

QUALIDADE DE VIDA EM CARDIOLOGIA

QUALITY OF LIFE IN CARDIOLOGY

Eliane Roseli Winkelmann¹, Waldomiro Carlos Manfro²

RESUMO

A busca de qualidade de vida vem assumindo um papel importante dentro da área da saúde e é uma das metas dentro da cardiologia preventiva e terapêutica. Este artigo teve como propósito realizar uma revisão da literatura na qualidade de vida em cardiologia, enfocando as principais concepções, métodos de mensuração e mudanças clínicas significativas. Observa-se a necessidade de mais pesquisas dentro desta área através de mensurações cuidadosamente selecionadas, sendo de grande relevância para o paciente e para o profissional responsável pela saúde do mesmo.

Unitermos: Qualidade de vida, cardiologia, saúde.

ABSTRACT

Quality of life has been playing an important role in public health and is one of the goals in preventive and therapeutic interventions in cardiology. This paper aims at performing a review of the literature concerning quality of life in cardiology, focusing on the main conceptions, measurement methods, and significant clinical changes. More research using carefully selected measurements should be performed, since it is of great relevance for the patient and for the health professional responsible for providing care.

Keywords: Quality of life, cardiology, health.

Rev HCPA 2008;28(1):49-53

Em 1948, a Organização Mundial da Saúde definiu a saúde como sendo não somente a ausência de doenças e enfermidades, mas a percepção individual de um completo bem-estar físico, mental e social, e a qualidade de vida passou a ter um importante papel nos cuidados de saúde e nas pesquisas (1).

A qualidade de vida é usada na medicina para caracterizar a percepção da pessoa sobre o seu estado de saúde em grandes domínios ou dimensões de sua vida (2). Portanto, a percepção de qualidade de vida difere de pessoa para pessoa e também está diretamente associada a um contexto cultural no qual está inserida. Mas, na realidade, um conceito único, claro e universalmente aceito ainda não existe. Em 1993, Guyatt (3) usou o termo saúde relacionado à qualidade de vida, pois outros autores até então valorizavam aspectos da vida geralmente não considerados como ligados à saúde, incluindo renda, liberdade e meio ambiente.

As medidas de qualidade de vida relacionadas à saúde (HRQL) mensuram a experiência que a pessoa tem sobre sua doença em oposição à doença (3), ou seja, é o ponto de vista da realidade do paciente em oposição à realidade puramente definida pelo conhecimento do profissional médico (4).

A mensuração da qualidade de vida procura identificar como a doença influencia a qualidade de vida e como os pacientes enfrentam isso (5).

Desta forma, a mensuração da qualidade de vida em pacientes cronicamente doentes provém de uma importante fonte de informação médica em adição aos testes diagnósticos e de laboratórios (4) e está possuindo um crescimento relevante em triagens clínicas controladas (3).

MENSURAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE

A fase inicial das pesquisas em qualidade começou em 1970 e, recentemente, em 1980, através de escalas de bem-estar psicológico disponíveis, criadas especificamente com este propósito. Exemplo destas foram *Affect Balance Scale* (ABS), por Bradburn; *Quality of Well-Being Scale* (QWBS), por Kaplan et al.; e *Psychological General Well-Being Index* (PGWB), por Dupuy.

A partir de 1980, foram elaborados instrumentos que avaliavam, além do bem-estar e satisfação, a condição funcional da vida diária, os quais foram denominados de pesquisa do estado de saúde. Dentre os instrumentos elaborados, podemos citar: *Sickness Impact Profile* (SIP), por Berger et al.; *Nottingham Health Profile* (NHP), por Hunt & McEwen; e o *Rand SF-36 Health Status Profile* (SF36), por Ware e Sherbourne.

Portanto, estes instrumentos criados eram denominados de instrumentos genéricos de avaliação da qualidade de vida, os quais avaliam de forma global os aspectos mais importantes relacionados à qualidade de vida da pessoa.

