

## **Influência do Género na Qualidade de Vida em Doentes com Insuficiência Cardíaca**

Elisabete Nave Leal (1, 3), José Pais Ribeiro (1), Mário Oliveira (2), Nogueira da Silva (2), Rui Soares (2), José Fragata (2); Rui Ferreira (2)

1- Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, UP; 2 – Centro Hospitalar de Lisboa Central, Hospital de Santa Marta; 3-Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, IPL.

A Insuficiência Cardíaca (IC) é um problema da Saúde Pública: é uma síndrome com elevada morbidade e mortalidade, identificada como causa principal de internamento hospitalar após os 65 anos na Europa. Prevê-se que a prevalência da IC possa aumentar em cerca de 50% a 70% até ao ano de 2030. É a derradeira fase da maioria das doenças cardíacas, aspecto que, associado aos progressos terapêuticos e ao aumento da esperança média de vida, faz com que a prevalência e incidência da IC continuem a aumentar. A doença afecta já cerca de 2% da população na Europa. Em Portugal, a prevalência foi de 4,36%, afectando cerca de 260.000 indivíduos. Esta é aproximadamente igual entre homens e mulheres, apresentado estas últimas um ratio ligeiramente superior (Ceia, 2000). O enorme impacto social e económico desta síndrome reflecte-se na qualidade de vida (QV) dos doentes e seus familiares. Apesar da diversa investigação centrada na intervenção terapêutica na IC que tem como *outcome* a QV, o impacto do género nas dimensões da QV permanece controverso. O presente estudo teve como objectivo avaliar a influência do género na QV dos doentes com IC submetidos a terapêutica múltipla.

## MÉTODO

### *Participantes*

128 doentes, 98 homens e 30 mulheres, com fracção de ejeção ventricular esquerda (FEVE) <35%, em classe II-IV da *New York Heart Association* (NYHA). A idade dos homens era de  $61,45 \pm 12,22$ , com  $6,61 \pm 3,77$  anos de escolaridade, 74,5% casados e 72,4% reformados, maioritariamente com IC de etiologia isquémica (55,1%). Apresentavam como comorbilidades na sua maioria a diabetes (29,6%) e hipertensão arterial (29,6%). O FEVE era  $25,41 \pm 6,35$ , encontrando-se a maioria em classe III da NYHA (52%). A idade das mulheres era de  $63,10 \pm 11,72$ , com  $6,80 \pm 4,54$  anos de escolaridade, 56,7% casadas e 80% reformadas, com IC na sua maioria de etiologia isquémica (40%). Apresentavam como comorbilidades na sua maioria a hipertensão arterial (46,7%). O FEVE era  $24,76 \pm 5,81$ , encontrando-se a maioria em classe III da NYHA (70%).

### *Material*

Para avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde, recorreu-se à versão portuguesa do *Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire* (KCCQ). É constituída por 23 itens distribuídos por 5 domínios: limitação física, sintomas, qualidade de vida, auto-eficácia e limitação social. O domínio da limitação física mede em que extensão os sintomas da ICC limitaram algumas das actividades diárias dos doentes num período de duas semanas. O domínio sintomas insere-se no número de vezes que os sintomas de ICC, como cansaço, dispneia ou edema das extremidades ocorreram num período de duas semanas e se houve alterações destes sintomas no referido período de tempo. O domínio auto-eficácia mede a capacidade do doente para perceber como pode evitar o agravamento dos sintomas e o que fazer caso tal se verifique. O domínio qualidade de vida avalia a percepção do doente acerca do seu gosto em viver ou o desânimo devido à sua doença cardíaca. O domínio limitação social avalia como é que a ICC

afecta o estilo de vida dos doentes. Para facilitar a interpretação dos resultados, os autores constituíram dois somatórios: o primeiro denominado de estado funcional, que compreende os domínios da limitação física e sintomas, excluindo a questão referente à estabilidade dos sintomas e o segundo, denominado de sumário clínico, que compreende o somatório do estado funcional, domínios de qualidade de vida e limitação social. *Scores* mais elevados indicam melhor estado de saúde (Nave Leal et al., in press).

### *Procedimento*

Num primeiro momento, o questionário de QV foi preenchido durante o internamento, previamente à intervenção. Posteriormente os doentes foram submetidos a transplante cardíaco (8), terapêutica de ressincronização cardíaca (52), implantação de cardioversor-desfibrilhador (44), cirurgia valvular com revascularização do miocárdio (14) e optimização farmacológica (10). O questionário de QV foi novamente preenchido em dois momentos distintos: na consulta externa de *follow-up* no 3º e 6º mês subsequentes à intervenção clínica.

## RESULTADOS

Antes da intervenção as mulheres referenciaram maior limitação na actividade física e menor auto-eficácia (quadro 1).

### Quadro 1

*Diferenças entre grupos para o KCCQ com base no género antes da intervenção*

Dimensões do KCCQ	Masculino <u>M</u>	Feminino <u>M</u>	<u>t</u>	<u>p</u>
Limitação Física	61,93	47,82	2,34	0,02
Sintomas	62,11	54,19	1,31	NS
Auto-Eficácia	83,33	71,67	2,01	0,04
Qualidade de Vida	42,94	38,89	0,63	NS
Limitação Social	62,24	60,55	0,24	NS
Estado Funcional	63,14	53,86	1,61	NS
Sumário Clínico	59,72	52,48	1,29	NS

Nos dois momentos de avaliação após a intervenção, não houve diferenças entre homens e mulheres nos domínios e somatórios do KCCQ (quadro 2 e 3).

