

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA E SUA INFLUÊNCIA NA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES ACIMA DE 65 ANOS

CARDIAC INSUFICIENCY AND ITS INFLUENCE IN THE LIVE QUALITY 65 YEARS OLD PATIENTS.

¹COIMBRA, J. R.; ²PIRES-BOUÇAS, P. D.

^{1 e 2}Departamento de Enfermagem–Faculdades Integradas de Ourinhos-FIO/FEMM

RESUMO

A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma patologia definida pela incapacidade do coração desempenhar suas funções podendo ser acarretado pelo Infarto do Miocárdio, *Angina Pectoris*, Cardiopatia Isquêmica Crônica levando a Morte Súbita Cardíaca. No Brasil a IC é considerada uma endemia e é registrada como uma das principais causas de internações hospitalares do tipo cardiovascular em hospitais públicos e privados, sendo os idosos cardíacos responsáveis por cerca de 10% das internações por ano. Esta patologia é uma das principais causas que afetam a qualidade de vida dessas pessoas. Este trabalho investigou 26 idosos portadores de IC aplicando o questionário O *WHOQOL – Breve* para averiguar a influência da doença na qualidade de vida (QV). O questionário permitiu verificar que a maioria dos pacientes entrevistados classifica-se como portadores de ótima QV. E relaciona esta QV com saúde, capacidade de ir, vir e permanecer.

Palavras – chaves: Insuficiência Cardíaca, Idosos, Qualidade de vida.

ABSTRACT

The Cardiac Insuficiency (CI) is a sickness defined by the incapacity of heart performing its functions that can lead to a miocard malfunction, *Angina Pectoris*, Chronic Isquemic Cardiopaty and Cardiac Sudden death. In Brazil the CI is considerate an endemy and is registered as one of the main causes of cardiovascular hospital internation in private and public hospitals , of which 10% of internations in a year are of cardiac ill elders. This sickness is one of the main causes that affect the life quality of this people. This job investigated 26 elders with CI applying the *WHOQOL questionary – quick* to verify the influence of the sickness in the life quality of this people. That questionary allowed to verify that the majority of the interviewed patients classify themselves as owners of a great life quality and attribute their life quality to having good health, ability to come, to go and to stay.

Key-words: Cardiac Insuficiency, Elders, Life Quality.

INTRODUÇÃO

Insuficiência Cardíaca (IC) é considerada uma síndrome ampla que se caracteriza na incapacidade do coração manter as necessidades metabólicas do organismo prejudicando a manutenção da pressão sanguínea normal do indivíduo (CALUSELL, 2003).

Esta síndrome também se caracteriza como um estado fisiopatológico, em que o coração apresenta-se incapaz de bombear sangue suficiente para satisfazer as necessidades de oxigênio e nutrientes dos tecidos (CARVALHO FILHO; CURIATI, 2001). Corroborando com a classificação fisiopatológica, Calusell (2003), em sua revisão definiu a IC como o resultado de diversas alterações no tecido coronário podendo haver perda de miócitos causado por necrose celular e/ou apoptose decorrentes de alterações ultra-estruturais envolvendo mudanças no padrão da matriz extracelular, anormalidades no complexo contração-excitação, deficiência na utilização de energia e alteração na responsividade neuro-hormonal celular, todos esses mecanismos levam a uma falência cardíaca global.

Clinicamente a IC é definida como uma síndrome que consiste em dispnéia, fadiga e retenção de sal e água (edema periférico e pressão venosa jugular elevada) resultante comumente de disfunção ventricular. Estes sinais e sintomas são decorrentes de uma complexa resposta fisiopatológica diante da incapacidade do coração para atender as necessidades metabólicas dos tecidos (CARVALHO FILHO; CURIATI, 2001).

Entre as cardiopatias as coronariopatias podem ser classificadas como as doenças mais significativas no que se refere à incapacidade funcional de um indivíduo e/ou sua morte. As coronariopatias (ou cardiopatia isquêmica) são designadas por um conjunto de doenças que causam a morte de células do tecido cardíaco resultante de uma deficiência ou falta de oxigenação correta da região. As coronariopatias mais comuns são: *Angina Pectoris*; Infarto Agudo do Miocárdio; Cardiopatia Isquêmica Crônica; Morte Súbita Cardíaca.

