

ARTIGO ORIGINAL

Perfil clínico e qualidade de vida de pacientes hospitalizados com insuficiência cardíaca descompensada: análise transversal de um ensaio clínico randomizado

Clinical profile and quality of life of hospitalized patients with decompensated heart failure: cross-sectional analysis of a randomized clinical trial

Perfil clínico y calidad de vida de pacientes hospitalizados con insuficiencia cardíaca descompensada: análisis transversal de un ensayo clínico aleatorizado

Brenda Gonçalves

Donay Alves¹

orcid.org/0000-0002-0151-3460
brenda.donay@gmail.com

Ellen Hettwer

Magedanz²

orcid.org/0000-0001-6333-1710
ellenmagedanz@yahoo.com.br

Andréia da Silva

Gustavo²

orcid.org/0000-0002-1128-2192
andrea.gustavo@pucrs.br

Luiz Carlos Bodanese¹

orcid.org/0000-0002-3142-7336
lcbodanese@pucrs.br

Recebido em: 27 jan. 2026.

Aprovado em: 10 ago. 2026.

Publicado em: 29 set. 2026.



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob a licença [CC-BY 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), que permite a cópia e redistribuição do material em qualquer formato e para qualquer finalidade, desde que a autoria original e os créditos de publicação sejam mantidos.

Resumo

Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) está associada a diversas comorbidades e tratamento complexo, comprometendo a qualidade de vida (QV) dos pacientes. **Objetivo:** avaliar o perfil e a QV de pacientes com IC descompensada no momento de ingresso em uma intervenção educativa em saúde. **Método:** Estudo observacional transversal, aninhado a um ensaio clínico randomizado. Foram incluídos pacientes com idade >18 anos internados em um hospital de Porto Alegre. Foram aplicados os instrumentos *Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire* (KCCQ) e *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS). **Resultados:** Foram avaliados 65 pacientes, com média de idade de 64,5±13,1 anos; 56,9% eram do sexo masculino. O IMC médio foi de 27,0±5,2 kg/m², e a CA média foi de 98,8±15,1 cm. A etiologia isquêmica foi a mais frequente (50,8%), e a média da FEVE foi de 38,1±18,0%; 66,2% apresentaram ICFer, 47,7% estavam na classe funcional III e 84,6% apresentaram perfil clínico-hemodinâmico quente e úmido. Na pontuação do KCCQ, os pacientes que já tinham o diagnóstico de IC apresentaram maior pontuação na Limitação social (p=0,043) em comparação com os diagnosticados na internação. Em pacientes com NYHA IV, os escores de Limitação física (p=0,003), os subitens Frequência (p=0,022) e Gravidade (p=0,044) do domínio Sintomas, o Escore total dos sintomas (p=0,014) e o escore de Qualidade de vida (p=0,030) foram inferiores aos escores de pacientes com NYHA I. A maioria foi classificada como sem ansiedade (55,4%) e sem depressão (75,4%). **Conclusões:** pacientes com NYHA IV vs. I apresentaram escores inferiores nos domínios Limitação física, Sintomas (Frequência e Gravidade) e Qualidade de vida, além do Escore total dos sintomas. A FEVE e os níveis de ansiedade e depressão não apresentaram diferença significativa em relação à QV de pacientes portadores de IC.

Palavras-chave: insuficiência cardíaca; qualidade de vida; hospitalização.

Abstract

Background: Heart failure (HF) is associated with several comorbidities and complex treatment, compromising patients' quality of life (QoL). **Objective:** to evaluate the profile and QoL of patients with decompensated HF at the time of entry into an educational health intervention. **Method:** Cross-sectional observational study nested within a randomized clinical trial. Patients aged >18 years admitted to a hospital in Porto Alegre were included. The *Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire* (KCCQ) and the *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) instruments were applied. **Results:** Sixty-five patients were evaluated, with a mean age of 64.5±13.1 years; 56.9% were male. The mean BMI was 27.0±5.2 kg/m², and the mean WC was 98.8±15.1 cm. Ischemic etiology was the most common (50.8%), the mean LVEF was 38.1±18.0%; 66.2% had HFrEF, 47.7% were in functional class III,

¹ Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS, Brasil.

² Escola de Ciências da Saúde e da Vida (ECSV), Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS, Brasil.

and 84.6% had a hot and humid clinical-hemodynamic profile. In the KCCQ score, patients who already had a diagnosis of HF had a higher score in Social Limitation ($p=0.043$), compared to those diagnosed during hospitalization. In patients with NYHA IV, the Physical Limitation score ($p=0.003$), the Frequency ($p=0.022$) and Severity ($p=0.044$) subitems of the Symptoms domain, the Total Symptom Score ($p=0.014$), and the Quality of Life score ($p=0.030$) were lower than the scores of patients with NYHA I. The majority were classified as having no anxiety (55.4%) and no depression (75.4%). **Conclusions:** patients with NYHA IV vs. I presented lower scores in the Physical Limitation, Symptoms (Frequency and Severity) and Quality of Life domains, in addition to the Total Symptom Score. LVEF and levels of anxiety and depression showed no significant differences in relation to the QoL of patients with HF.

Keywords: heart failure; quality of life; hospitalization.

Resumen

Base: La insuficiencia cardíaca (IC) se asocia a diversas comorbilidades y a un tratamiento complejo, lo que compromete la calidad de vida (CdV) de los pacientes. **Objetivo:** evaluar el perfil y la CdV de pacientes con IC descompensada al momento de ingresar a una intervención de educación para la salud. **Método:** Estudio observacional transversal, integrado en un ensayo clínico aleatorizado. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años hospitalizados en un hospital de Porto Alegre. Se aplicaron el Cuestionario de Miocardiopatía de la Ciudad de Kansas (KCCQ) y la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS). **Resultados:** Se evaluaron 65 pacientes, con una media de edad de $64,5 \pm 13,1$ años, varones (56,9%), IMC de $27,0 \pm 5,2$ kg/m² y CC de $98,8 \pm 15,1$ cm. La etiología isquémica fue la más frecuente (50,8%), la FEVI media fue de $38,1 \pm 18,0\%$, la IC-FER (66,2%), la clase funcional III (47,7%) y el perfil clínico-hemodinámico cálido y húmedo (84,6%). En la puntuación del KCCQ, los pacientes ya diagnosticados con IC tuvieron puntuaciones más altas en Limitación Social ($p = 0,043$) en comparación con los diagnosticados en la hospitalización. En los pacientes de clase IV de la NYHA, las puntuaciones de los subítems Limitación Física ($p = 0,003$), Frecuencia ($p = 0,022$) y Gravedad ($p = 0,044$) del dominio Síntomas, Puntuación Total de Síntomas ($p = 0,014$) y Calidad de Vida ($p = 0,030$) fueron inferiores a las de los pacientes de clase I de la NYHA. La mayoría fue clasificada como sin ansiedad (55,4%) y sin depresión (75,4%). **Conclusiones:** Los pacientes con clase IV de la NYHA en comparación con los pacientes con clase I presentaron puntuaciones más bajas en las áreas de Limitación Física, Síntomas (Frecuencia y Gravedad) y Calidad de Vida, además de la puntuación total de síntomas. La FEVI y los niveles de ansiedad y depresión no mostraron diferencias significativas en relación con la CdV de los pacientes con insuficiencia cardíaca.

