepção da dimensão *Transição em Saúde* (média = 3,750, desvio padrão = 1,082) e a *Dor Física* (média = 53,063, desvio padrão = 28,899). A dimensão *Transição em Saúde* foi a percebida como a menos afectada enquanto a dimensão *Vitalidade* foi a percebida como a mais afectada (média = 26,181 e desvio padrão = 21,668).

A dimensão *Transição em Saúde*, contrariamente ao que se passou com as restantes dimensões, é a única que não demonstrou melhorias com 21 Ranks negativos, 9 positivos e 18 empates (Anexo V), contudo após a realização do teste de Wilcoxon e respectivo grau de significância, confirmamos a existência de uma diferença estatisticamente significativa, com  $p=0,017$ . Em contrapartida, na dimensão *Função Social* apesar dos 26 Ranks positivos obtidos (Anexo IV), aquando da análise do grau de significância este não se revelou estatisticamente significativo, com  $p=0,063$ .

H2 – A **Idade** influencia a **Percepção de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde** da pessoa com insuficiência cardíaca.

Ao formularmos esta hipótese, procuramos verificar a relação entre duas variáveis numéricas: a **Idade** e a **Percepção de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde**. Para isso, optámos por aplicar o Teste Correlação de Spearman por não se verificar normalidade na amostra. Verificamos com a análise do quadro 6, que a **Idade** e a **Percepção de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde** são inversamente proporcionais em todas as dimensões (Spearman's  $\rho < 0$ ). No entanto, existem diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) apenas nas dimensões *Função Social* e *Desempenho Emocional*. Apenas nestas dimensões existem evidências que a idades superiores correspondem scores mais baixos destas dimensões da variável **Percepção de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde**.

QUADRO 6 – Correlação de Spearman entre Idade e Dimensões da Variável Percepção de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde.

Dimensões – SF 36	n	Rs	p
Transição em Saúde	48	-0,049	0,742
Função Física	48	-0,105	0,480
Desempenho Físico	48	-0,077	0,604
Dor física	48	-0,155	0,292
Saúde em Geral	48	-0,055	0,711
Vitalidade	48	-0,089	0,547
Função Social	48	-0,353	0,014
Desempenho Emocional	48	-0,391	0,006
Saúde Mental	48	-0,153	0,300



## QUALIDADE DE VIDA E INSUFICIÊNCIA CARDÍACA. LIFE QUALITY AND HEART FAILURE

H3 – O **Gênero** influencia a **Percepção de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde** da pessoa com insuficiência cardíaca.

Com esta hipótese procuramos comparar dois grupos independentes face a uma variável numérica, isto é, se o **Gênero** influencia a **Percepção de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde**. Para isso, optámos por aplicar o Teste U Mann Whitney por não se verificar normalidade na amostra. Após a realização do teste verificamos, conforme o quadro 7, que os indivíduos do género feminino apresentam melhor percepção de qualidade de vida relacionada com a saúde. Contudo nas dimensões *Função Física*, *Saúde em Geral*, *Vitalidade* e *Função Social* ( $p < 0,05$ ), é que existem diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ). Nas restantes dimensões não existem evidências que os indivíduos de género diferente difiram entre si.

QUADRO 7 – Teste U Mann Whitney relacionando o Género com a Percepção de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde da pessoa com insuficiência cardíaca.

Dimensões – SF 36	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	z	p
Transição em Saúde	221,000	851,000	-0,157	0,875
Função Física	134,500	225,500	-2,165	0,030
Desempenho Físico	164,000	255,000	-1,491	0,136
Dor física	190,000	281,000	-0,875	0,381
Saúde em Geral	124,000	215,000	-2,414	0,016
Vitalidade	116,000	207,000	-2,598	0,009
Função Social	131,500	222,500	-2,253	0,024
Desempenho Emocional	155,500	246,500	-1,684	0,092
Saúde Mental	185,500	276,500	-0,976	0,329

H4 – O **Número de Anos** com insuficiência cardíaca influencia a **Percepção de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde** da pessoa com insuficiência cardíaca.