Como todo instrumento, existem vantagens e desvantagens em sua aplicação. Dentre as vantagens, podemos evidenciar que é um instrumento único, sendo eficiente na detecção de alterações sobre os diferentes aspectos do estado de saúde, permitindo realizar comparações entre diferentes doenças e intervenções. Por outro lado, possui a desvantagem de não poder focalizar a área de interesse e não ser sensível a determinadas mudanças por ser de caráter genérico, não levando em consideração as especificidades de cada doença abordada (6).

1 Fisioterapeuta. Docente, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ), Ijuí, RS. Doutoranda, PPG em Ciências da Saúde: Cardiologia e Ciências Cardiovasculares, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS.

2 Professor Doutor, Programa de Pós-Graduação, Cardiologia, UFRGS, Porto Alegre, RS.

Correspondência: Eliane Roseli Winkelmann, Cx Postal 383, RS 155, Km 06, Povoado Santana, Ijuí, RS, Brasil, Telefone: 55 55 3332 3839. E-mail: elianew@unijui.edu.br

Em decorrência disso, mais tarde, em contraste com estes instrumentos genéricos, foram criados instrumentos de qualidade de vida específicos para doenças (2), os quais avaliam de forma individual e específica determinados aspectos da qualidade de vida da pessoa. São instrumentos específicos para determinada doença (diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica, insuficiência cardíaca congestiva - ICC) em determinada população (pacientes idosos, adolescentes) ou para determinada função (capacidade funcional, função sexual).

A partir disso, vários instrumentos específicos foram elaborados para avaliar a qualidade de vida em pacientes cardiopatas. Dentre os instrumentos específicos para pacientes portadores de insuficiência cardíaca (6), podemos citar: *Chronic Heart Failure Questionnaire*, *Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire* (Rector et al.), *Yale Scale, Quality life Questionnaire in Severe Heart Failure*, *Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire* (KCCQ), etc. Alguns desses instrumentos para pacientes com angina são: *Seattle Angina Questionnaire* (SAQ), por Spertus et al., e *Cardiovascular Limitations and Symptoms Profile* (CLASP), por Lewin et al.

Dentre os instrumentos específicos para pacientes com infarto do miocárdio, destacam-se: *Quality of Life after Myocardial Infarction Questionnaire* (7), atualmente denominado de *Macnew Questionnaire* (8), e o *Myocardial Infarction Dimensional Assessment Scale* (MIDAS) (9). Os instrumentos específicos possuem as vantagens de serem mais responsivos a mudanças que ocorrem em um determinado tempo e mais sensíveis para discriminar o padrão dos prejuízos das doenças sobre a qualidade de vida, porque focalizam em aspectos mais relevantes da qualidade de vida para problemas avaliados. Os instrumentos de qualidade de vida sozinhos podem detectar aspectos importantes do impacto da doença na qualidade de vida (10-12). Por outro lado, os mesmos possuem as desvantagens de não permitirem comparações entre as diversas situações, serem limitados em termos de população e intervenções e estarem restritos aos domínios relevantes à doença, população ou função.

Desta forma, surge a dúvida de qual é o melhor instrumento de avaliação da qualidade de vida em saúde. Mas isto não está bem definido, pois ambos possuem vantagens e desvantagens e dependem do objetivo que se busca alcançar. A literatura traz algumas recomendações, dentre elas o uso de ambos os instrumentos genéricos e específicos, pois há benefícios em cada um deles (10,13). Por outro lado, existem dados que caracterizam os instrumentos específicos para as doenças como sendo mais responsivos que os genéricos (14).

Um estudo realizado por Jenkinson et al. (15) observou que o SF36 e o Dartmouth CCOP, dois instrumentos genéricos de qualidade de vida, não são responsivos ao aumento da saúde geral em estudos com pacientes idosos com ICC que usam inibidor da enzima conversora de angiotensina (ECA). Entretanto, O'Keefe et al. (16), empregando protocolo específico de qualidade de vida, *Chronic Heart Failure Questionnaire* (CHQ), em uma população similar, encontrou diferentes resultados. Os autores constataram uma melhor resposta do CHQ, o que pode simplesmente refletir que é um instrumento especificamente designado para ser usado em ICC.