Palabras clave: insuficiencia cardíaca; calidad de vida; hospitalización.

Introdução

A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome clínica complexa, com sintomas e/ou sinais causados por uma anormalidade cardíaca

estrutural e/ou funcional ⁽¹⁻⁴⁾ e corroborada por níveis elevados de peptídeo natriurético e/ou evidência objetiva de congestão pulmonar ou sistêmica ⁽³⁻⁴⁾.

A incidência da IC ajustada para a idade está diminuindo nos países desenvolvidos, provavelmente relacionada à melhora no manejo das doenças cardiovasculares. Entretanto, a incidência geral está aumentando devido ao envelhecimento populacional, a qual é superior a 10% em pessoas com 70 anos ou mais ⁽¹⁾.

Apesar dos avanços na terapêutica que melhoraram o prognóstico dos pacientes, ainda é uma doença que resulta em diminuição significativa da qualidade de vida (QV) e da atividade diária ^(1,2). Em decorrência disso, há aposentadorias precoces e elevados custos socioeconômicos, relacionados às internações hospitalares e atendimentos de urgência. Neste contexto, intervenções para minimizar o impacto desta doença sobre a população atingida e garantir a reinclusão destes pacientes têm grande relevância socioeconômica ⁽²⁾.

Durante o período de internação, principalmente em pacientes com alto risco de readmissão, o indivíduo e seus familiares devem receber orientações sobre a doença, autocuidado e acompanhamento em clínicas/ambulatórios de IC ou em programas de manejo da doença ⁽²⁾.

Há programas para manejo da IC sendo usados frequentemente para auxiliar na otimização do tratamento, no entanto, há dados limitados sobre as características e resultados dos participantes inscritos, embora sejam de suma importância para a identificação de áreas que requerem foco e novas abordagens ⁽⁵⁾.

A educação em saúde deve ser adaptada e baseada em evidências científicas, pois a falta de conhecimento contribui para o autocuidado insuficiente. Há escassa evidência científica de que o aconselhamento específico sobre estilo de vida melhore a QV ou o prognóstico, entretanto, identificar essas variáveis tornou-se um componente fundamental da educação em saúde para o autocuidado ⁽¹⁾.

O objetivo primário deste estudo é avaliar o

perfil e a QV de pacientes com IC descompensada no momento de ingresso em uma intervenção educativa em saúde. Objetivos secundários: comparar a QV com a classificação da FEVE; a QV e o desempenho funcional conforme *New York Heart Association* (NYHA); a QV com a ansiedade e a depressão.

Método

Estudo observacional, do tipo transversal, aninhado a um ensaio clínico randomizado (ECR). Foi utilizada amostra de conveniência para este estudo, composta por pacientes portadores de IC, internados no Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (HSL-PUCRS). Os dados estavam armazenados na plataforma Research Electronic Data Capture (RedCap) e em planilha no Excel; o período de inclusão de dados no banco foi de outubro de 2021 até janeiro de 2024.

Critérios de inclusão: pacientes adultos (≥ 18 anos), internação por IC descompensada de qualquer etiologia em um hospital universitário de Porto Alegre; estar em unidade de enfermaria clínica após o início da compensação do quadro; paciente e/ou familiar alfabetizado; acesso à telefonia.

Critérios de exclusão: pacientes com deficiência visual e auditiva; comorbidades graves e expectativa de vida < 1 ano; pacientes em fila de espera para transplante cardíaco; limitações cognitivas e sem familiar apto a receber e compreender a intervenção educativa.

A equipe foi previamente treinada para aplicar e preencher os instrumentos de coleta de dados. O instrumento de coleta continha os tópicos: dados demográficos, hábitos de vida, investigação da etiologia da IC, classe funcional, histórico clínico, medicações em uso, dados de exames físicos e laboratoriais. Abaixo, apresentam-se o questionário e a escala utilizados:

Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ) é específico para avaliar qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), validado em português para pacientes com IC, do tipo Likert, com 23 questões divididas em cinco domínios:

Limitação física (questão 1), Sintomas (Frequência – questões 3, 5, 7 e 9; Gravidade – questões 4, 6 e 8; Estabilidade – questão 2), Qualidade de vida (questões 12, 13 e 14), Autoeficácia (questões 10 e 11) e Limitação social (questão 15). Os resultados das escalas são escalonados de 0 a 100, em que os escores mais elevados indicam maior QVRS ⁽⁶⁾.

As pontuações do KCCQ são frequentemente separadas por intervalos que representam o estado de saúde nas seguintes categorias: 0 a 24: ruim; de 25 a 49: regular; de 50 a 74: bom; e ≥ 75 a 100: excelente ⁽⁷⁾.

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) é traduzida para o português e avalia o nível de ansiedade e depressão. A escala possui 14 questões, sendo 7 questões para avaliar ansiedade e 7 para depressão; cada questão é pontuada de 0 a 3 pontos, num total de 21 pontos para cada escala. Há dois pontos de corte em ambas as subescalas, sem ansiedade ou depressão de 0 a 8, com ansiedade ou depressão ≥ 9 em cada subescala, respectivamente. A confiabilidade da aplicação na amostra foi considerada alta, tanto para a subescala Ansiedade (alfa de Cronbach = 0,815) quanto para Depressão (alfa de Cronbach = 0,845), indicando sua boa representação da informação desejada ⁽⁸⁾.

Os dados foram analisados com o *software Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS, versão 21.0. A normalidade da distribuição dos dados numéricos foi verificada com o teste de Kolmogorov-Smirnov e as variáveis foram descritas por medidas de tendência central (média ou mediana) e de dispersão (desvio padrão ou intervalo interquartil, de acordo com sua normalidade ou assimetria).

As variáveis categóricas foram apresentadas na forma de números absolutos e relativos. A comparação entre as medidas não paramétricas foi analisada com os testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis, com post hoc de Dunn. Para a correlação entre as variáveis quantitativas foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman. Foram consideradas estatisticamente significativas as análises com $p < 0,05$.

Buscando contemplar os princípios legais e

éticos, de acordo com as Normas e Diretrizes Regulamentadoras da pesquisa em seres humanos do Conselho Nacional de Saúde (Resolução nº 466/2012), a equipe de pesquisa se comprometeu com a confidencialidade e sigilo das informações coletadas, assinando o Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD). O estudo foi aprovado pela Comissão Científica do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da PUCRS, sob o Parecer n. 6.220.119 – CAAE n. 71836423.4.0000.5336.. Além disso, possuímos a licença para a utilização do KCCQ, por meio da identificação do estudo n. 12169., que se encontra neste endereço eletrônico: <https://www.cvoutcomes.org/>.

Resultados

Foram avaliados 65 pacientes com média de idade de 64,5±13,1 anos (intervalo de 34 a 92 anos), a maioria com 60 anos ou mais, do sexo masculino, autodeclarados brancos, casados, com ensino fundamental incompleto e sem atividade laboral (Tabela 1).

