

Qualidade de vida em doentes com insuficiência cardíaca no Centro de Portugal

Luiz Miguel Santiago,^{1,2} João Vítor Fernandes,³ João Pestana,⁴ Raul Garcia⁵

RESUMO

Objetivo: Avaliar e comparar a qualidade de vida (QdV) genérica e específica de doentes sofrendo de insuficiência cardíaca (DIC) e verificar a sua relação com elementos sociodemográficos e de morbilidade.

Métodos: Estudo observacional transversal em amostra de conveniência de DIC, em 2022, aplicando o *Euro Quality of Life Instrument – 5D (EQ5D-3L)* e o *Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ)* e perguntas de contexto sociodemográfico e de morbilidade, em dias selecionados, em autopreenchimento com ajuda de investigador, se solicitado, em ambiente de medicina geral e familiar. A QdV genérica foi tratada de acordo com a norma para a população portuguesa e a específica para DIC segundo a mediana.

Resultados: Em amostra de 50 DIC, 29 (58,0%) eram mulheres; a idade média foi de 74,1±8,9 anos. O sexo feminino tinha menor nível de instrução ($p=0,019$). Para 20 DIC (40,0%) havia desconhecimento de ser DIC, em ambos os sexos. Verificou-se moderada e significativa correlação entre o score EQ-5D-3L e o domínio específico da QdV de KCCQ ($\rho=0,452$; $p=0,001$) e entre o score EQ-5D-3L e o KCCQ Overall Summary Scale ($\rho=0,556$; $p<0,001$). A distribuição por sexos das classes arbitrárias KCCQ e da distribuição EQ-5D-3L pela norma portuguesa foi não significativa, tendo a mulher sempre pior QdV.

Discussão: O uso periódico de instrumentos que avaliam as consequências em saúde da terapêutica em DICs pode transformar o paradigma atual da terapêutica da insuficiência cardíaca (IC), sendo um deles a QdV, estando os médicos atentos a variáveis pessoais e sociais.

Conclusão: Nesta amostra de 50 DICs, 70,0% apresentou má QdV genérica e 50,0% má QdV específica na IC, com piores resultados no sexo feminino.

Palavras-chave: Insuficiência cardíaca crónica; Medicina geral e familiar; Qualidade de vida.

INTRODUÇÃO

A *European Society of Cardiology* define a insuficiência cardíaca (IC) como uma síndrome clínica caracterizada por sintomas e sinais que se devem a uma alteração estrutural e/ou funcional cardíaca, resultando em pressões intracardíacas elevadas e/ou num débito cardíaco inadequado em repouso e/ou durante o esforço.¹

É caracterizável em diferentes categorias, com base na fração de ejeção de ventrículo esquerdo (FEVE), como a de fração de ejeção reduzida (IC-FEr) quando haja FEVE $\leq 40\%$; a de fração de ejeção ligeiramente reduzida (IC-FEmr) por haver FEVE 41-49%; e a de fração de ejeção preservada (IC-FEp) quando o FEVE seja $\geq 50\%$.¹ Como situações etiopatogénicas podem encontrar-se história de enfarte do miocárdio, hipertensão arterial, doença arterial coronária, diabetes *mellitus*, abuso de álcool, doença renal crónica, quimioterapia cardiotoxicidade e mesmo história familiar de miocardiopatia ou de morte súbita.¹

O tratamento é fundamentalmente farmacológico, sendo os objetivos principais a melhoria do estado clínico, da capacidade funcional e da qualidade de vida (QdV), a prevenção de internamentos recorrentes por

1. MD, PhD, Associated Professor. Clínica Universitária de Medicina Geral e Familiar, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Coimbra, Portugal.

2. Centro de Estudos e Investigação em Saúde, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

3. MD, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Coimbra, Portugal.

4. MD, Médico Especialista em Medicina Geral e Familiar. USF Topázio, ACeS Baixo Mondego. Coimbra, Portugal.

5. MD, Médico Especialista em Medicina Geral e Familiar. USF Fernando Namora, ACeS Baixo Mondego. Condeixa-a-Nova, Portugal.



agravamento da IC e a redução da mortalidade. A terapêutica não-farmacológica visa a redução de consumos perniciosos e a melhoria do estado funcional.¹

Nas *guidelines* mais recentes, com recomendação de classe I, o tratamento preconizado para a IC-FEr deve contemplar a utilização de quatro classes farmacológicas modificadoras do prognóstico, podendo associar-se diurético de ansa na presença de sintomas de congestão.¹ Só esta terapêutica já é suscetível de desencadear polifarmacoterapia, sabendo-se ser a IC mais frequente em pessoas mais idosas e sofrendo de multimorbilidade.²⁻³

A prevalência da IC em Portugal foi estimada em 4,36% pelo estudo EPICCA.⁴ Estimativas mais recentes, realizadas com base nos Censos 2011, apontam para um aumento de 30% em 2035 e 33% em 2060 relativamente a 2011, traduzindo-se num número absoluto de 479.921 e 494.191 de indivíduos afetados, respetivamente.⁵