PROPRIEDADES DE MEDIDA DOS INSTRUMENTOS E DOMÍNIOS DE QUALIDADE DE VIDA

Algumas propriedades de medidas deverão ser levadas em consideração na aplicação de instrumentos de avaliação da qualidade de vida. Os instrumentos usados para sua mensuração devem ser validados (se realmente avaliam o que é proposto), confiáveis (se realmente resultam na mesma mensuração depois de repetidas administrações), sensíveis (se são capazes de refletir clinicamente as diferenças dos significados clínicos na qualidade de vida através do espectro geral das condições clínicas) e responsivos (se detectam as mudanças quando as condições dos pacientes se modificam) (12).

Os domínios da qualidade de vida (6) referem-se às áreas do comportamento que são mensuradas. Os domínios subjetivos são: função física (capacidade de realizar testes físicos), função ocupacional (a qualidade de vida deve ter o foco na realização de múltiplos papéis essenciais, e não apenas no retorno ao trabalho), percepção sobre o estado de saúde (percepção individual do estado de saúde em geral), função psicológica e função social.

FORMAS DE APRESENTAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE QUALIDADE DE VIDA

Os instrumentos de avaliação da qualidade de vida podem ser apresentados como perguntas diretas (sim ou não), perguntas com níveis de resposta (excelente, bom, regular, ruim), ou realizar uma correlação visual (alegre e triste).

Existem várias formas de administração destes instrumentos, como por meio de correio postal ou eletrônico, telefone, entrevista ou até mesmo de forma auto-administrável.

Entretanto, existem vários apontamentos relevantes que são necessários conhecer antes de se aplicar um instrumento. Dentre eles, verificar se a avaliação da qualidade de vida é relevante nesta doença; quais os domínios que deveriam ser medidos; se já existe publicação neste tema com qualidade de vida e quais os resultados encontrados; observar se o estudo é longo o suficiente para demonstrar uma melhora ou mudança na qualidade de vida; qual instrumento tem sido usado nesta população que demonstre reprodutibilidade, responsividade e validade; qual o melhor método de administração; e o que invalida o questionário.

QUALIDADE DE VIDA E INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

ICC é um dos grandes problemas de saúde. Sua incidência está aumentando e está acompanhada de restrição da atividade física e várias queixas nas diferentes áreas da qualidade de vida (17).

Apesar da melhora na sobrevida, os pacientes com ICC permanecem em condição de um pobre prognóstico, embora os avanços na terapêutica busquem manter a habilidade funcional, mesmo que limitada destes pacien-

tes, melhorar os sintomas e aumentar o conforto e a duração da vida (18,19).

Apesar da alta prevalência de ICC, há poucos estudos mostrando seu impacto na qualidade de vida, especialmente em pacientes com idade mais avançada (20).

Junger et al. (21) compararam a qualidade de vida entre pacientes com ICC, pessoas normais e pessoas com outras doenças crônicas. A automensuração do instrumento de avaliação da qualidade de vida foi realizada pelo SF-36. Concluíram que as pessoas com ICC tiveram um escore reduzido comparadas ao grupo saudável, porém mostraram o mesmo padrão quando comparadas com pessoas em hemodiálise crônica, ou seja, nas doenças crônicas o impacto na qualidade de vida foi o mesmo. Entretanto, quando comparados a pacientes com hepatite crônica, observaram um escore mais alto na função física, papel funcional, físico e saúde geral que os portadores de ICC. Pacientes com classe mais avançada de ICC New York Heart Association (NYHA III) têm um escore similar a pacientes com maior depressão na escala de saúde mental em adição à reduzida saúde física, mostrando que grandes proporções de pacientes com ICC sofrem de depressão.