Tabela 1 – Características sociodemográficas de pacientes portadores de insuficiência cardíaca (n=65)

Características sociodemográficas	n (%)
Idade em anos (média±DP)	64,5±13,1
Faixa etária	
60 anos ou mais	43 (66,2)
Sexo	
Masculino	37 (56,9)
Cor autodeclarada	
Branco	52 (80,0)
Pardo	4 (6,2)
Preto	9 (13,8)
Estado civil	
Solteiro	13 (20,0)
Casado	31 (47,7)
União estável	3 (4,6)
Separado	2 (3,1)
Divorciado	5 (7,7)
Viúvo	11 (16,9)
Escolaridade	
Ensino fundamental incompleto	19 (29,2)
Ensino fundamental completo	5 (7,7)
Ensino médio incompleto	12 (18,5)

Características sociodemográficas	n (%)
Ensino médio completo	17 (26,2)
Ensino superior incompleto	3 (4,6)
Ensino superior completo	9 (13,8)
Ocupação laboral	
Não ativo	44 (67,7)

DP: Desvio padrão.

Os pacientes apresentavam média de peso de 76,1±17,4 kg, Índice de Massa Corporal (IMC) de 27,0±5,2 kg/m² e circunferência abdominal (CA) de 98,8±15,1 cm. Os avaliados, em maior número, nunca fumaram, consumiam álcool e não realizavam exercícios físicos (Tabela 2).

Tabela 2 – Características antropométricas e de estilo de vida de pacientes portadores de insuficiência cardíaca (n=65)

Características	n (%)
Antropométricas	
Peso em kg (média±DP)	76,1±17,4
Altura em cm (média±DP)	167,6±11,2
Índice de Massa Corporal em kg/m ² (média±DP)	27,0±5,2
Circunferência abdominal em cm (média±DP)	98,8±15,1
Estilo de vida	
Tabagismo	
Nunca fumou	32 (49,2)
Ex-fumante	24 (37,0)
Fumante atual	9 (13,8)
Consumo de álcool	
Sim	38 (58,5)
Prática de exercícios	
Não	51 (78,5)
Atividade sexual	
Não	39 (60,0)

DP: Desvio padrão. Os dados faltantes foram sete para circunferência abdominal.

A maioria dos pacientes avaliados apresentava IC prévia, sendo que os 24,6% restantes receberam o diagnóstico na internação. A etiologia isquêmica foi mais frequente e a mediana do tempo de diagnóstico foi de 5 anos.

A mediana do tempo de internação foi de 15 dias (intervalo de 4 a 102 dias). A maioria não foi internada nos últimos seis meses e, entre os que foram internados, uma internação foi a mais

frequente. A mediana de NT-ProBNP foi de 5.710 pg/mL. A maioria dos pacientes apresentava FEVE reduzida, classe funcional III e perfil clínico-hemodinâmico B (Tabela 3).

Tabela 3 – Dados clínicos e de internação de pacientes portadores de insuficiência cardíaca (n=65)

Variáveis	n (%)
IC prévia	
Sim	49 (75,4)
Etiologia da IC	
Isquêmica	33 (50,8)
Cardiomiopatia	11 (16,9)
Valvar	8 (12,3)
Não esclarecida	6 (9,2)
Taquicardiomiopatia	4 (6,2)
Hipertensiva	2 (3,1)
Cardiotoxicidade	1 (1,5)
Conhecimento da IC antes da internação	
Sim	40 (61,5)
Tempo de diagnóstico de IC em anos (mediana e II)	5 (3-13)
Diagnóstico de IC na internação	
Não	49 (75,4)
Tempo de internação em dias (mediana e II)	15 (11-22)
Ocorrência de internações por IC nos últimos seis meses	
Não	37 (56,9)
Número de internações por IC nos últimos seis meses	
Nenhuma	37 (56,9)
Uma vez	13 (20,0)
Duas vezes ou mais	10 (23,1)
PAS em mmHg (média±DP)	117,5±25,4
PAD em mmHg (média±DP)	68,6±11,9
FC em bpm (média±DP)	77,7±13,0
NT-ProBNP em pg/mL (mediana e II)	5.710 (2.770-11.800)
FEVE % (média±DP)	38,1±18,8
Classificação da FEVE	
Preservada	17 (26,2)
Intermediária	5 (7,7)
Reduzida	43 (66,2)
Classe funcional – NYHA	
I	8 (12,3)
II	8 (12,3)
III	31 (47,7)
IV	18 (27,7)

Variáveis	n (%)
Perfil clínico-hemodinâmico	
A – Quente e seco	8 (12,3)
B – Quente e úmido	55 (84,6)
C – Frio e úmido	2 (3,1)

DP: Desvio padrão; **IC:** Insuficiência Cardíaca; **II:** Intervalo interquartil; **PAS:** Pressão Arterial Sistólica; **PAD:** Pressão Arterial Diastólica; **FC:** Frequência Cardíaca; **NT-ProBNP:** N-Terminal do pró-hormônio do peptídeo natriurético cerebral; **FEVE:** Fração de Ejeção do Ventrículo Esquerdo; **NYHA:** *New York Heart Association*. Os dados faltantes foram seis para N-Terminal do pró-hormônio do peptídeo natriurético cerebral.

Entre as comorbidades, HA, DM e dislipidemia foram as mais frequentes. Dos medicamentos prescritos na alta hospitalar, quatro eram utilizados por mais da metade dos pacientes: betabloqueadores, diuréticos de alça, estatinas e antiagregantes plaquetários (Tabela 4).

Tabela 4 – Frequência das comorbidades e dos medicamentos prescritos na alta hospitalar de pacientes portadores de insuficiência cardíaca (n=65)

Variáveis	n (%)
Comorbidades	
HA	43 (66,2)
DM	34 (52,3)
Dislipidemia	29 (44,6)
ICP	17 (26,2)
IAM prévio	16 (24,6)
FA	15 (23,1)
CRM prévio	9 (13,8)
DPOC	9 (13,8)
AI	8 (12,3)
AVC prévio	7 (10,8)
Depressão	6 (9,2)
Medicamentos prescritos na alta hospitalar	
Betabloqueador	61 (93,8)
Diurético de alça	46 (70,8)
Estatina	40 (61,5)
Antiagregante plaquetário	36 (55,4)
Antagonista da aldosterona	30 (46,2)
iSGLT2	30 (46,2)
iECA	28 (43,1)
DOACs	18 (27,7)
Vasodilatadores	
Hidralazina	14 (21,5)

Variáveis	n (%)
Nitratos	14 (21,5)
INRA	11 (16,9)
BRA	9 (13,8)
Diurético tiazídico	6 (9,2)
AVK	5 (7,7)
Digitálico	2 (3,1)
Ivabradina	1 (1,5)

HA: Hipertensão Arterial; DM: Diabetes melito; ICP: Intervenção Coronária Percutânea; IAM: Infarto Agudo do Miocárdio; FA: Fibrilação Atrial; CRM: Cirurgia de Revascularização Miocárdica; DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; AI: Angina Instável; AVC: Acidente Vascular Cerebral; iSGLT2: Inibidores do Cotransportador de Sódio e Glicose 2; iECA: Inibidores da Enzima de Conversão de Angiotensina

II; DOACs: Anticoagulantes Orais Diretos; INRA: Inibidor da Neprilisina e do Receptor de Angiotensina; BRA: Bloqueadores dos Receptores de Angiotensina II; AVK: antagonista oral de vitamina K.