A IC no Brasil é considerada uma endemia e é registrada como uma das principais causas de internações hospitalares do tipo cardiovascular em hospitais públicos e privados.

Por estes motivos, esta síndrome é relatada como um desafio clínico na área da saúde pública. Saliendo esta afirmação, em 2001, dados do Ministério da Saúde, através do Sistema Único de Saúde (SUS) relatam que das 11.756.345 internações efetuadas, 1.168.808 (10%) estavam relacionadas ao aparelho cardiovascular havendo no total 77.829 (7%) óbitos e 385.758 (33%) casos relatados como Insuficiência Cardíaca (ALBANESI, 2003). Em 2006, dados do Departamento de Informática e Informação do Sistema Único de Saúde informou, no estado de São

Paulo, o total de 186.521 casos de hospitalizações com diagnóstico de insuficiência cardíaca (IC) (SOARES *et.al.*, 2008).

Outro desafio a saúde pública é o custo do tratamento das pessoas com IC. Araújo e seus colaboradores (2005) investigaram o custo do tratamento de 70 pessoas acima de 60 anos no ano de 2002 e demonstraram que foram gastos por paciente no ano R\$ 1.191,86 em medicamentos ambulatoriais e R\$ 4.033,62 por paciente internado. Somando todos os gastos utilizados por sua amostra populacional, os autores chegaram a um montante de R\$ 444.445,20, sendo que aproximadamente 40% foram usados na hospitalização e 39% no custo direto.

Albanesi (2005) tabulou os dados em número de internações realizadas por regiões pelo Ministério da Saúde – SUS durante o ano de 2002 e os gastos em reais por doenças cardiovasculares (DCV) e por insuficiência cardíaca (IC), o que permite verificar que entre o total de internações, 11.714.184 foram gastos 198.836.488,73 em tratamento da IC (Ex: Tabela 1.).

TABELA 1 - Gastos do SUS-MS no Brasil durante o ano de 2002, referentes ao total das internações realizadas, por doenças cardiovasculares (DCV) e por insuficiência cardíaca (IC), por regiões, em R\$ (reais).

Região	Nº Internações	Custo Total	DCV	Custo IC
Norte	911.232	282.439.044,81	25.239.399,89	8.100.184,12
Nordeste	35.133.825	1.298.561.855,69	167.439.485,13	46.804.232,55
Sudeste	4.408.379	2.411.701.635,22	506.498.835,46	81.507.869,60
Sul	1.935.684	1.017.900.039,40	236.706.254,47	43.457.569,17
Centro-Oeste	945.064	390.757.142,24	765.733.730,65	18.966.633,29
Total	11.714.184	5.401.359.717,36	1.012.457.705,60	198.836.488,73

Nº = número; DCV = doença cardiovascular; IC = insuficiência cardíaca.

Fonte: O Que Vem Ocorrendo Com a Insuficiência Cardíaca no Brasil? de Francisco Manes Albanesi Filho (*vide referências bibliográficas*)

A IC em idosos pode ser relacionada a fatores inerentes ao metabolismo declinante da idade onde as modificações estruturais do coração contribuem para o aparecimento da disfunção diastólica do ventrículo esquerdo (BORGES, 2003). Essas alterações também podem estar relacionadas ao aparecimento de

arteriosclerose, distensibilidade reduzida da aorta e grandes artérias e uma condução cardíaca reduzida (ZASLAVSKY; GUS, 2002).

Carvalho Filho, Curiati (2001) relatam que a causa mais freqüente de insuficiência cardíaca em idosos é a doença coronária e muitas vezes não é evidente e complementam que acima de 75 anos as alterações coronárias são significativas em 40% a 45% dos indivíduos e são responsáveis por acentuar a ocorrência de lesões múltiplas.

Porém, envelhecer é uma etapa da vida onde a dinâmica social, psicológica e principalmente a biológica devem caminhar em direção ao bem estar. Mas é sabido que envelhecer requer adaptações, pois não é um fator totalmente controlável e a biologia do organismo, comandada por todo metabolismo orgânico, decai em rendimento energético e as expressões gênicas para o reparo de algumas deficiências metabólicas e estruturais já não são mais tão eficazes. Tudo se transforma o corpo, as atitudes, o comportamento e inclusive a saúde.