Qualidade de vida relacionada com a insuficiência cardíaca

A qualidade de vida (QdV) é um construto afetado por um vasto número de fatores sociais, físicos, espirituais, económico-financeiros e emocionais da pessoa.⁶ A QdV na IC pode diminuir por fatores como a sua causa, o aumento da severidade da IC, o pior prognóstico a longo prazo e as implicações dos sinais e sintomas na vida diária da pessoa.⁶⁻⁷ A QdV constitui, de forma independente, um importante fator preditor de mortalidade e internamento de DIC.⁸

Uma revisão sistemática com meta-análise recente analisou a QdV na insuficiência cardíaca (QVIC), através de questionários genéricos de medição de QdV e específicos da IC e reiterou a necessidade desta avaliação periódica em doentes sofrendo de insuficiência cardíaca (DIC) como forma de identificar os doentes com QVIC diminuída, ajudando os profissionais de saúde a identificar as áreas particulares que requerem mais atenção e intervenção em cada DIC.⁹ Os resultados desta revisão demonstraram uma QVIC baixa quando se aplicam questionários específicos e uma QVIC moderada, com recurso a questionários genéricos. Foi reforçada ainda a necessidade de implementar programas abrangentes de promoção de QVIC nas dimensões físicas e mentais.⁹

DIC terão um nível de conhecimento baixo acerca da condição de que padecem, particularmente quanto à importância da pesagem regular, à necessidade da restrição de fluídos e às causas de agravamento.⁹ Esse conhecimento é importante, pois níveis mais elevados estão associados a maior adesão à terapêutica, evitando deterioração da QVIC, inerentemente associada.⁹⁻¹⁰

Um estudo prévio na área da medicina geral e familiar apontou para a necessidade de novos estudos nesta área e com os mesmos instrumentos, dada a dificuldade então encontrada na colaboração de DIC.¹¹

O objetivo do presente estudo foi descrever a QdV de DIC, seguidos numa USF e verificar a sua relação com diferentes variáveis de contexto social, demográfico e clínico, comparando resultados pelo uso de instrumento genérico e de instrumento específico de avaliação de QdV.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo observacional transversal numa amostra de conveniência de DIC, inscritos numa USF no Centro de Portugal, com recolha de informação entre agosto e outubro/2022, por convite para o preenchimento dos questionários às pessoas com o diagnóstico de IC (K77 – classificação ICPC-2) que se deslocavam à USF para terem consulta de enfermagem ou com o médico de família, em dias selecionados pelo investigador, após conhecimento daqueles em que mais pessoas com tal classificação ICPC estivessem presentes, tendo sido obtida a colaboração de médico interno da USF. Não conhecendo a distribuição populacional de valores considerou-se o tamanho da amostra como de $n=50$, representando 10 respostas por cada questão do EQ-5D-3L. O único critério de exclusão usado foi o DIC não querer responder aos questionários.

Após obtenção do consentimento informado e explícito por escrito foram aplicados, de forma sequencial, em anonimato, confidencialidade e sigilo, três questionários: o *Euro Quality of Life Instrument* – 5D (EQ-5D-3L),¹²⁻¹³ versão portuguesa, um questionário genérico que incide sobre o estado de saúde; o *Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire* (KCCQ),¹⁴ versão portuguesa, que é usado para questionar especificamente sobre a QVIC; e um terceiro questionário, com variáveis sociodemográficas e clínicas. As variáveis de contexto sociodemográfico foram: sexo; idade; tipo de



família (viver só ou acompanhado); e nível de instrução [inferior ao 1.º ciclo do ensino básico (4.º ano/antiga 4.ª classe) e igual ou superior ao 1.º ciclo do ensino básico (4.º ano/antiga 4.ª classe)]. As variáveis clínicas foram: número de doenças crónicas de que o DICC julgava sofrer; número de medicamentos tomados diariamente; e saber que era dic. No caso de resposta negativa quanto a saber que sofria de IC era explicada de forma simples em que consistia a síndrome, sendo anotado se a DIC passava a reconhecê-lo.

A aplicação dos questionários decorreu de forma presencial, sempre que possível em autopreenchimento e, quando necessário, com a ajuda do investigador após indicação por parte do utente da resposta a cada questão colocada. Os investigadores estavam devidamente identificados e os/as DIC eram trazidos por colaborador da USE, sendo a tarefa realizada em local próprio e com excelentes condições, no fim das consultas que a DIC tivesse tido na USE. Em conformidade com os princípios éticos e legais foi obtida autorização dos autores das escalas para a realização do trabalho, bem como da Comissão de Ética da ARS do Centro.