Quadro 2

*Diferenças entre grupos para o KCCQ com base no género ao 3º mês de seguimento*

Dimensões do KCCQ	Masculino <u>M</u>	Feminino <u>M</u>	t	p
Limitação Física	83,40	75,46	1,42	NS
Sintomas	80,96	80,09	0,18	NS
Auto-Eficácia	91,76	87,93	0,95	NS
Qualidade de Vida	73,90	67,24	1,07	NS
Limitação Social	83,24	80,60	0,46	NS
Estado Funcional	83,17	79,50	0,75	NS
Sumário Clínico	81,91	78,01	0,78	NS

Quadro 3

*Diferenças entre grupos para o KCCQ com base no género ao 6º mês de seguimento*

Dimensões do KCCQ	Masculino <u>M</u>	Feminino <u>M</u>	t	p
Limitação Física	84,17	79,12	0,98	NS
Sintomas	82,07	75,66	1,28	NS
Auto-Eficácia	88,97	84,44	0,86	NS
Qualidade de Vida	75,57	72,84	0,44	NS
Limitação Social	85,63	83,10	0,46	NS
Estado Funcional	84,07	78,58	1,17	NS
Sumário Clínico	82,26	77,53	0,96	NS

## DISCUSSÃO

A QV nos doentes com IC, não parece diferenciar-se com base no género. Resultados similares foram encontrados em vários estudos (Frazén, Saveman & Blomqvist, 2007; Heo, Moser & Widener, 2008; Zambroski, Moser, Bhat & Ziegler, 2005). Noutros, surgem relatos de diminuição da QV global e da actividade física e status social em mulheres com IC (Gott et al., 2006; Riedinger, Dracup, Bretch, Padilla, Sarna & Ganzs, 2001). De facto, se

observarmos a literatura, constatamos que os resultados dos estudos versando a influência do género na QV na IC são contraditórios. Johansson, Dalhstrom, e Brostrom (2005) num artigo de revisão sobre quais os factores e intervenções que influenciam a QV na IC, referem que este facto se deve a três factores:

- a) a heterogenidade das amostras: as diferenças iniciais entre géneros desaparecem ao ajustarmos a NYHA, a FEVE, a idade e o estado civil;
- b) o uso de diferentes instrumentos para medir a QV. Não sabemos se estes instrumentos são capazes de detectar diferenças entre os géneros ou mesmo se é possível compará-los;
- c) Os factores que parecem influenciar a QV nas mulheres (sintomas, saúde física e estado funcional) podem ter influência nos homens. Estes podem não os considerar relevantes e considerar outros como importantes para a sua QV.

A amostra era desproporcional quanto ao género. De facto, os estudos acerca do impacto desta síndrome na QV, na sua maioria possuem amostras reduzidas de mulheres, tornando difícil comparar resultados com base no género. Se a nível nacional a proporção de mulheres com IC é superior à masculina, a pouca representatividade das mulheres nas investigações, parece-nos desproporcional. Lindenfeld, Krause-Steirauf, e Salerno (1997), levantam a questão de que uma maior incidência da disfunção diastólica nas mulheres, justificaria a sua ausência da maioria dos estudos onde a disfunção sistólica é critério de inclusão. No presente estudo este critério foi aplicado como factor de inclusão.

Concluindo, parece-nos que o género por si só não determina QV nesta população. No entanto pode contribuir para a relevância dos factores percebidos como importantes para este construto. As características desta síndrome nas mulheres parecem ser um factor determinante para a dimensão dos grupos femininos estudados e para os valores de QV reportados.

## REFERÊNCIAS

- Ceia, F. (2000). Notícias da cardiologia portuguesa – Insuficiência cardíaca em Portugal: A) Estudo ÉPICA; B) Inquérito Nacional Hospitalar. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 19 (supl IV), 126-127.
- Frazén, K., Saveman, B. & Blomqvist, K (2007). Predictors for health related quality of life in persons 65 years or older with chronic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 6 (2), 112-120.
- Gott, M., Barnes, S., Parker, C., Payne, S., Seamark, D., Gariballa, S. et al. (2006). Predictors of the quality of life of older people with heart failure recruited from primary care. *Age and Ageing*, 35, 172-177.
- Heo, S., Moser, D. & Widner, J (2008). Gender differences in the effects of physical and emotional symptoms on health related quality of life in patients with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 45 (12), 1807-1815.
- Johansson, P., Dahlstrom, U & Brostrom, A. (2006). Factors and interventions influencing health related quality of life in patients with heart failure: a review of the literature. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5 (1), 5-15.
- Lindenfeld, J., Krause-Steirauf, I., Salerno, J.(1997). Where are all the women in heart failure?. *Journal American College of Cardiology*, 30,1417-1419.
- Nave Leal, E., Pais Ribeiro, J., Oliveira, M., Nogueira da Silva, J, Soares, R.,Fragata, J., et al. (in press). Propriedades psicométricas da versão portuguesa do Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire na miocardiopatia dilatada com insuficiência cardíaca congestiva. *Revista Portuguesa de Cardiologia*.
- Riedinger, M., Dracup, K., Bretch, M., Padilla, G., Sarna, L. & Ganzs, P. (2001). Quality of life in patients with heart failure: do gender differences exist? *Heart and Lung*, 30, 105-116.

Zambroski, C., Moser, D., Bath, G. & Ziegler (2005). Impact of symptom prevalence and symptom burden on quality of life in patients with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 4, 198-206.