A saúde está diretamente relacionada às atividades diárias. E, por este motivo, é coerente afirmar que qualquer fator que interfira direta ou indiretamente em suas atividades cotidianas (os afazeres domésticos, trabalho, lazer) ou, ainda, que dificulte o auto-cuidado (andar, tomar banho, comer, entre outros) está intimamente ligado a déficit de sua saúde (RODRIGUES *et. al.*,2006). Portanto, a autonomia da pessoa idosa depende da manutenção de sua capacidade funcional possibilitando a sensação de bem estar e uma boa qualidade de vida, independente de sua idade.

Desta forma, pode-se inferir que as complicações que desencadeiam o aparecimento de IC e/ou as complicações que a IC provoca no cotidiano de uma pessoa pode interferir em suas atividades diárias e ainda em sua qualidade de vida (QV).

Qualidade de vida pode ser definida como um método para medir as condições da vida de um ser humano que envolve o bem físico, mental, psicológico e emocional, além de relacionamentos sociais, como família e amigos e também a saúde, educação, poder de compra e outras circunstâncias da vida (site WIKIPEDIA).

Seidl e Zannon (2004 apud SOARES *et. al.*, 2008) descrevem que não há verdadeiramente uma definição conceitual para QV pois este termo envolve conceitos multidimensionais relacionados a aspectos físicos, psicológicos e espirituais do indivíduo. Soares e seus colaboradores descrevem que Organização

Mundial da Saúde define a QV como a percepção que o indivíduo tem da sua vida, englobando o contexto cultural, seus valores e seus sentimentos, expectativas e necessidades.

Esse conceito engloba dimensões amplas, como o bem-estar físico, mental e social, e a relação desses aspectos com o ambiente em que vive. De acordo com esse conceito, ter QV significa não apenas que o indivíduo tenha saúde física e mental, mas que esteja bem consigo, com a vida e com as pessoas com quem convive capaz de reagir de forma satisfatória frente aos problemas e ter controle sobre os acontecimentos do cotidiano. SOARES e seus colaboradores (2008) descrevem que a Organização Mundial da Saúde define a QV como uma percepção individual que envolve o contexto cultural, seus valores e sentimentos, expectativas e necessidades.

Considerando que cerca de 10% dos idosos apresentam IC (BORGES, 2003), e que esta patologia parece estar intimamente relacionada à sua capacidade funcional (RODRIGUES *et. al.*, 2006) este trabalho pretende analisar a interferência de IC no cotidiano de pacientes acima de 65 verificando sua qualidade de vida.

MATERIAIS E MÉTODOS

As pesquisas realizadas para o desenvolvimento deste trabalho foram obtidas a partir do acesso aos bancos de dados Scielo Brasil, Bireme, DATASUS, portal do Senado Brasileiro e portal de pesquisas Google e livros específicos da área cardíaca.

Acrescentando as pesquisas teóricas realizou-se a aplicação de um questionário desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde sobre qualidade de vida o *WHOQOL – Breve* que é composto por quatro domínios: o físico, o psicológico, o social e do meio ambiente. Este questionário foi aplicado para 26 pessoas portadoras de IC acima de 65, no período de julho a setembro de 2009, que estavam no Centro de Saúde I de Ourinhos (20 pessoas) e no consultório médico¹ (6 pessoas) especializado nos tratamentos cardiovasculares.

¹ Consultório Particular do Cardiologista Dr. Lázaro Benedito de Carvalho.

Os dados obtidos através do questionário foram analisados quantitativamente com o auxílio do programa Microsoft Office Excel (1993) para entender a influência da Insuficiência Cardíaca na Qualidade de Vida dos pacientes analisados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise da pesquisa realizada com a aplicação do questionário O *WHOQOL-Breve* demonstrou que entre os 26 idosos com Insuficiência Cardíaca que foram entrevistados 65% revelaram possuir qualidade de vida (QV).