Nas variáveis idade, número de doenças crónicas, número de medicamentos e *score* KCCQ foi calculada a mediana para consideração de limiar de bom ou mau estado quanto a tal variável. A QdV genérica foi tratada de acordo com a norma para a população portuguesa de 0,758.¹⁴ Para o número de medicamentos foi calculada igualmente a mediana para avaliação de polifarmácia. Atendendo à patologia em causa e a terapêutica, segundo as *guidelines* a IC implica genericamente a toma de cinco classes diferentes de medicamentos, às quais se pode ainda juntar modificador de sinais e sintomas, o diurético de ansa, pelo que foi decidido pela mediana em vez da definição clássica de polifarmácia.

O EQ-5D-3L é um instrumento genérico usado para avaliar o estado de saúde, criado em 1987 pelo grupo EuroQoL e que teve a sua versão portuguesa em 1998.¹² Compreende cinco dimensões (mobilidade; cuidados pessoais; atividades habituais; dor/mal-estar; ansiedade/depressão), tendo cada dimensão três níveis de resposta (1. Sem problemas; 2. Alguns problemas; 3. Problemas extremos), o que permite gerar 243 estados de saúde distintos.¹²⁻¹³ Consoante as respostas dadas a cada dimensão pode ser atribuído um *score* que, para a população portuguesa, varia entre -0,50 e 1,00, sendo o pa-

drão para Portugal de 0,758; um valor superior a este significa melhor QdV.¹³

É também perguntada a comparação com os doze meses anteriores, tendo como opções de resposta «melhor», «o mesmo» ou «pior». Existe ainda uma escala visual analógica onde o doente regista de 0 a 100 o número que corresponde ao seu estado de saúde atual, valores maiores significando melhor estado de saúde.¹²

O KCCQ é um instrumento específico que avalia a QdV em IC. A versão original tem 23 perguntas, respondidas em escala de Likert, distribuídas por cinco domínios: limitação física (pergunta 1, com seis subquestões), sintomas (estabilidade dos sintomas – pergunta 2; frequência – perguntas 3, 5, 7 e 9; gravidade – pergunta 4, 6 e 8), autoeficácia (perguntas 10 e 11), QdV (perguntas 12, 13 e 14) e limitação social (pergunta 15, quatro subquestões).¹⁴

As respostas dadas em cada domínio são depois convertidas em *scores* de domínio que, por sua vez, se podem agrupar para formar *scores* mais globais como o KCCQ *Clinical Summary Scale* (incluindo o domínio dos sintomas, limitação física e limitação social) – que não foi usado no presente estudo – ou o KCCQ *Overall Summary Scale* (inclui os três domínios anteriores e ainda o domínio da QdV) e que foi usado no presente estudo. Estes *scores* variam de 0 a 100 e valores mais altos indicam uma melhor QdV.¹⁴

Para análise estatística dos dados foi usado o *software* IBM SPSS v. 27, sendo realizada estatística descritiva para caracterizar a amostra, com apresentação das variáveis categóricas sob a forma de frequências. A estatística inferencial foi não-paramétrica: Qui-quadrado e Teste Exato de Fisher para as variáveis categóricas; U de Mann-Whitney para as variáveis contínuas; e correlação de Spearman. Foi definido o valor de $p < 0,05$ para definir a diferença significativa para todos os testes realizados.

RESULTADOS

Não foram registadas recusas à resposta. A amostra foi constituída por 50 elementos, sendo 29 (58%) do sexo feminino. A idade média foi de 74,1±8,9 anos, variando de 55 anos a 96 anos.

Na Tabela 1 é mostrada uma caracterização das diferentes variáveis sociodemográficas e clínicas da amostra em função do sexo. Verificou-se diferença


TABELA 1. Caracterização descritiva e inferencial da amostra, segundo o sexo para as variáveis sociodemográficas e clínicas

| | | Masculino n (%) | Feminino n (%) | Total n (%) | p (*) |
|------------------------|---------------------------|-----------------|----------------|-------------|-------|
| Grupo etário | Inferior a 73 anos | 11 (52,4%) | 12 (41,4%) | 23 (46,0%) | 0,315 |
| | Igual/Superior a 73 anos | 10 (47,6%) | 17 (58,6%) | 27 (54,0%) | |
| Tipo de família | Sozinho | 4 (19,0%) | 10 (34,5%) | 14 (28,0%) | 0,190 |
| | Acompanhado | 17 (81,0%) | 19 (65,5%) | 36 (72,0%) | |
| Nível de instrução | Inferior ao 4.º ano | 9 (42,9%) | 22 (75,9%) | 31 (62,0%) | 0,019 |
| | Igual/Superior ao 4.º ano | 12 (57,1%) | 7 (24,1%) | 19 (38,0%) | |
| Sabe que sofre de ICC? | Sim | 10 (47,6%) | 20 (69,0%) | 30 (60,0%) | 0,110 |
| | Não | 11 (52,4%) | 9 (31,0%) | 20 (40,0%) | |
| N.º de doenças | ≤6 | 12 (57,1%) | 18 (62,1%) | 30 (60,0%) | 0,475 |
| | >6 | 9 (42,9%) | 11 (37,9%) | 20 (40,0%) | |
| N.º de medicamentos | ≤6 | 13 (61,9%) | 14 (48,7%) | 27 (54,0%) | 0,253 |
| | >6 | 8 (38,1%) | 15 (51,7%) | 23 (46,0%) | |

(*) Teste exato de Fisher.

significativa quanto ao nível de instrução, sendo o nível de instrução inferior mais frequente na mulher. É de referir que em 20 casos (40% da amostra) foi referido não ter conhecimento que sofria de IC, sendo mais frequente na mulher, sem diferença significativa.