Na amostra total, quando avaliado o KCCQ, as maiores medianas entre os escores foram para Estabilidade (subitem do domínio Sintomas) e Autoeficácia. A Limitação física apresentou a menor mediana. A mediana do escore de Limitação social dos pacientes que já tinham o diagnóstico de IC no ato da internação hospitalar foi inferior à dos que foram diagnosticados no momento da internação ($p=0,043$) (Tabela 5).

Tabela 5 – Qualidade de vida relacionada à saúde, de pacientes diagnosticados nesta internação com insuficiência cardíaca, ou com diagnóstico prévio, segundo o *Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire* (KCCQ) (n=65)

<i>Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire</i> (KCCQ)	Amostra total Mediana (II)	Diagnóstico de insuficiência cardíaca na internação		P
		Não n=49 Mediana (II)	Sim n=16 Mediana (II)	
Limitação física	17,7 (4,2-54,2)	16,7 (4,2-50,0)	35,4 (10,4-64,4)	0,144
Sintomas				
Estabilidade	75,0 (75,0-75,0)	75,0 (75,0-75,0)	75,0 (75,0-75,0)	0,834
Frequência	33,3 (16,7-54,2)	33,3 (17,7-54,2)	37,5 (13,5-64,1)	0,583
Gravidade	33,3 (16,7-45,8)	25,0 (16,7-50,0)	33,3 (18,8-41,7)	0,499
Escore total dos sintomas	31,5 (20,3-50,0)	30,2 (20,3-49,0)	37,5 (20,3-56,5)	0,563
Autoeficácia	75,0 (62,5-75,0)	87,5 (62,5-100,0)	62,5 (50,0-96,9)	0,260
Qualidade de vida	33,3 (16,7-62,5)	33,3 (16,7-58,3)	29,2 (16,7-66,7)	0,690
Limitação social	37,5 (12,5-68,8)	28,1 (12,5-62,5)	56,3 (32,8-93,8)	0,043
Resumo do escore clínico	24,5 (15,9-50,8)	22,9 (15,1-43,8)	35,4 (21,4-58,6)	0,201
Pontuação geral	32,8 (20,3-49,7)	31,3 (20,1-44,0)	41,9 (21,9-64,3)	0,132

P: Teste de Mann-Whitney. II: Intervalo Interquartil. Os dados faltantes foram um para limitação física, e três para o escore de limitação social.

O percentual da FEVE não se mostrou correlacionado com QVRS (Tabela 6).

Tabela 6 – Correlação entre qualidade de vida relacionada à saúde e Fração de Ejeção Ventricular Esquerda (FEVE), de pacientes portadores de insuficiência cardíaca, segundo o *Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire* (KCCQ) (n=65)

<i>Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire</i> (KCCQ)	Fração de Ejeção Ventricular Esquerda FEVE	
	s	P
Limitação física	0,078	0,539
Sintomas		
Estabilidade	-0,133	0,291
Frequência	-0,078	0,536
Gravidade	0,030	0,815

Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ)	Fração de Ejeção Ventricular Esquerda FEVE	
	S	P
Escore total dos sintomas	-0,031	0,803
Autoeficácia	0,023	0,857
Qualidade de vida	0,077	0,540
Limitação social	-0,036	0,780
Resumo do escore clínico	0,066	0,602
Pontuação geral	0,024	0,851

P: coeficiente de correlação de Spearman. Os dados faltantes foram um para limitação física, e três para o escore de limitação social.

Não houve diferença estatística significativa relação às categorias da FEVE (Tabela 7).
 entre as medianas dos escores de QVRS em

Tabela 7 – Comparação dos escores de qualidade de vida relacionada à saúde de acordo com as categorias de Fração de Ejeção Ventricular Esquerda (FEVE), de pacientes portadores de insuficiência cardíaca, segundo o *Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire* (KCCQ) (n=65)

Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ)	Fração de Ejeção Ventricular Esquerda FEVE			P
	Preservada n=17	Intermediária n=5	Reduzida n=43	
	Mediana (II)	Mediana (II)	Mediana (II)	
Limitação física	12,5 (6,3-43,8)	8,3 (0,0-71,9)	22,9 (4,2-58,3)	0,690
Sintomas				
Estabilidade	75,0 (75,0-75,0)	75,0 (62,5-87,5)	75,0 (75,0-75,0)	0,886
Frequência	25,0 (15,6-56,3)	41,7 (14,6-64,6)	37,5 (16,7-54,2)	0,768
Gravidade	25,0 (16,7-41,7)	33,3 (16,7-54,2)	33,3 (16,7-50,0)	0,909
Escore total dos sintomas	28,1 (20,3-45,8)	29,2 (19,8-59,4)	33,3 (18,8-50,0)	0,778
Autoeficácia	75,0 (56,3-87,5)	87,5 (75,0-100,0)	75,0 (62,5-100,0)	0,383
Qualidade de vida	25,0 (16,7-45,8)	58,3 (20,8-91,7)	33,3 (16,7-66,7)	0,384
Limitação social	25,0 (6,3-78,1)	22,9 (7,8-59,9)	43,8 (21,9-67,7)	0,420
Resumo do escore clínico	21,4 (12,0-44,5)	14,6 (12,0-65,6)	26,0 (16,7-52,6)	0,648
Pontuação geral	29,7 (15,9-43,6)	36,4 (13,5-71,1)	32,8 (21,4-52,1)	0,552

P: Teste de Kruskal-Wallis. II: Intervalo Interquartil. Os dados faltantes foram um para limitação física, e três para o escore de limitação social.

Em pacientes com NYHA IV, os escores de Limitação física (p=0,003), os subitens Frequência (p=0,022) e Gravidade (p=0,044) do domínio Sintomas, Escore total dos sintomas (p=0,014), Qualidade de vida (p=0,030), Resumo do escore clínico (p=0,001) e Pontuação geral (p=0,003) foram inferiores aos escores de pacientes com NYHA I (Tabela 8).