Ao formularmos esta hipótese, procuramos verificar a relação entre duas variáveis numéricas: o **Número de Anos com insuficiência cardíaca** e a **Percepção de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde**. Para isso, optámos por aplicar o Teste Correlação de Spearman por não se verificar normalidade na amostra. Com a análise do quadro 8, verificamos que o **Número de Anos com insuficiência cardíaca** e a **Percepção de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde** são inversamente proporcionais em todas as dimensões (Spearman's  $\rho < 0$ ), com excepção das dimensões *Função Física* e *Desempenho Físico* em que são directamente proporcionais (Spearman's  $\rho > 0$ ). No entanto, existem diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) apenas na dimensão *Saúde Mental* pelo que apenas nesta existe evidência que indivíduos com mais tempo de insuficiência cardíaca possuem Scores mais baixos desta dimensão da variável **Percepção de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde**.





## DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS ACTUALES DE LA PSICOLOGÍA EN EL MUNDO ADULTO Y ENVEJECIMIENTO

QUADRO 8 – Correlação de Spearman entre Número de Anos com insuficiência cardíaca e Dimensões da Variável Percepção de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde.

Dimensões – SF 36	n	Rs	p
Transição em Saúde	48	-0,112	0,450
Função Física	48	0,012	0,933
Desempenho Físico	48	0,144	0,328
Dor física	48	-0,204	0,163
Saúde em Geral	48	-0,055	0,708
Vitalidade	48	-0,099	0,502
Função Social	48	-0,005	0,971
Desempenho Emocional	48	-0,007	0,964
Saúde Mental	48	-0,380	0,008

## DISCUSSÃO / CONCLUSÕES

Com os resultados obtidos verificamos que os intervenientes que constituíram a amostra perceberam em média o seu estado de saúde com valores inferiores a 50 em todas as dimensões, com excepção das dimensões *Transição em Saúde* e *Dor Física*. A dimensão *Transição em Saúde* foi a que apresentou a média mais alta, portanto uma melhor percepção do estado de saúde. A dimensão *Vitalidade* foi a que apresentou uma média mais baixa, portanto uma pior percepção do estado de saúde.

Este resultado pode ser explicado pelo facto da insuficiência cardíaca ser uma doença limitante e progressiva, na qual a dispneia e o cansaço são os principais sintomas responsáveis pelo declínio clínico. A população portadora desta doença sofre importantes limitações nas suas actividades de vida diária que se repercutem na sua qualidade de vida. A confirmar temos Gustavsson e Brånholm (2003) que destacam esta patologia como uma doença crónica que tende a influenciar aspectos importantes da vida da pessoa, nomeadamente a sua qualidade de vida. Bowling (1995:3) descreve a qualidade de vida relacionada com a saúde como: “O nível óptimo de funcionamento físico, mental, social e de desempenho, incluindo as relações sociais, percepções de saúde, bom nível de condição física, satisfação com a vida e bem-estar.”. Atendendo que a insuficiência cardíaca, segundo Falcão (1998), representa a fase terminal da patologia cardíaca e que apesar dos progressos científicos, esta continua a ser uma causa dominante de morbilidade e mortalidade nos países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento poderá estar relacionado com os resultados obtidos no nosso estudo.

Na convicção que a percepção de qualidade de vida relacionada com a saúde da pessoa com insuficiência cardíaca pode ser influenciada por outras variáveis, levantamos a outra questão deste estudo: **Quais os factores que influenciam a Percepção de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde da Pessoa com Insuficiência Cardíaca?** O primeiro factor que suscitou interesse em investigar foi: **A Reabilitação Cardíaca influencia a Percepção de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde** da pessoa com insuficiência cardíaca. Com este estudo constatamos que, mediante os resultados obtidos, se verificam diferenças estatisticamente significativas que nos permitem afir-



## QUALIDADE DE VIDA E INSUFICIÊNCIA CARDÍACA. LIFE QUALITY AND HEART FAILURE

mar que a **Reabilitação Cardíaca** influencia a **Percepção de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde** da pessoa com insuficiência cardíaca. Os indivíduos apresentaram melhorias após a prática da reabilitação cardíaca em todas as dimensões com excepção da dimensão *Função Social*. Actualmente a reabilitação cardiovascular é considerada como uma conduta essencial no tratamento não farmacológico da pessoa com insuficiência cardíaca devido aos benefícios dela decorrentes (Negrão, 2004). Segundo Willenheimer (1998) corroborado por Witham (2007), a melhoria da sintomatologia destas pessoas associa-se a uma melhoria do bem-estar e da qualidade de vida.