Rumsfeld et al. (22) conduziram um estudo prospectivo multicêntrico envolvendo 460 pacientes ICC com o objetivo de avaliar quando os sintomas depressivos estão independentemente associados com as mudanças no estado de saúde específico na ICC. Os participantes completaram um questionário específico para depressão através do *Medical Outcomes Study Depression Questionnaire* e, em seguida, (6±2 semanas) um questionário específico para ICC através do KCCQ. Aproximadamente 30% dos pacientes tiveram sintomas de depressão na avaliação, com um escore mais baixo no KCCQ. Os autores concluíram que os sintomas depressivos eram o preditor mais forte, a curto prazo, piorando o estado de saúde na ICC.

Outro estudo coordenado por Gottlieb et al. (23) verificou a prevalência da depressão em pacientes com ICC e sua relação com a qualidade de vida. Participaram 155 pacientes, avaliados através dos questionários *Outcomes Study Depression Questionnaire*, *Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire* e *Beck Depression Inventory* (BDI). Os resultados mostraram que 48% apresentavam depressão em ambas as mensurações dos questionários de qualidade de vida. Este estudo evidencia que os pacientes com ICC deprimidos percebem a qualidade de vida pior e subestimam seu estado funcional.

Havraneck et al. (24) identificaram os fatores socioeconômicos associados com o início dos sintomas depressivos em pacientes ambulatoriais com ICC. Os mesmos foram avaliados no início e após 1 ano com o *Medical Outcomes Study-Depression Questionnaire*, KCCQ e uma avaliação clínica completa, incluindo o estado econômico e social. Dos 245 pacientes sem sintomas depressivos na avaliação inicial, 52 (21,2%) desenvolveram sintomas depressivos 1 ano mais tarde. Em análise multivariada, a vida solitária, o abuso do álcool, a percepção dos cuidados médicos como sendo uma carga econômica substancial e o estado de saúde conforme

mensurado pelo KCCQ foram preditores independentes do desenvolvimento de sintomas depressivos. Os resultados deste estudo suportam o uso da mensuração da qualidade de vida para acompanhar a evolução dos pacientes ICC por ser um dos quatro fatores de risco para a depressão nestes pacientes.

QUALIDADE DE VIDA E PROGRAMAS DE REABILITAÇÃO

O aumento na qualidade de vida é uma importante meta para pacientes ambulatoriais que participam da reabilitação cardíaca (RC) (25). Apesar desta importância, os programas de RC têm focalizado primariamente no aumento da tolerância do exercício e modificação do fator de risco e atribuído menor ênfase no aumento das dimensões da qualidade de vida (26).

Vários estudos realizados de forma controlada e randomizada têm demonstrado que a RC aumenta a qualidade de vida por diminuir sintomas específicos, aumentar a capacidade funcional e a disposição destes pacientes (25,27).

É claro que ainda existe pouca informação sobre o impacto de programas de exercícios físicos sobre a qualidade de vida em pacientes com ICC, mas dentre os benefícios está o retorno mais precoce para o trabalho e o aumento da capacidade aeróbica (28).

Um dos estudos foi realizado por Wielenga et al. (17), sobre os efeitos do treinamento de exercícios na qualidade de vida em 35 pacientes portadores de ICC leve a moderada. Três mensurações foram usadas para avaliar a qualidade de vida: a *Heart Patients Psychological Questionnaire*, a *Sickness Impact Profile* e o *Self-Assessment of General Well-Being*. Concluíram, a partir desse estudo, que o treinamento físico pode ser realizado com segurança por pacientes portadores de ICC leve a moderada e que, após 12 semanas de treinamento, ocorreu um aumento no desempenho físico.

Dall'Ago et al. (29) realizaram um treinamento específico para a musculatura inspiratória em pacientes com ICC e com diminuição da força muscular inspiratória, através do uso diário do *threshold* durante 3 meses com 30% da pressão inspiratória máxima, a qual era avaliada e prescrita semanalmente. Foi realizada a avaliação da qualidade de vida antes e após este programa através do questionário específico *Minnesota Living with Heart Questionnaire*, e os autores verificaram aumento global da qualidade de vida, atribuindo este aumento às mudanças na dimensão física, pois não evidenciaram alterações na dimensão psicológica.