Na Tabela 2 é descrita a amostra em função da mediana do *Overall Summary Scale* do KCCQ. Foi definida uma QdV má (abaixo da mediana) ou boa (acima da mediana).

A Tabela 3 mostra, em função do sexo, a distribuição das respostas da amostra em cada uma das cinco dimensões do questionário EQ-5D-3L, bem como a comparação com os 12 meses anteriores. Verificou-se uma relação significativa na dimensão da mobilidade, com maior tendência do sexo masculino para resposta nível 1 («Sem problemas») e no sexo feminino para resposta nível 2 («Alguns problemas») e também da ansiedade/depressão no sexo masculino há uma maior predominância de nível de resposta 1.

Na Tabela 4 revela-se a relação entre a classificação obtida no KCCQ *Overall Summary Scale* em função da mediana e o sexo e a norma para a população portuguesa de boa/má QdV (0,758), segundo o *score EQ-5D-3L*.

Verificou-se haver diferença significativa entre a QdV e o KCCQ *Overall Summary Scale* – melhor QVIC associando-se a melhor QdV pelo EQ5D-3L.

Na análise entre sexo e boa ou má QoL pela mediana de KCCQ não se verificaram diferenças, apesar de estarem em má QoL 55,2% das mulheres e 42,9% dos homens ($p=0,189$).

Foi encontrada correlação positiva e significativa entre os dois questionários KCCQ e o EQ-5D-3L, o que significa que houve concordância entre os questionários.

De acordo com a Tabela 5 não se verificou diferença significativa na distribuição por sexos relativamente ao KCCQ, ao KCCQ de domínio específico da QdV e do ED-5D-3I, apresentando, no entanto, o sexo feminino sempre piores resultados. Para 35 doentes (70,0% da amostra) havia má QdV segundo o EQ5D-3I e para 22 doentes (44,0%) havia má QdV pelo capítulo específico do KCCQ.

Relativamente ao reconhecimento por parte do utente de que padece de IC não houve diferença significativa entre sexos ($p=0,110$), sendo que 10 homens (47,6%) e 20 mulheres (69%) responderam afirmativamente.

TABELA 2. KCCQ Overall Summary Scale, segundo a mediana obtida e as variáveis sociodemográficas e clínicas, descrição e inferenciação

| | | KCCQ Overall Summary Scale | | |
|------------------------|---------------------------|--------------------------------|-------------------------------|--------------|
| | | Abaixo da mediana <i>n</i> (%) | Acima da mediana <i>n</i> (%) | <i>p</i> (*) |
| Sexo | Masculino | 9 (36,0%) | 12 (48,0%) | 0,284 |
| | Feminino | 16 (64,0%) | 13 (52,0%) | |
| Grupo etário | Inferior a 73 anos | 12 (48,0%) | 11 (44,0%) | 0,500 |
| | Igual/Superior a 73 anos | 13 (52,0%) | 14 (56,0%) | |
| Tipo de família | Sozinho | 8 (32,0%) | 6 (24,0%) | 0,377 |
| | Acompanhado | 17 (68,0%) | 19 (76,0%) | |
| Nível de instrução | Inferior ao 4.º ano | 16 (64,0%) | 15 (60,0%) | 0,500 |
| | Igual/Superior ao 4.º ano | 9 (36,0%) | 10 (40,0%) | |
| Sabe que sofre de ICC? | Sim | 16 (64,0%) | 14 (56,0%) | 0,387 |
| | Não | 9 (36,0%) | 11 (44,0%) | |
| N.º de doenças | ≤6 | 14 (56,0%) | 16 (64,0%) | 0,387 |
| | >6 | 11 (44,0%) | 9 (36,0%) | |
| N.º de medicamentos | ≤6 | 12 (48,0%) | 15 (60,0%) | 0,285 |
| | >6 | 13 (52,0%) | 10 (40,0%) | |

(*) Teste exato de Fisher

Não se verificaram diferenças significativas em função do nível de instrução para a QdV genérica ($p=0,055$) nem para a QVIC ($p=0,120$).

DISCUSSÃO

O objetivo da presente investigação era descrever a QdV de DIC, seguidos numa USE bem como a sua eventual relação com diferentes variáveis de contexto social e demográfico.