Quando confrontamos os dados da QV com os parâmetros questionados sobre saúde verificamos que cerca de 40% dos pacientes relataram que a assistência à saúde, controle da dor, tratamento médico, qualidade do sono são bastante eficientes (Ex: Figura 1.). Corroborando com os nossos dados, Vecchia *et. al.* (2005) investigando 365 pessoas acima de 60 anos para a QV verificaram que 39% conseguem manter uma boa saúde.

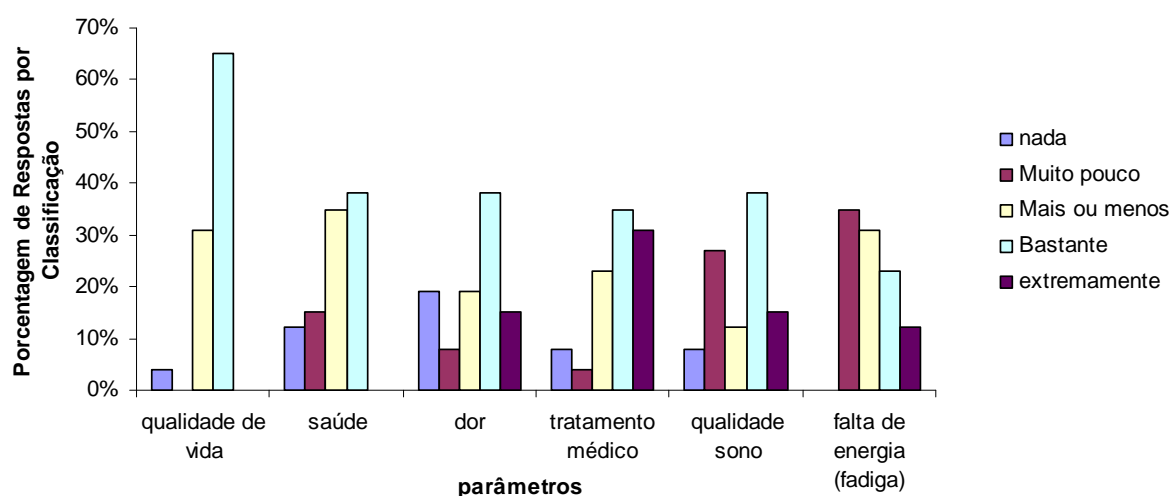


FIGURA 1. Comparação da Qualidade de Vida e os Parâmetros Relacionados a Saúde

Qualidade de vida também engloba a capacidade individual de ir, vir, permanecer e se informar. Para esses parâmetros observou-se que moradia (65%), acesso ao serviço de saúde (42%), meio de transporte (62%) e informações do dia-a-dia (42%) são classificados como eficaz pelos pacientes (Ex: Figura 2.).

Mas, quando questionados sobre recursos financeiros 42% relataram ter muito pouco e 35% mais ou menos (Ex: Figura 2.). Estes dados são relevantes, pois cerca de 77% das pesquisas foram aplicadas para pacientes do Centro de Saúde

atendidos pelo SUS (sistema único de saúde) ou seja são pessoas que dependem do Estado para serem atendidas em suas necessidades.

Para esses 77% dos pacientes que entrevistamos no Centro de Saúde o Estatuto do Idoso, no artigo 8º diz que o envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção um direito social e no artigo 9º descreve que é obrigação do estado, garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade.