A dimensão *Função Social* não apresentou diferença estatisticamente significativa no nosso estudo, como referenciado anteriormente. Este resultado possivelmente deve-se ao facto da insuficiência cardíaca, como nos diz Fleck (2003), ser uma síndrome debilitante com sintomatologia que provoca grandes repercussões no dia-a-dia das pessoas, levando-as ao isolamento social. O segundo factor refere-se a: A **Idade** influencia a **Percepção de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde** da pessoa com insuficiência cardíaca. Com os resultados deste estudo constatamos que a idade influencia a percepção de qualidade de vida relacionada com a saúde, ou seja, os indivíduos mais velhos tendem a evidenciar uma pior percepção de qualidade de vida. Apenas nas dimensões *Função Social* e *Desempenho Emocional* existem evidências estatisticamente significativas.

Outro factor de discussão é: O **Género** influencia a **Percepção de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde** da pessoa com insuficiência cardíaca. No nosso estudo verificamos que os indivíduos do género feminino evidenciam melhor percepção de qualidade de vida relacionada com a saúde em todas as dimensões. No entanto apenas nas dimensões *Função Física*, *Saúde em Geral*, *Vitalidade* e *Função Social* é que existem diferenças estatisticamente significativas.

Verificamos com a análise dos dados obtidos, que existem diferenças entre o número de anos com a insuficiência cardíaca e a percepção de qualidade de vida relacionada com a saúde. Contudo, estas diferenças apenas são bastante significativas na dimensão *Saúde Mental*, pelo que podemos afirmar que indivíduos com mais tempo de insuficiência cardíaca possuem pior percepção de qualidade de vida nesta dimensão da variável Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde.

Os resultados obtidos neste estudo demonstraram que a dimensão mais afectada na percepção de qualidade de vida relacionada com a saúde, foi a *Vitalidade* e a menos afectada foi a *Transição em Saúde*. Os elementos da amostra apresentaram melhoria da percepção de qualidade de vida relacionada com a saúde após a reabilitação cardíaca em todas as dimensões com excepção da dimensão *Função Social*. Os indivíduos com mais idade e os do género masculino evidenciaram uma pior percepção de qualidade de vida. Relativamente ao número de anos com insuficiência cardíaca apenas na dimensão *Saúde Mental* se encontram diferenças significativas que evidenciam pior percepção de qualidade de vida relacionada com a saúde.

Os elementos da amostra apresentaram melhoria na Percepção de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde após a Reabilitação Cardíaca em todas as dimensões da variável dependente com excepção da dimensão *Função Social*. Podemos associar este resultado ao facto da insuficiência cardíaca, síndrome debilitante, provocar grandes repercussões no dia a dia das pessoas, levando-as ao isolamento social. Relativamente à idade verificamos que os indivíduos mais velhos evidenciaram uma menor Percepção de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde com resultados estatisticamente significativos nas dimensões *Função Social* e *Desempenho Emocional*. No que se refere ao género os indivíduos femininos evidenciaram melhor Percepção de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde demonstrando evidências estatísticas nas dimensões *Função Física*, *Saúde em Geral*, *Vitalidade* e *Função Social*. Poderá estar relacionado com o facto desta patologia afectar maioritariamente indivíduos do género masculino. O número de anos com insuficiência cardíaca influencia a Percepção de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde, mas apenas existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão *Saúde Mental*. Sendo a insuficiência cardíaca uma doença fatal, com o passar dos anos as expectativas de vida são reduzidas o que provoca



## DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS ACTUALES DE LA PSICOLOGÍA EN EL MUNDO ADULTO Y ENVEJECIMIENTO

nestas pessoas uma maior labilidade emocional e depressões. Os resultados obtidos mostram que o questionário de Estado de Saúde – SF36 se mostrou sensível às alterações da percepção de qualidade de vida relacionada com a saúde após a reabilitação cardíaca na pessoa com insuficiência cardíaca.

A avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde tem adquirido uma enorme relevância, de inigualável valor, no momento de tomada de decisão na terapêutica de uma doença, qualquer que seja o nível ao qual se aplique, daí a importância de estudos que reflectam a percepção do utente quanto ao impacto da própria doença e a terapêutica empregada nas dimensões do seu estado de saúde. A criação de equipas multidisciplinares responsáveis por programas de reabilitação a estas pessoas, a iniciar no hospital e com continuidade domiciliária, iriam gerar benefícios tendo em conta o retorno mais precoce e sustentado à vida social e profissional e à melhoria da qualidade de vida. Com a tendência crescente da incidência das disfunções cardíacas e incapacidade, sofrimento e custos que as mesmas acarretam, pensamos que a reabilitação cardíaca se assume como uma intervenção de eleição nestas condições, dado existirem evidências que face à intervenção habitual produz benefícios marcados e prolongados. Podemos considerar que o factor chave para diminuir o impacto da patologia, suas complicações, o prognóstico médico, e melhorar a qualidade de vida, reside por uma parte na equipa multidisciplinar de saúde, por outra na comunidade, familiares e amigos próximos do insuficiente cardíaco, mas também em quem padece desta doença. Portanto é uma tarefa compartilhada, e neste cenário, cada actor está convidado para que, com responsabilidade, represente o seu melhor papel.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- André, C. (2004). *Qualidade de vida e doença coronária*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde.
- Berg-Emons, R. J. (2005). Factors associated with the level of movement-related everyday activity and quality of life in people with chronic heart failure. *Proquest Nursing Journals*, 12(85), 1340-1348.
- Bowling, A. (1995). *Measuring disease*. Health related quality of life: A discussion of the concept, its use and measurement. Buckingham: Open University Press.
- Calvert, M. J. (2005). The impact of chronic heart failure on health related quality of life data acquired in the baseline phase of the Care-HF study. *European Journal of Heart Failure*, 2(7), 243-251.
- Falcão, L. M. (1998). *Clínica e terapêutica da insuficiência cardíaca congestiva*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas.
- Ferreira, P.L. (2000). Criação da versão portuguesa da MOS-SF36. Parte II – Testes de Validação. *Acta Médica Portuguesa*. Lisboa. Vol.13, Nº 3, 119-127.
- Fleck, P. A. (2003). Projecto WHOQOL-OLD : método e resultados de grupos focais no Brasil. *Revista de saúde pública*, 6(37), 793-799.
- Gustavsson, A., & Brånholm, I. (2003). Experienced health, life satisfaction, sense of coherence, and coping resources in individuals living with heart failure. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 10, 138-143.
- Negrão, C. E. (2004) Adaptações agudas e crónicas do exercício físico no sistema cardiovascular. *Revista Educação Física*, 18, 21-31.
- Sartipy U., Albage A., Lindblom D. (2007). Improved health-related quality of life and functional status after surgical ventricular restoration. *Ann Thorac Surg*. 83(4): 1381-7. Comment in: *Ann Thorac Surg*. 83(4):1387-8.
- Stewart, S. (2006). *Chronic Cardiac Care – A practical guide to specialist nurse management*. Massachusetts: Blackwell Publishing.
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36).



## QUALIDADE DE VIDA E INSUFICIÊNCIA CARDÍACA. LIFE QUALITY AND HEART FAILURE

*Medical Care – Conceptual framework and item selection, 6, 473-483.*

Witham MD, Crighton LJ, McMurdo ME. (2007). Using an individualised quality of life measure in older heart failure patients. *Int J Cardiol.* 116(1): 40-5.

Willenheimer, R. (1998). Exercise training in heart failure improves quality of life and exercise capacity. *Euro Heart Journal, 19, 774-781.*