Tabela 8 – Comparação dos escores de qualidade de vida relacionada à saúde segundo a classe funcional em pacientes portadores de insuficiência cardíaca, segundo o *Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire* (KCCQ) (n=65)

Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ)	Classe Funcional – NYHA				P
	I n=8	II n=8	III n=31	IV n=18	
	Mediana (II)	Mediana (II)	Mediana (II)	Mediana (II)	
Limitação física	62,5 ^a (38,1-73,4)	45,8 ^{a,b} (14,8-69,4)	18,8 ^{a,b} (4,2-50,0)	12,5 ^b (2,1-16,7)	0,003

Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ)	Classe Funcional – NYHA				p
	I	II	III	IV	
	n=8 Mediana (II)	n=8 Mediana (II)	n=31 Mediana (II)	n=18 Mediana (II)	
Sintomas					
Estabilidade	75,0 (37,5-75,0)	75,0 (75,0-75,0)	75,0 (75,0-75,0)	75,0 (68,8-75,0)	0,956
Frequência	52,1 ^a (43,8-67,7)	24,0 ^{a,b} (16,1-71,9)	33,3 ^{a,b} (16,7-58,33)	20,8 ^b (7,3-38,5)	0,022
Gravidade	45,8 ^a (29,2-66,7)	29,2 ^{a,b} (18,8-64,6)	33,3 ^{a,b} (16,6-50,0)	20,8 ^b (8,3-35,4)	0,044
Escore total dos sintomas	54,2 ^a (37,5-64,1)	25,5 ^{a,b} (19,3-69,8)	33,3 ^{a,b} (20,8-47,9)	24,0 ^b (12,0-35,9)	0,014
Autoeficácia	87,5 (53,1-100,0)	68,8 (43,8-87,5)	87,5 (62,5-100,0)	68,8 (37,5-90,6)	0,284
Qualidade de vida	50,0 ^a (27,1-85,4)	37,5 ^{a,b} (16,7-66,7)	41,7 ^{a,b} (25,0-66,7)	16,7 ^b (8,3-41,7)	0,030
Limitação social	50,0 (20,3-81,3)	75,0 (21,9-98,4)	37,5 (12,5-62,5)	25,0 (9,4-56,3)	0,185
Resumo do escore clínico	61,5 ^a (36,2-67,4)	31,5 ^{a,b} (20,3-72,0)	26,0 ^{a,b} (16,2-43,8)	16,2 ^b (8,7-24,2)	0,001
Pontuação geral	64,3 ^a (33,2-72,7)	36,7 ^{a,b} (27,5-75,7)	36,5 ^{a,b} (23,4-47,4)	19,5 ^b (14,3-32,8)	0,003

P: Teste de Kruskal-Wallis com post hoc de Dunn. Dados com letras minúsculas sobrescritas iguais não apresentam diferença e letras diferentes correspondem a diferenças estatísticas significativas. II: Intervalo Interquartil. Os dados faltantes foram um para limitação física, e três para o escore de limitação social.

O escore Autoeficácia do KCCQ apresentou correlação direta fraca ⁽⁹⁾ com a Ansiedade da

HADS ($s=0,271$; $p=0,029$). Demais correlações não foram significativas (Tabela 9).

Tabela 9 – Correlação entre qualidade de vida relacionada à saúde e a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (*Hospital Anxiety and Depression Scale* – HADS), em pacientes portadores de insuficiência cardíaca, segundo o *Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire* (KCCQ) (n=65)

Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ)	Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS			
	Ansiedade		Depressão	
	s	p	s	P
Limitação física	-0,016	0,900	-0,167	0,188
Sintomas				
Estabilidade	-0,049	0,697	-0,128	0,308
Frequência	-0,063	0,620	-0,127	0,315
Gravidade	-0,019	0,881	-0,012	0,925
Escore total dos sintomas	-0,046	0,717	-0,090	0,474
Autoeficácia	0,271	0,029	0,128	0,309
Qualidade de vida	-0,043	0,737	-0,149	0,236
Limitação social	-0,021	0,874	-0,077	0,550
Resumo do escore clínico	-0,010	0,940	-0,142	0,260
Pontuação Geral	-0,049	0,700	-0,177	0,159

P: coeficiente de correlação de Spearman. Os dados faltantes foram um para limitação física, e três para o escore de limitação social.

Não houve diferença estatística significativa na comparação das medianas dos escores de

QVRS, conforme a classificação dos sintomas da HADS (Tabela 10).

Tabela 10 – Comparação dos escores de qualidade de vida relacionada à saúde segundo a classificação da Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (*Hospital Anxiety and Depression Scale* – HADS), em pacientes portadores de insuficiência cardíaca, segundo o *Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire* (KCCQ) (n=65)

Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ)	Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS					
	Ansiedade		p	Depressão		p
	Não n=36	Sim n=29		Não n=49	Sim n=16	
	Mediana (II)	Mediana (II)		Mediana (II)	Mediana (II)	
Limitação física	16,7 (4,2-53,1)	30,0 (4,2-56,3)	0,706	20,8 (6,3-56,3)	11,3 (0,0-46,9)	0,169
Sintomas						
Estabilidade	75,0 (75,0-75,0)	75,0 (62,5-75,5)	0,987	75,0 (75,0-75,0)	75,0 (75,0-75,0)	0,704
Frequência	33,3 (17,7-54,2)	33,3 (15,6-56,3)	0,853	37,5 (19,8-58,3)	24,0 (14,6-41,1)	0,093
Gravidade	29,2 (16,7-41,7)	33,3 (16,7-54,2)	0,567	33,3 (16,7-50,0)	29,2 (16,7-41,7)	0,475
Escore total dos sintomas	30,7 (21,4-43,8)	39,6 (17,7-50,5)	0,726	33,3 (21,9-50,5)	25,0 (12,5-41,1)	0,137
Autoeficácia	75,0 (62,5-87,5)	87,5 (62,5-100,0)	0,146	75,0 (62,5-100,0)	87,5 (65,6-100,0)	0,200
Qualidade de vida	33,3 (16,7-64,6)	33,3 (16,7-62,5)	0,926	33,3 (16,7-66,7)	33,3 (10,4-50,0)	0,263
Limitação social	32,3 (12,5-70,3)	37,5 (14,1-65,6)	0,893	37,5 (12,5-68,8)	41,7 (14,1-65,6)	0,974
Resumo do escore clínico	22,9 (15,8-46,1)	28,1 (15,4-54,4)	0,566	27,1 (16,4-51,8)	17,9 (11,3-34,1)	0,128
Pontuação Geral	31,3 (19,8-45,7)	36,5 (20,3-56,0)	0,812	35,7 (21,6-49,7)	26,2 (13,9-53,5)	0,178

P: Teste de Mann-Whitney. II: Intervalo Interquartil. Os dados faltantes foram um para limitação física, e três para o escore de limitação social.

Os escores de QVRS não apresentaram correlação estatisticamente significativa com idade em anos e não apresentaram diferença entre as categorias de faixa etária (<60 anos; 60 anos ou mais) e sexo ($p>0,05$).

Na avaliação do KCCQ, a mediana do escore de QVRS dos pacientes não internados nos últimos seis meses foi de 50,0 (16,7-66,7), estatisticamente superior à mediana do escore daqueles que passaram por internação hospitalar, que foi de 29,2 (16,7-41,7) ($p=0,030$).

Discussão

Neste estudo, a média de idade foi de $64,5\pm 13,1$ anos; os pacientes eram, em sua maioria, autodeclarados brancos e apresentavam HA, dislipidemia, DM, DPOC, FA, IAM e AVC prévios. Estes dados são semelhantes ao I Registro Brasileiro de Insuficiência Cardíaca, estudo BREATHE, diferindo apenas no percentual de participantes do sexo masculino (56,9%) em nosso estudo, enquanto no cenário nacional 60% eram mulheres ⁽¹⁰⁾.