Outro estudo foi realizado por Kennedy et al. (30) com 126 mulheres entre 33 e 82 anos, submetendo-as a um programa de RC que consistiu de 14 semanas, sendo as primeiras 7 de forma supervisionada e as restantes de forma não supervisionada, com o emprego do protocolo de *Cardiac Quality of Life Index*. Os autores obtiveram um aumento na mensuração da qualidade de vida (bem-estar físico, psicossocial, mental), além do aumento na tolerância do exercício (21%) e na lipoproteína de alta densidade (+5%). Não obtiveram diferenças significativas comparando os grupos etários.

QUALIDADE DE VIDA E CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO

Um estudo realizado por Sampalis et al. (31) objetivou verificar o impacto do tempo de espera na qualidade de vida em pacientes aguardando cirurgia de ponte de safena. Participaram 266 pacientes, os quais foram avaliados através do questionário genérico SF-36 no início, antes e após 6 meses de cirurgia, sendo classificados de acordo com o tempo de espera: ≤ 97 dias e > 97 dias. Os autores verificaram que não há diferenças entre os grupos na avaliação inicial, porém, no período pré-cirurgia e após os 6 meses, o grupo que aguardou mais tempo apresentou uma redução da qualidade de vida, comparado ao grupo que aguardou por um período reduzido. Também foi observado um aumento no número de intercorrências no período pós-operatório no grupo que aguardou maior tempo de cirurgia. Desta forma, os autores concluíram que a diminuição do tempo de espera aumenta a qualidade de vida dessas pessoas.

CONCLUSÃO

A qualidade de vida é um tema a ser considerado de grande importância, principalmente por envolver aspectos inerentes ao indivíduo e considerar a percepção da pessoa sobre o seu estado de saúde em grandes domínios ou dimensões de sua vida. Portanto, sugere-se, na área da saúde, e considerando-se neste enfoque especial a cardiologia, levar em consideração na inclusão em pesquisas de intervenção a qualidade de vida do indivíduo como um todo, e não somente os dados estatísticos da efetividade de uma técnica ou intervenção em específico.