A idade avançada dos DIC e outros fatores que não foram estudados dificultaram e tornaram morosa a obtenção de respostas. Foi necessária a intervenção dos investigadores em leitura e esclarecimento, apesar do interesse das DIC, num instrumento que está adaptado e validado para Portugal.¹⁴

Verificou-se que o sexo masculino apresenta um nível de escolaridade superior, embora não tenha sido encontrada diferença significativa entre a escolaridade e a QdV no presente estudo. Segundo a literatura, o grau de escolaridade influencia a QdV relacionada com a saúde, pois

maior nível de instrução pode possibilitar acesso a empregos mais bem remunerados, melhores posteriores valores de pensão de reforma e perceção da necessidade de adoção de comportamentos promotores da saúde, nomeadamente alimentares, que nem sempre se revelam os mais económicos. Quanto aos medicamentos sabe-se que pode haver cerca de 30% de falhas de toma, sem que tal facto signifique elevada frequência de adesão.¹⁵⁻¹⁷ Também na adesão à terapêutica medicamentosa, uma das razões a pensar para o seu não cumprimento será o preço de certos fármacos e o seu peso no orçamento familiar em pessoas com multimorbilidade e polifarmacoterapia.^{2-3,15-17}

Ainda relativamente às variáveis sociodemográficas, na pergunta «Sabe que sofre de ICC?» não houve diferença significativa na frequência entre sexos. Contudo, no sexo masculino, onze doentes (52,4%) dos inquiridos referiram não saber que sofriam de IC. É expectável que o conhecimento sobre o facto de padecerem de determinada condição influencie a importância dada a sintomas e sinais e ao comportamento perante a



TABELA 3. Níveis de resposta da amostra nas dimensões do EQ-5D e comparação com os últimos 12 meses, segundo o sexo, descrição e inferência

| | Nível de Resposta | Masculino n (%) | Feminino n (%) | Total n (%) | p (*) |
|-----------------------------|-------------------|-----------------|----------------|-------------|-------|
| Mobilidade | 1 | 15 (71,4%) | 10 (34,5%) | 25 (50,0%) | 0,010 |
| | 2 | 6 (28,6%) | 19 (65,5%) | 25 (50,0%) | |
| Cuidados pessoais | 1 | 20 (95,2%) | 26 (89,7%) | 46 (92,0%) | 0,465 |
| | 2 | 1 (4,8%) | 2 (6,9%) | 3 (6,0%) | |
| | 3 | 0 (0,0%) | 1 (3,4%) | 1 (2,0%) | |
| Atividades habituais | 1 | 18 (85,7%) | 21 (72,4%) | 39 (78,0%) | 0,236 |
| | 2 | 3 (14,3%) | 6 (20,7%) | 9 (18,0%) | |
| | 3 | 0 (0,0%) | 2 (6,9%) | 2 (4,0%) | |
| Dor/Mal-estar | 1 | 10 (47,6%) | 13 (44,8%) | 23 (46,0%) | 0,847 |
| | 2 | 11 (52,4%) | 16 (55,2%) | 27 (54,0%) | |
| Ansiedade/Depressão | 1 | 18 (85,7%) | 16 (55,2%) | 34 (68,0%) | 0,018 |
| | 2 | 3 (14,3%) | 9 (31,0%) | 12 (24,0%) | |
| | 3 | 0 (0,0%) | 4 (13,8%) | 4 (8,0%) | |
| Comparação últimos 12 meses | 1 | 5 (23,8%) | 10 (34,5%) | 15 (30,0%) | 0,480 |
| | 2 | 10 (47,6%) | 12 (41,4%) | 22 (44,0%) | |
| | 3 | 6 (28,6%) | 7 (24,1%) | 13 (26,0%) | |

Legenda: 1 = Sem problemas; 2 = Alguns problemas; 3 = Problemas extremos. (*) U de Mann-Whitney

TABELA 4. Relação entre boa/má qualidade de vida pelo score EQ-5D-3L e as variáveis sexo e KCCQ Overall Summary Scale

| | | Qualidade de Vida score EQ-5D-3L (0,758) | | p (*) |
|----------------------------|-------------------|--|--------------------------|-------|
| | | Má/Abaixo n (%) | Boa/Igual ou acima n (%) | |
| Sexo | Masculino | 9 (42,9%) | 12 (57,1%) | 0,085 |
| | Feminino | 6 (20,7%) | 23 (79,3%) | |
| KCCQ Overall Summary Scale | Abaixo da mediana | 13 (52,0%) | 12 (48,0%) | 0,001 |
| | Acima da mediana | 2 (8,0%) | 23 (92,0%) | |

(*) Teste exato de Fisher

situação clínica, incluindo-se nesta as atitudes de evicção e de adesão às terapêuticas não farmacológica e farmacológica, o que acaba por se refletir também na QdV, como relatado noutro estudo.¹¹