No nosso estudo, a maioria dos pacientes apresentava 60 anos ou mais; por isso, reforça-se que o envelhecimento populacional é uma

realidade que tem influenciado proporcionalmente a incidência e a prevalência do diagnóstico de IC ⁽¹¹⁾.

Conforme um estudo norte-americano, as comorbidades e hábitos de vida que são responsáveis por 52% da incidência de IC são: HA, DM, obesidade e tabagismo ⁽¹²⁾. Destaca-se que, nesta amostra, HA e DM foram mais frequentes; já a soma dos fumantes ativos e ex-tabagistas totalizou 50,8% dos pacientes.

Nossos dados vão ao encontro dos achados do estudo BREATHE ⁽¹⁰⁾, com maior prevalência da etiologia isquêmica (50,8% vs. 30,1%), média da FEVE reduzida (38,1±18,0% vs. 38,8±16,5%) e perfil clínico-hemodinâmico B (84,6% vs. 67,4%).

Em relação às medidas antropométricas da amostra, a média do IMC é classificada como sobrepeso; a CA obteve média de 98,8±15,1 cm. Há estudos demonstrando que a CA tem sido proposta como ferramenta complementar para avaliação de riscos associados à obesidade, além da importância como marcador de saúde cardiometabólica, independente do IMC ⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Há o paradoxo da obesidade na IC: pacientes com sobrepeso ou obesidade grau 1 apresentam melhores resultados clínicos do que pacientes eutróficos; esses efeitos protetores sobre os desfechos cardiovasculares foram observados para ICFe, ICFeP e IC agudamente descompensada. Esse paradoxo também foi observado para IMC, CA e percentual de gordura corporal ⁽¹⁵⁾.

No período entre 2018 e 2021, foram analisados os custos indiretos que correspondem à produtividade perdida por redução das horas/dias de trabalho (por incapacidade e aposentadoria) e por absenteísmo (internações, períodos de convalescença, idas a serviços de saúde) devido à IC. Constatou-se que aproximadamente 3% das despesas federais são destinadas a pagamentos de benefícios relacionados à IC, sendo que 84% recebem benefícios permanentes – aposentadorias por incapacidade. Também foi observado que o número de beneficiários é proporcional ao número de internações, com tendência de crescimento para o período

estudado. Já a taxa de absenteísmo decorrente da IC foi estimada em 36% ⁽¹⁶⁾. Nesta amostra, 66,2% possuem idade > 60 anos e 67,7% estão sem atividade laboral; esses números são compatíveis com a possibilidade de os idosos da amostra estarem aposentados, mas não se sabe o impacto que a IC gerou, pois muitos podem ter se afastado das atividades laborais antes, uma vez que a mediana do tempo de diagnóstico foi de 5 (3-13) anos.

Num estudo foi avaliado o impacto dos níveis séricos de NT-ProBNP na admissão de pacientes com IC descompensada, separados em 4 grupos por quartis: grupo 1 (<1.669 pg/mL), grupo 2 (1.670–4.274 pg/mL), grupo 3 (4.275–10.499 pg/mL) e grupo 4 (>10.500 pg/mL). Os pacientes nos quartis mais altos de NT-ProBNP (grupos 3 e 4) apresentaram taxas de readmissão por todas as causas em 60 dias estatisticamente maiores ($p=0,047$), tempo de internação hospitalar ($p<0,0005$) e taxas de mortalidade ($p<0,0005$) ⁽¹⁷⁾. A mediana de NT-ProBNP deste estudo foi de 5.710 (2.770–11.800) pg/mL, sendo assim, nenhum dos pacientes estaria no grupo 1 (Tabela 3).

Foram demonstradas as associações entre a classificação da NYHA e prognóstico na IC após uma análise secundária de um ECR multicêntrico. Os pacientes com classe III da NYHA tiveram uma taxa maior de eventos aos 4 meses de seguimento. Após ajuste para idade, sexo, FEVE e níveis de NT-ProBNP, a classe mais elevada da NYHA foi um marcador significativo de morte CV ou primeira internação hospitalar por IC ($p<0,001$). A pior classe da NYHA foi associada a maior taxa de eventos ($p<0,001$) ⁽¹⁸⁾. A maioria dos pacientes deste estudo apresentou sintomas das classes III e IV da NYHA.

Estão presentes, na maioria da amostra, os quatro pilares de tratamento farmacológico da IC, conforme as diretrizes ⁽¹⁹⁻²¹⁾: IECA/BRA/INRA, betabloqueadores, antagonista da aldosterona e iSGLT2 (Tabela 4).

A coleta iniciou-se em 2021, quando a classe iSGLT2 não era distribuída pelo Sistema Único de Saúde (SUS), porém observa-se que uma parcela representativa da amostra utiliza estes fármacos.

Neste interim, foi incorporada a dapagliflozina no tratamento adicional de pacientes adultos com IC com fração de ejeção reduzida (FEVE $\leq 40\%$), NYHA II-IV e sintomáticos, apesar do uso de terapia padrão ⁽²²⁾. Esta terapia reduz o risco de hospitalização por IC e mortalidade CV em pacientes com ICFe sintomática ⁽²⁰⁾.

Nesta amostra havia pacientes com diagnóstico prévio de IC (75,4%) e os que foram diagnosticados nesta internação (24,6%). Além disso, 61,5% dos pacientes relataram o diagnóstico prévio de IC, ou seja, 13,9% dos pacientes não sabiam do diagnóstico. Sendo a IC um tema de impacto na vida dos pacientes, principalmente nos episódios de descompensação ⁽²³⁾, é essencial orientá-los.

Na Tabela 5, destaca-se a pontuação do domínio Limitação social de quem recebeu o diagnóstico de IC na internação, classificada na categoria bom. Sendo assim, os pacientes com o diagnóstico prévio de IC foram mais afetados em suas rotinas e hábitos diários.

O KCCQ apresenta desempenho superior para prognóstico clínico; além disso, independentemente da versão do KCCQ utilizada, seja de 12 ou 23 questões, há alta correlação (em todos os cenários clínicos), alta confiabilidade teste-reteste (para todos os domínios), alta responsividade e acurácia prognóstica semelhante ⁽²⁴⁻²⁶⁾.

Em divergência com o nosso estudo, um estudo de coorte prospectivo com 23.291 pacientes de 40 países, em que foi utilizado o KCCQ de 12 questões, apresentou resultado de $56,2 \pm 0,6$ para o domínio Limitação social na América do Sul ⁽²⁷⁾.