REFERÊNCIAS

1. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality-of-life outcomes. *N Engl J Med.* 1996;18:835-40.
2. Katschnig H. How useful is the concept of quality of life in psychiatry? In: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N, editors. *Quality of life in mental disorders.* Chichester: Wiley; 1997. Pp. 3-16.
3. Guyatt GH. Measurement of health-related quality of life in heart failure. *J Am Coll Cardiol.* 1993;22:185A-91.
4. Siegrist J, Junge A. Measuring the social dimension of subjective health in chronic illness. *Psychother Psychosom.* 1990;54:90-8.
5. Soler-Soler J, Permanyer-Miralda, G. How do changes in lifestyle complement medical treatment in heart failure? *Br Heart J.* 1994;72 Suppl 1:S87-91.
6. Coelho R, Ramos S, Prata J, Bettencourt P, Ferreira A, Cerqueira-Gomes M. Heart failure and health related quality of life. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 2005;4:1-19.
7. Valenti L, Lim L, Heller RF, Knapp J. An improved questionnaire for assessing quality of life after acute myocardial infarction. *Qual Life Res.* 1996;5:151-61.
8. Dixon T, Lim LL, Oldridge NB. The macnew heart disease health-related quality of life instrument: reference data for users. *Qual Life Res.* 2002;11:173-83.
9. Thompson DR, Jenkinson C, Roebuck A, Lewin RJ, Boyle RM, Chandola T. Development and validation of a short measure of health status for individuals with acute myocardial infarction: the myocardial infarction dimensional assessment scale (MIDAS). *Qual Life Res.* 2002;11:535-43.
10. Dempster M, Donnelly M. Measuring the health-related quality of life of people with ischaemic heart disease. *Heart.* 2000;83:641-4.
11. Spertus JA, Winder JA, Dewhurst TA, Deyo RA, Fihn SD. Monitoring the quality of life in patients with coronary artery disease. *Am J Cardiol.* 1994;74:1240-4.
12. Swenson JR, Clinch JJ. Assessment of quality of life in patients with cardiac disease: the role of psychosomatic medicine. *J Psychosom Res.* 2000;48:405-15.
13. Akhras KS, Burch SP, Dedhiya SD, Sood VC. Health-related quality of life in treatment of angina. *Heart Dis.* 2000;2:201-16.
14. Wiebe S, Guyatt G, Weaver B, Matijevic S, Sidwell C. Comparative responsiveness of generic and specific quality-of-life instruments. *J Clin Epidemiol.* 2003;56:52-60.
15. Jenkinson C, Jenkinson D, Shepperd S, Layte R, Petersen S. Evaluation of treatment for congestive heart failure in patients aged 60 years and older using generic measures of health status (SF-36 and COOP charts). *Age Ageing.* 1997;26:7-13.
16. O'Keeffe ST, Lye M, Donnellan C, Carmichael DN. Reproducibility and responsiveness of quality of life assessment and six minute walk test in elderly heart failure patients. *Heart.* 1998;80:377-82.
17. Wielenga RP, Erdman RA, Huisveld IA, et al. Effect of exercise training on quality of life in patients with chronic heart failure. *J Psychosom Res.* 1998;45:459-64.
18. Wenger NK. Quality of life. Can it should be assessed in patients with heart failure? *Cardiology.* 1989;76:391-8. Desnos M. [Qualité de vie et insuffisance cardiaque: la quête du Graal?] *Arch Maladies Coeur Vaisseaux.* 1997;90:1575-6.
20. Davis RC, Hobbs RFD, Kenkre JE, et al. Quality of life in heart failure and others conditions. *JACC.* 1999;33:211A.
21. Juenger J, Schellberg D, Kraemer S, et al. Health related quality of life in patients with congestive heart failure: comparison with other chronic diseases and relation to functional variables. *Heart.* 2002;87:235-41.
22. Rumsfeld JS, Havranek E, Masoudi FA, et al. Depressive symptoms are the strongest predictors of short-term declines in health status in patients with heart failure. *J Am Coll Cardiol.* 2003;42:1811-7.
23. Gottlieb SS, Khatta M, Friedmann E, et al. The influence of age, gender, and race on the prevalence of depression in heart failure patients. *J Am Coll Cardiol.* 2004;43:1542-9.
24. Havranek EP, Spertus JA, Masoudi FA, Jones PG, Rumsfeld JS. Predictors of the onset of depressive symptoms in patients with heart failure. *J Am Coll Cardiol.* 2004;44:2333-8.
25. Ades PA, Coello CE. Effects of exercise and cardiac rehabilitation on cardiovascular outcomes. *Med Clin North Am.* 2000;84:251-65.

26. Ades PA. Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease. *N Engl J Med.* 2000;345:892-902.
27. Dugmore LD, Tipson RJ, Phillips MH. Changes in cardiorespiratory fitness, psychological wellbeing, quality of life and vocational status following a 12-month cardiac exercise rehabilitation programme. *Heart.* 1999;81:359-66.
28. Sullivan M, Levy WC, Russo JE, Spertus JA. Depression and health status in patients with advanced heart failure: a prospective study in tertiary care. *J Card Fail.* 2004;10:390-6.
29. Dall'Ago P, Chiappa GR, Guths H, Stein R, Ribeiro JP. Inspiratory muscle training in patients with heart failure and inspiratory muscle weakness. *J Am Coll Cardiol.* 2006;47:757-63.
30. Kennedy MD, Haykowsky M, Daub B, Van Lohuizen K, Knapik G, Black B. Effects of a comprehensive cardiac rehabilitation program on quality of life and exercise tolerance in women: A retrospective analysis. *Curr Control Trials Cardiovasc Med.* 2003;4:1.
31. Sampalis J, Boukas S, Liberman M, Reid T, Dupuis G. Impact of waiting time on the quality of life of patients awaiting coronary artery bypass grafting. *CMAJ.* 2001;165:429-33.