Relativamente às dimensões do EQ-5D-3L, houve diferenças significativas em função do sexo, na mobili-

dade ($p=0,010$), apresentando o sexo masculino uma predominância para respostas nível 1 (correspondendo a «Sem problemas»), enquanto no sexo feminino a maioria das respostas enquadrou-se no nível 2 («Alguns problemas») e na ansiedade/depressão ($p=0,018$), em que no sexo masculino a maioria das respostas foi

TABELA 5. Classes arbitrárias KCCQ segundo a mediana para *Overall Summary Scale*, EQ5d-3l, segundo a norma portuguesa e KCCQ de Qualidade de Vida segundo a mediana, em função do sexo

| | | Homem | Mulher | Total | ρ (*) |
|-------------------------------|-------------------------|-----------|-----------|-----------|------------|
| Classe KCCG | Mau (abaixo de mediana) | 9 (42,9) | 16 (55,2) | 25 (50,0) | 0,189 |
| | Bom (acima de mediana) | 12 (57,1) | 13 (44,8) | 25 (50,0) | |
| Classe EQ5D | Abaixo 0,758 (Má) | 12 (53,1) | 23 (79,3) | 35 (70,0) | 0,284 |
| | Acima 0,758 (Boa) | 9 (42,9) | 6 (20,7) | 15 (30,0) | |
| Classe KCCQ Qualidade de Vida | Abaixo da mediana (Má) | 7 (33,3) | 15 (51,7) | 22 (44,0) | 0,158 |
| | Acima da mediana (Boa) | 14 (66,7) | 14 (48,3) | 28 (56,8) | |

ρ (*) teste exato de Fisher

no nível 1 («Sem problemas») e sem qualquer resposta nível 3 («Problemas extremos»); no sexo feminino, a maioria das repostas também se enquadrou no nível 1 (embora numa percentagem menor que no sexo masculino), mas existiu uma percentagem maior que no sexo masculino no nível 2 e 3, em ambas as categorias, apresentando a mulher piores resultados. Estes dados são consistentes com outros resultados, que relataram maior limitação na área da mobilidade e ansiedade/depressão, o que implica uma abordagem clínica diferente por parte do médico, sabendo-se que a IC é mais frequente na mulher, que é, em média, mais idosa e com maior multimorbilidade.^{3,18-19}

A comparação entre boa/má QdV avaliada pelo *score* EQ-5D-3L, segundo a norma para a população portuguesa, com a distribuição por sexos e com a classificação abaixo/acima da mediana obtida no KCCQ *Overall Summary Scale* verificou que significativamente uma boa QdV se associa a uma classificação KCCQ acima da mediana e que uma má QdV a uma classificação abaixo da mediana KCCQ, o que serve de contributo para a validação da KCCQ para o português.¹⁴

Nas correlações entre o *score* EQ-5D-3L com o KCCQ *Overall* e com o domínio de QdV do KCCQ foi encontrada uma correlação positiva, moderada e significativa, o que faz crer que existirão, entre os questionários, pontos avaliados em comum. Especificamente para DIC, os valores encontrados podem, assim, ser usados para avaliar a QdV e ajudar o médico e a sua equipa a procurar melhores abordagens e opções terapêuticas.

De facto, o médico trabalha para que o DIC tenha a melhor QdV, apesar de continuar a sofrer de problemas crónicos.^{3,20}

O presente estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente ter sido realizado numa amostra de conveniência e unicêntrica, a que se podem juntar os vieses de seleção, apesar de os dias terem sido escolhidos pelo investigador e de desejabilidade social por, em alguns casos, o entrevistador estar presente no momento da resposta, por ter de ajudar o DIC a preencher os questionários, mercê da sua idade, a dificuldade em ler e em compreender as perguntas. Outro viés importante será o de memória, pelo facto de algumas perguntas fazerem referência aos últimos quinze dias ou aos últimos doze meses. Há, assim, necessidade de mais estudos que possam determinar para que nível de instrução académica o KCCQ está adaptado na sua versão portuguesa.²¹

Quanto a possíveis erros sistemáticos relacionados com os doentes dever-se-á considerar o da inteligibilidade das perguntas, em concordância com o trabalho anterior realizado na mesma USF.^{11,21}

Devido à multimorbilidade e polifarmacoterapia nos doentes avaliados poderiam estar presentes outros sintomas que se deviam a outras patologias ou a interações entre fármacos e não devidos à IC. Estas variáveis de confundimento poderão ter influenciado a resposta às perguntas específicas de sintomas e também às perguntas sobre o estado geral do doente.²⁻³

Devido à pergunta específica elaborada para a presente investigação constatou-se que 44,0% dos DIC não



sabiam padecer de IC, o que pode ter condicionado as respostas dadas, principalmente às perguntas que procuram estabelecer relações entre a IC e limitações na vida do doente, uma vez que é difícil a DICs atribuírem determinados problemas a uma condição que acabaram de descobrir que tinham.²² A literacia em saúde nesta área deve, assim, ser incrementada, provavelmente utilizando mais a medicina centrada na pessoa.^{15,19,23}

A existência de uma versão do KCCQ com 12 perguntas, que aguarda validação para o português europeu e adaptação cultural, poderá tornar futuros trabalhos sobre este tema mais interessantes, tendo em atenção o nível académico das pessoas com idade mais avançada, nas quais é mais frequente a IC.²⁴

CONCLUSÃO

A mobilidade e a ansiedade/depressão são as dimensões que mais influenciam a QdV genérica no DIC, em particular na mulher.