A QVRS não apresentou diferença quando analisada pelas categorias da FEVE, tampouco correlação com o percentual da FEVE (Tabelas 6 e 7). Esse achado sugere que a FEVE, embora seja um importante parâmetro para a classificação da IC e o direcionamento terapêutico, não reflete, isoladamente, a percepção do paciente sobre seu estado de saúde ⁽²¹⁾. Nesse contexto, as diretrizes atuais recomendam que a abordagem clínica contemple, além da FEVE, a avaliação dos sintomas, da capacidade funcional e da qualidade de vida relacionada à saúde ⁽¹⁾. Instrumentos

validados, como o KCCQ, fornecem informações complementares à FEVE ao captar o impacto físico, social e emocional da doença, contribuindo para uma avaliação mais abrangente do paciente ⁽⁷⁾. Estudos com acompanhamento longitudinal poderão esclarecer se a evolução da FEVE ao longo do tempo se associa a alterações na QVRS dessa população.

Na Tabela 8, observa-se que os pacientes com NYHA I obtiveram a mediana de pontuação de 64,3 (33,2-72,7), enquanto os pacientes com NYHA IV pontuaram 19,5 (14,3-32,8) ($p=0,003$).

O KCCQ pode prever mortalidade e internação hospitalar por IC, independentemente da classe da NYHA, tanto em pacientes internados como ambulatoriais, em pacientes com FEVE $<40\%$ e $\geq 40\%$. A QVRS baixa foi um preditor forte de resultados adversos no grupo com sintomas mais leves de IC em comparação com sintomas mais graves (NYHA I ou II vs. III ou IV). Isto sugere que a QVRS autorreferida é um indicador de prognóstico na IC em comparação com a NYHA ⁽²⁷⁾.

Os fatores associados à QVRS, como aumento da idade, sexo feminino, aumento do IMC e níveis elevados de NT-proBNP, demonstraram relação com as pontuações mais baixas no KCCQ. Além disso, a depressão, avaliada com a HADS, também foi associada a pontuações mais baixas de QVRS ⁽²⁸⁾. Entretanto, neste estudo não houve diferença estatística significativa na correlação e comparação do KCCQ com a classificação dos sintomas de depressão e ansiedade da HADS (Tabelas 9 e 10).

Os distúrbios emocionais, como sintomas depressivos, apresentam grande impacto nos pacientes com IC, devido ao sofrimento de conviver com uma doença crônica, que comumente envolve limitações e repercussões negativas no contexto individual, familiar e coletivo, favorecendo um déficit no autocuidado, nas atividades básicas diárias. Os sintomas podem acometer cerca de 40% dos pacientes com doenças coronárias ⁽²⁹⁾. Apesar de metade dos pacientes deste estudo ter etiologia isquêmica, a maioria foi classificada como não depressiva. Além disso, não houve diferença estatística

significativa na comparação das medianas do KCCQ de acordo com a classificação dos sintomas da escala HADS.

Por meio da HADS, a maior parte da amostra deste estudo foi classificada sem ansiedade, sendo este achado semelhante em outra pesquisa que utilizou este instrumento e a maioria dos participantes não era ansiosa nem depressiva – 73,2% em ambas as partes da escala ⁽³⁰⁾.

Três anos após a hospitalização índice por descompensação da IC, foi demonstrado que a menor QVRS ainda estava associada ao maior risco de óbito, internações hospitalares e eventos cardiovasculares. Sendo assim, os pacientes que relataram menor QVRS tiveram um risco aproximadamente 1,5 vezes maior de mortalidade por todas as causas e mortalidade CV. Entretanto, em relação aos sintomas de ansiedade e depressão, avaliados pela HADS, somente foi observada associação entre sintomas de depressão e risco de mortalidade por todas as causas após 3 anos ⁽³¹⁾.

Na avaliação do KCCQ, os pacientes que necessitaram de internação hospitalar nos últimos seis meses apresentaram mediana de 29,2 no escore de QVRS, valor classificado como regular. Entretanto, nos pacientes que não estiveram internados nos últimos seis meses, a pontuação foi de 50,0, valor classificado na categoria bom do KCCQ, ou seja, foi estatisticamente superior à mediana do escore daqueles que passaram por internação hospitalar ($p=0,030$).

O KCCQ torna-se um instrumento padronizado e fundamental para cada avaliação, viabilizando a realização de perguntas sobre a frequência e gravidade dos sintomas, limitações físicas e sociais, percepções dos pacientes sobre o impacto dos seus sintomas e a função na sua QVRS ⁽⁷⁾. Esse tipo de avaliação padronizada é útil para acompanhar e identificar as alterações no estado de saúde dos pacientes, possibilitando que uma intervenção seja realizada e, além disso, auxiliando os sistemas de saúde em que os pacientes são atendidos por vários profissionais ⁽⁷⁾.

A maioria dos pacientes está sendo tratada do ponto de vista farmacológico ⁽¹⁹⁻²¹⁾; entretanto,

uma das recomendações de medidas não farmacológicas é a prática de exercícios físicos ⁽²⁾ e 78,5% da amostra afirmou que não realiza exercícios.

Limitações do estudo: redução do número de internações hospitalares em decorrência da pandemia de *Coronavirus Disease* (COVID-19), o que dificultou a inclusão de participantes no ECR; realização do estudo em um único centro; amostragem por conveniência; reduzido tamanho amostral; delineamento transversal, que não permite estabelecer relações causais; ausência de solicitação, pela equipe assistencial, da dosagem de NT-proBNP na admissão para seis pacientes; e ausência da medida da circunferência abdominal em sete pacientes.

Conclusões

Os pacientes com NYHA IV vs. I apresentaram pontuações inferiores nos domínios Limitação física, Sintomas (Frequência e Gravidade), Qualidade de vida e Escore total dos sintomas.

A FEVE e a classificação dos sintomas da HADS não apresentaram diferença significativa em relação à QVRS de pacientes portadores de IC neste estudo.

Os resultados reforçam a importância da avaliação da QVRS e da classe funcional como componentes da avaliação clínica de pacientes hospitalizados por IC, contribuindo para a identificação de necessidades assistenciais e para o planejamento de cuidados individualizados durante a internação e na transição do cuidado após a alta.

Referências

- McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Bohm M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J* [Internet]. 2021 [citado 14 Ago 2026];42(36):3599–726. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368>
- Rohde LEP, Montera MW, Bocchi EA, Clausell NO, Albuquerque DC, Rassi S, et al. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2018 [citado 14 Ago 2026];111(3):436–539. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/abc.20180190>

Bozkurt B, Coats AJS, Tsutsui H, Abdelhamid CM, Adamopoulos S, Albert N, et al. Universal definition and classification of heart failure: a report of the Heart Failure Society of America, Heart Failure Association of the European Society of Cardiology, Japanese Heart Failure Society and Writing Committee of the Universal Definition of Heart Failure: Endorsed by the Canadian Heart Failure Society, Heart Failure Association of India, Cardiac Society of Australia and New Zealand, and Chinese Heart Failure Association. *Eur J Heart Fail* [Internet]. 2021 [citado 14 Ago 2026];23(3):352–80. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ehf.2115>

Savarese G, Becher PM, Lund LH, Seferovic P, Rosano GMC, Coats AJS. Global burden of heart failure: a comprehensive and updated review of epidemiology. *Cardiovasc Res* [Internet]. 2023 [citado 14 Ago 2026];118(17):3272–87. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/cvr/cvac013>