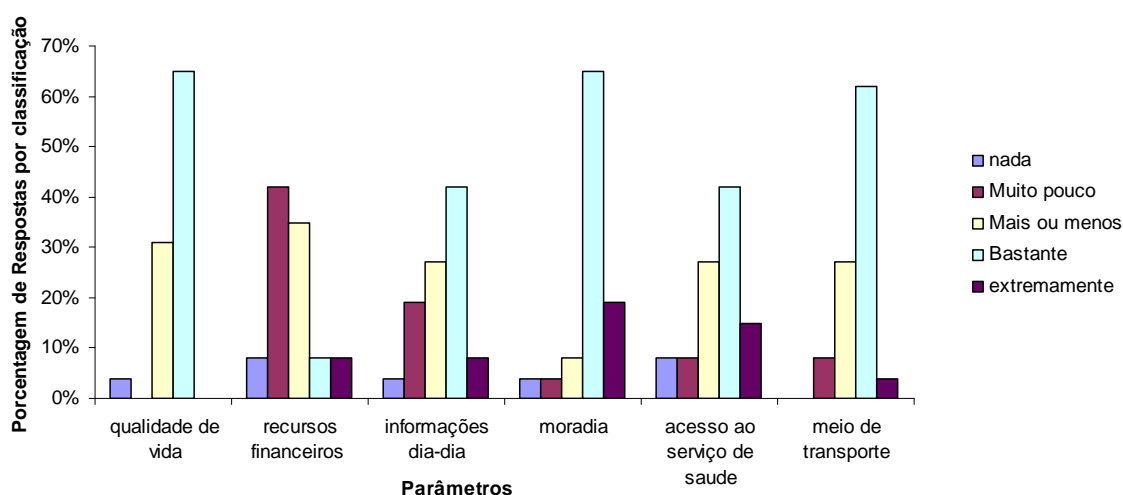


FIGURA 2. Comparação da Qualidade de Vida e os Parâmetros Relacionados a Capacidades Individuais de Ir, Vir, Permanecer e se Informar.

Observando a Tabela 2 podemos verificar que 42% vivem num ambiente físico saudável e possuem condições de locomoção. Para o parâmetro segurança verificamos que aproximadamente 70% dos pacientes (Soma dos itens de satisfação mais ou menos e bastante) relatam viver numa cidade onde se sentem seguros.

A análise do item atividade de lazer (Ex: Tabela 2.) variaram de 12 a 27% para as classificações de satisfação, e este dado é confirmado por estudos recentes onde 22,5% dos entrevistados relatam ter atividades de lazer (Vecchia *et. al.*, 2005).

O parâmetro trabalho (Ex: Tabela 2.), nos permite inferir que por serem idosos a maioria dos pacientes podem estar aposentados e/ou não possuem condições fisiológicas para tanto, devido principalmente a condição patológica de IC.

A análise da Figura 3 permite verificar que os idosos entrevistados apresentam bastante satisfação na aparência (58%), satisfação pessoal (54%),

possuem boas relações pessoais (62%), sexuais (35%) e amizade (54%). Unindo-se a esses dados, a concentração demonstra que essas pessoas apresentam lucidez e esclarecimento sobre as condições de sua vida.

Quando foram questionados sobre sentido da vida e sentimentos negativos a frequência entre os itens de satisfação foram bastante igualitários nos permitindo apenas verificar a heterogeneidade entre os pacientes e para isto podemos inferir que o grau de acometimento pela IC entre eles é bastante variável.

TABELA 2. Comparação da Qualidade de Vida com ambiente favorável e atividades cotidianas.

Parâmetros	Classificação de Satisfação				
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
Qualidade de Vida	4%	0	31%	65%	0
Segurança	0%	19%	31%	38%	12%
Ambiente Físico Saudável	8%	15%	19%	42%	15%
Atividades de Lazer	12%	27%	19%	23%	19%
Locomoção	0%	23%	15%	42%	19%
Atividades Diárias	4%	27%	19%	38%	12%
Trabalhar	12%	35%	31%	15%	8%