Verificou-se correlação moderada entre EQ-5D-3 (QdV genérica) e KCCQ *Overall Summary Scale* (QVIC), sendo o EQ-5D-3L de mais fácil aplicabilidade em ambiente de consulta, menor dimensão e consumo de tempo, embora a KCCQ seja mais dirigida a DIC. Má QdV foi revelada em 35 doentes (70,0% da amostra) e má QVIC em 25 (50,0%), apresentando as mulheres piores resultados. A correlação entre o *score* EQ-5D-3L e o domínio específico da QdV do KCCQ permite pensar em sobreposição de elementos de análise em ambos os questionários.

Importa no futuro confirmar estes resultados, com novos estudos, e arranjar táticas para o objetivo estratégico de mitigar as limitações da extensão do KCCQ, nomeadamente adaptando culturalmente e validando a versão KCCG com doze perguntas.

A QVIC pode melhorar o controlo de DIC, podendo resultar e influenciar a adesão à terapêutica da IC. O médico de MGF deve estar atento às circunstâncias que a podem influenciar, como o sexo e a instrução académica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J*. 2021;42(36):3599-726.
- Beezer J, Al Hatrushi M, Husband A, Kurdi A, Forsyth P. Polypharmacy definition and prevalence in heart failure: a systematic review. *Heart Fail Rev*. 2022;27(2):465-92.
- Prazeres F, Santiago LM, Simões JA. Defining multimorbidity: from English to Portuguese using a Delphi technique. *BioMed Res Int*. 2015;2015:965025.
- Ceia F, Fonseca C, Mota T, Morais H, Matias F, Sousa A, et al. Prevalence of chronic heart failure in Southwestern Europe: the EPICCA study. *Eur J Heart Fail*. 2002;4(4):531-9.
- Fonseca C, Brás D, Araújo I, Ceia F. Heart failure in numbers: estimates for the 21st century in Portugal. *Rev Port Cardiol*. 2018;37(2):97-104.
- Nieminen MS, Dickstein K, Fonseca C, Serrano JM, Parissis J, Fedele F, et al. The patient perspective: quality of life in advanced heart failure with frequent hospitalisations. *Int J Cardiol*. 2015;191:256-64.
- Comín-Colet J, Anguita M, Formiga F, Almenar L, Crespo-Leiro MG, Manzano L, et al. Health-related quality of life of patients with chronic systolic heart failure in Spain: results of the VIDA-IC study. *Rev Esp Cardiol*. 2016;69(3):256-71.
- Johansson I, Joseph P, Balasubramanian K, McMurray JJ, Lund LH, Ezekowitz JA, et al. Health-related quality of life and mortality in heart failure: the Global Congestive Heart Failure Study of 23 000 patients from 40 countries. *Circulation*. 2021;143(22):2129-42.
- Moradi M, Daneshi F, Behzadmehr R, Rafiemanesh H, Bouya S, Raeisi M. Quality of life of chronic heart failure patients: a systematic review and meta-analysis. *Heart Fail Rev*. 2020;25(6):993-1006.
- van der Wal MH, Jaarsma T, Moser DK, Veeger NJ, van Gilst WH, van Veldhuisen DJ. Compliance in heart failure patients: the importance of knowledge and beliefs. *Eur Heart J*. 2006;27(4):434-40.
- Almeida CS. Qualidade de vida no doente com insuficiência cardíaca [dissertation]. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2018. Available from: <https://hdl.handle.net/10316/82291>
- Ferreira PL, Ferreira LN, Pereira LN. Contributos para a validação da versão portuguesa do EQ-5D [Contribution for the validation of the Portuguese version of EQ-5D]. *Acta Med Port*. 2013;26(6):664-75. Portuguese
- Ferreira LN, Ferreira PL, Pereira LN, Oppe M. EQ-5D Portuguese population norms. *Qual Life Res*. 2014;23(2):425-30.
- Nave-Leal E, Pais-Ribeiro J, Oliveira MM, Silva N, Soares R, Fragata J, et al. Psychometric properties of the portuguese version of the Kansas City cardiomyopathy questionnaire in dilated cardiomyopathy with congestive heart failure. *Rev Port Cardiol*. 2010;29(3):353-72.
- Broeiro P. Literacia em saúde e utilização de serviços [Health literacy and use of health services]. *Rev Port Med Geral Fam*. 2017;33(1):6-8. Portuguese
- Coelho A, Vilares C, Silva M, Rodrigues C, Costa M, Gordicho S, et al. Investigação sobre adesão à terapêutica na população portuguesa: uma revisão de âmbito [Research on medication adherence in the Portuguese population: a scoping review]. *Rev Port Med Geral Fam*. 2017;33(4):262-76. Portuguese
- Sousa S, Pires A, Conceição C, Nascimento T, Grenha A, Braz L. Polimedicação em doentes idosos: adesão à terapêutica [Polypharmacy in elderly patients: treatment adherence]. *Rev Port Med Geral Fam*. 2011;27(2):176-82. Portuguese
- Spertus JA, Jones PG, Sandhu AT, Arnold SV. Interpreting the Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire in clinical trials and clinical care: JACC