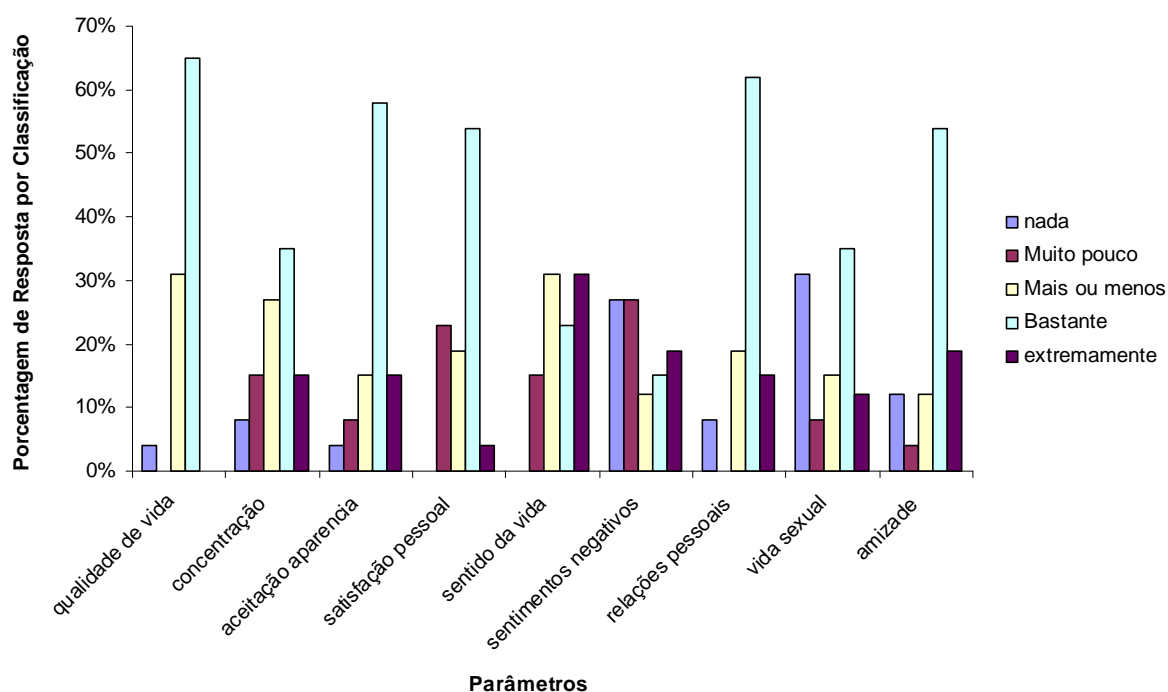


FIGURA 3. Comparação da Qualidade de Vida e as Relações Pessoais

Ao fazer a comparação entre a qualidade e o aproveitamento de vida verificamos a discrepância entre as classificações de satisfação, pois enquanto a maioria relata ter uma boa QV ao mesmo tempo mostram não aproveitá-la (FIGURA 4).

As análises gerais dos dados postulam que os pacientes com IC questionados neste trabalho geralmente associam QV com aspectos relacionados diretamente a saúde (Ex: figura 1.). O que não se reflete totalmente na literatura científica, pois alguns autores (SANTOS *et. al.*, 2002 *apud* SOARES *et. al.*, 2008) descrevem qualidade de vida relacionando-a ao bem-estar pessoal e a auto-estima associando-as a diversos aspectos como “a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o auto-cuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade”. Outros autores, porém, associam QV “ao estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive” (VELARDE e AVILA, 2002 *apud* SOARES *et. al.*, 2008).

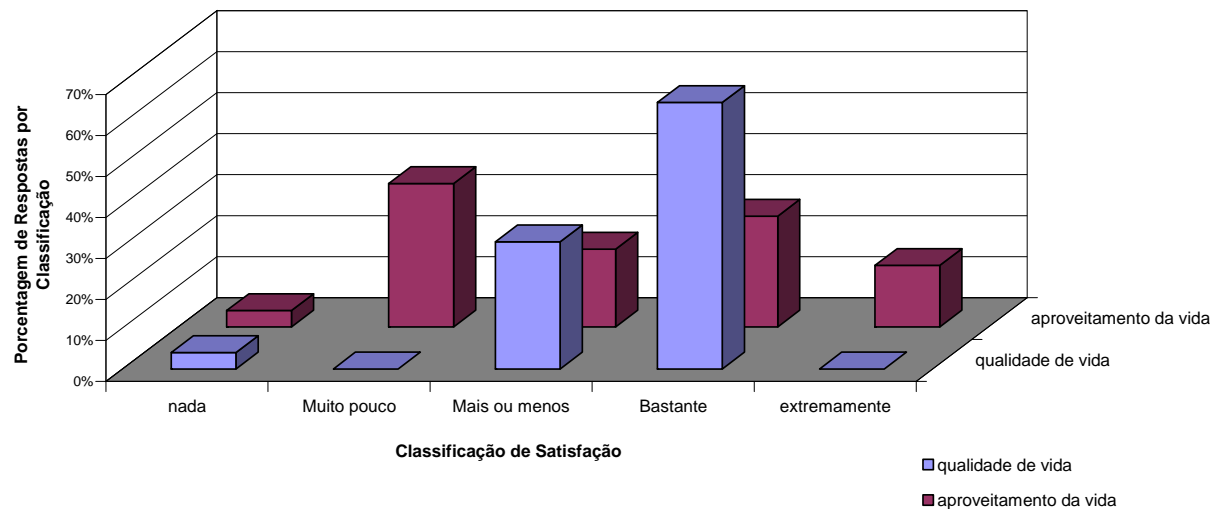


Figura 4. Comparação entre a qualidade e o aproveitamento da vida

CONCLUSÃO

Assim como descrevemos que qualidade de vida é um método utilizado para medir as condições de vida de um ser humano, e a única forma de analisá-la é investigando as várias condições de bem-estar físico, mental e social inerente à pessoa este trabalho pode contribuir para determinar a QV em idosos portadores de IC.

O presente trabalho verificou que a maioria dos pacientes entrevistados se classifica entre as pessoas com ótima QV. E eles relacionam esta QV com saúde, capacidade de ir, vir e permanecer e as condições do ambiente em que vivem.

Porém, não relacionam qualidade de vida com recursos financeiros e consequentemente com atividades de lazer e aproveitamento da vida.

Esperamos que os dados apresentados neste artigo sejam de grande contribuição aos profissionais da saúde e assistência social de forma que os idosos com IC possam ser monitorados de maneira digna e com qualidade.

AGRADECIMENTO

Agradecemos aos funcionários do Centro de Saúde I de Ourinhos que permitiram a aplicação do questionário aos pacientes com Insuficiência Cardíaca.

Ao Cardiologista Dr. Lázaro, agradecemos o apoio e as oportunidades oferecidas para a realização deste trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

_____. **INSUFICIÊNCIA CARDÍACA**. Coordenadores Antônio Carlos Pereira Barretto e Edimar Alcides Bocchi. São Paulo: Editora Segmento, 2003.

ALBANESI FILHO, F. M. **Epidemiologia da Insuficiência Cardíaca**. *In*: Insuficiência Cardíaca. Coordenadores Antonio Carlos Pereira Barretto e Edimar Alcides Bocchi. São Paulo: Editora Segmento, 2003.

ALBANESI FILHO, F. M. **O que vem acontecendo com a Insuficiência Cardíaca no Brasil**. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 85, n. 3, 2005.

ARAÚJO et. al. Custo da Insuficiência Cardíaca no Sistema Único de Saúde. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 84, n. 5, 2005.

BORGES, J. R. **Insuficiência Cardíaca no Idoso**. *In*: Insuficiência Cardíaca. Coordenadores Antonio Carlos Pereira Barretto e Edimar Alcides Bocchi. São Paulo: Editora Segmento, 2003.

BRASIL. Senado Federal Comissão Diretora. Parecer nº 1.301 de 2003. **Estatuto do Idoso**. Disponível em: www.google.com.br. Acessado em agosto de 2009.

CALUSSEL, N. **Fisiopatologia da Insuficiência Cardíaca**. *In*: Insuficiência Cardíaca. Coordenadores Antonio Carlos Pereira Barretto e Edimar Alcides Bocchi. São Paulo: Editora Segmento, 2003.

CARVALHO FILHO, E. T.; CURIATI, J. A. E. **Insuficiência cardíaca no idoso**. 2001 Disponível: http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=1382. Acessado em agosto de 2009.

RODRIGUES, S. L. A. et. al. A saúde de idosos que cuidam de idosos. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 40, n. 4, p. 493-500. 2006. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/. Acessado em agosto de 2009.

SOARES, D. A. et. al. **Qualidade de vida de portadores de insuficiência cardíaca**. São Paulo: Acta Paulista de Enfermagem, v. 21, n 2, p. 243-248, 2008.

VECCHIA, et. al. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo.

Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 246, n. 3, p. 246-252. 2005.

ZASLAVSKY, C; GUS, I. Idoso: Doença Cardíaca e Comorbidade. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 79, n. 6, p. 635-639, 2002.

www.cardiol.com.br acessado em maio de 2009.

http://pt.wikipedia.org/wiki/qualidade_de_vida acessado em 10/08/09