state-of-the-art review. *J Am Coll Cardiol.* 2020;76(20):2379-90.

19. Niklasson A, Maher J, Patil R, Sillén H, Chen J, Gwaltney C, et al. Living with heart failure: patient experiences and implications for physical activity and daily living. *ESC Heart Fail.* 2022;9(2):1206-15.
20. Ordem dos Médicos. Juramento de Hipócrates. Available from: https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/08/Juramento_de_Hip%C3%B3crates.pdf
21. Botelho F, Silva C, Cruz F. Epidemiologia explicada: viéses [Explained epidemiology: bias]. *Acta Urol.* 2010;27(3):47-52. Portuguese
22. Rice H, Say R, Betihavas V. The effect of nurse-led education on hospitalisation, readmission, quality of life and cost in adults with heart failure: a systematic review. *Patient Educ Couns.* 2018;101(3):363-74.
23. Coelho BM, Santiago LM. Medicina centrada na pessoa: validação populacional de um instrumento de medida pela pessoa [Person-centered medicine: validation of a person perception instrument]. *Rev Port Med Geral Fam.* 2022;38(3):247-56. Portuguese
24. Spertus JA, Jones PG. Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire-12 (KCCQ-12) [homepage]. Eprovide – Mapi Research Trust; 2015. Available from: <https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/kansas-city-cardiomyopathy-questionnaire-12>

CONTRIBUTO DOS AUTORES

Conceptualização, LMS, JVF, JP e RG; metodologia, LMS, JVF, JP e RG; *software*, LMS e JVF; validação, LMS, JVF, JP e RG; análise formal, LMS e JVF; investigação, LMS e JVF; recursos, LMS, JVF, JP e RG; gestão de dados, LMS; redação do *draft* original, LMS e JVF; revisão, validação e edição do texto final, LMS, JVF, JP e RG; visualização, LMS, JVF, JP e RG; supervisão, LMS, JP e RG; administração do projeto, LMS. Todos os autores leram e concordaram com a versão final do manuscrito. Manuscrito cumprindo todas as normas éticas e o espírito da Declaração de Helsínquia.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não possuir quaisquer conflitos de interesse.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Luiz Miguel Santiago

E-mail: luizmiguel.santiago@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-9343-2827>

Recebido em 21-02-2023

Aceite para publicação em 29-10-2023

ABSTRACT

QUALITY OF LIFE OF PATIENTS SUFFERING FROM CHRONIC HEART FAILURE IN CENTRAL PORTUGAL

Objectives: To evaluate chronic heart failure patient's (PSCHF) quality of life (QoL) and to ascertain its relationship with context variables, comparing results between a generic and a specific QoL measurement tool.

Methods: Observational cross-sectional study, in a convenience sample of PSCHF in 2022, applying in self-fulfilment, with the investigator's help if requested, the Euro Quality of Life Instrument – 5D (EQ5D-3L), the Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ) and context variables in the general practice/family setting, in random days. Good or bad QoL according to the median value. EQ5D-3L was studied according to the Portuguese norm.

Results: A $n=50$ sample, $n=29$ (58%) women, mean age 74.1 ± 8.9 years, was studied. Significant differences were found for the level of studies, inferior for women ($p=0.019$). For 40% of PSCHF, there was unfamiliarity of suffering from it. Spearman correlation, between the EQ-5D-3L score and the QoL-specific domain of KCCQ, was $\rho=0.452$, $p=0.001$, and between EQ-5D-3L score and the KCCQ Overall Summary Scale, $\rho=0.556$, $p<0.001$. For the arbitrary categories of the KCCQ Overall Summary Scale ($p=0.189$) and the EQ5D3L Portuguese norm ($p=0.242$), between genders, there was no difference, with females showing worse results.

Discussion: Instruments for measuring the therapeutic results and health consequences in PSCHF can change the actual paradigm of CHF treatment, QoL in PSCHF being one of those changes, and doctors becoming aware of PSCHF's personal and social determinants.

Conclusion: Bad QoL was revealed for 70.0% of this sample and bad QoL for PSCHF for 50.0%, females with worse results. EQ-5D is easier to apply in a consultation ambience, with only five questions, with KCCQ being more specific for PSCHF.

Keywords: Chronic heart failure; General practice; Quality of life.