Wang N, Hales S, Toftler G. 15-year trends in patients hospitalised with heart failure and enrolled in an Australian heart failure management program. *Heart Lung Circ* [Internet]. 2019 [citado 14 Ago 2026];28(11):1646–54. Disponível em: [https://www.heartlungcirc.org/article/S1443-9506\(18\)31951-6/abstract](https://www.heartlungcirc.org/article/S1443-9506(18)31951-6/abstract)

Nave-Leal E, Pais-Ribeiro J, Oliveira Mm, Silva N, Soares R, Fragata J, et al. Propriedades psicométricas da versão portuguesa do Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire na miocardiopatia dilatada com insuficiência cardíaca congestiva. *Rev Port Cardiol* [Internet]. 2010 [citado 14 Ago 2026];29(3):353–72. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/39382/2/86512.pdf>

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* [Internet]. 2020 [citado 14 Ago 2026];76(20):2379–90. Disponível em: <https://www.jacc.org/doi/10.1016/j.jacc.2020.09.542>

Gomes ET, Bezerra SMMS. Validade da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão no período pré-operatório de cirurgia cardíaca. *Enferm Bras* [Internet]. 2018 [citado 14 Ago 2026];17(3):273–8. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagem-brasil/article/download/1126/3757>

Mukaka MM. Statistics corner: A guide to appropriate use of correlation coefficient in medical research. *Malawi Med J* [Internet]. 2012 [citado 14 Ago 2026];24(3):69–71. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3576830/>

Albuquerque DC, Souza Neto JD, Bacal F, Rohde LE, Bernardes-Pereira S, Berwanger O, et al. Estudo BREATHE. I Brazilian Registry of Heart Failure - Clinical Aspects, Care Quality and Hospitalization Outcomes. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2015 [citado 14 Ago 2026];104(6):433–42. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/abc.20150031>

Virani SS, Alonso A, Aparicio HJ, Benjamin EJ, Bittencourt MS, Callaway CW, et al. Heart Disease and Stroke Statistics-2021 Update: A Report from the American Heart Association. *Circulation* [Internet]. 2021 [citado 14 Ago 2026];143(8):e254–e743. Disponível em: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000950>

Martin SS, Aday AW, Almarzooq ZI, Anderson CAM, Arora P, Avery CL, et al. American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. 2024 Heart Disease and Stroke Statistics: A Report of US and Global Data from the American Heart Association. *Circulation* [Internet]. 2024 [citado 14 Ago 2026];149(8):e347–e913. Disponível em: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001209>

Halpern B, Mancini MC, de Melo ME, Lamounier RN, Moreira RO, Carra MK, et al. Proposal of an obesity classification based on weight history: an official document by the Brazilian Society of Endocrinology and Metabolism (SBEM) and the Brazilian Society for the Study of Obesity and Metabolic Syndrome (ABESO). *Arch Endocrinol Metab* [Internet]. 2022 [citado 14 Ago 2026];28(6):139–51. Disponível em: <https://doi.org/10.20945/2359-39970000000501>

Ross R, Neeland IJ, Yamashita S, Shai I, Seidell J, Magni P, et al. Waist circumference as a vital sign in clinical practice: A Consensus Statement from the IAS and ICCR Working Group on Visceral Obesity. *Nat Rev Endocrinol* [Internet]. 2020 [citado 14 Ago 2026];16(3):177–89. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7027970/>

Powell-Wiley TM, Poirier P, Burke LE, Després JP, Gordon-Larsen P, Lavie CJ, et al. Obesity and Cardiovascular Disease: A Scientific Statement from the American Heart Association. *Circulation* [Internet]. 2021 [citado 14 Ago 2026];143(21):e984–e1010. Disponível em: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000973>

Souza MV, Nascimento LF, Kozłowsky I, Farjun B, França K, Kuriyama SN, et al. Impacts of heart failure on the Brazilian health and pension system: What is the cost of the disease? *J Bras Econ Saúde* [Internet]. 2022 [citado 14 Ago 2026];14(2):149–61. Disponível em: <https://doi.org/10.21115/JBES.v14.n2.p149-61>

Udani K, Patel D, Mangano A. A Retrospective Study of Admission NT-proBNP Levels as a Predictor of Readmission Rate, Length of Stay and Mortality. *HCA Healthc J Med* [Internet]. 2021 [citado 14 Ago 2026];2(3):207–14. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10324821/>

Rohde LE, Zimmerman A, Vaduganathan M, Claggett BL, Packer M, Desai AS, et al. Associations Between New York Heart Association Classification, Objective Measures, and Long-term Prognosis in Mild Heart Failure: A Secondary Analysis of the PARADIGM-HF Trial. *JAMA Cardiol* [Internet]. 2023 [citado 14 Ago 2026];8(2):150–58. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamacardiology/fullarticle/2799381>

Marcondes-Braga FG, Moura LAZ, Issa VS, Vieira JL, Rohde LE, Simões MV, et al. Atualização de Tópicos Emergentes da Diretriz de Insuficiência Cardíaca – 2021. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2021 [citado 14 Ago 2026];116(6):1174–212. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20210367>

Maddox T, Januzzi J, et al. 2024 ACC Expert Consensus Decision Pathway for Treatment of Heart Failure with Reduced Ejection Fraction: A Report of the American College of Cardiology Solution Set Oversight Committee. *J Am Coll Cardiol* [Internet]. 2024 [citado 14 Ago 2026];83(15):1446–87. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2023.12.024>

Heidenreich PA, Bozkurt B, Aguilar D, Allen LA, Byun JJ, Colvin MM, et al. 2022 AHA/ACC/HFSA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation* [Internet]. 2022 [citado 14 Ago 2026];145:e895–e1032. Disponível em: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001063>

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria SCTIE/MS nº 63, de 7 de julho de 2022 [Internet]. Brasília; 2002 [citado 14 Ago 2026]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sctie/2022/prt0063_11_07_2022.html

Rohde LE, Hoffmann Filho CR, Rover MM, Rabelo-Silva ER, Lopez L, Passos LCS, et al. Design of a multifaceted strategy based on automated text messaging in patients with recent heart failure admission. *ESC Heart Fail* [Internet]. 2021 [citado 14 Ago 2026];8(6):5523–30. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ehf2.13516>

Spertus JA, Jones PG. Development and Validation of a Short Version of the Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* [Internet]. 2015 [citado 14 Ago 2026];8(5):469–76. Disponível em: <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.115.001958>

Yee D, Novak E, Platts A, Nassif ME, LaRue SJ, Vader JM. Comparison of the Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire and Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire in Predicting Heart Failure Outcomes. *Am J Cardiol* [Internet]. 2019 [citado 14 Ago 2026];123(5):807–12. Disponível em: [https://www.ajconline.org/article/S0002-9149\(18\)32142-8/abstract](https://www.ajconline.org/article/S0002-9149(18)32142-8/abstract)

Hu, D, Liu, J, Zhang, L, Bai, X, Tian, A, Huang, X, et al. Health Status Predicts Short- and Long-Term Risk of Composite Clinical Outcomes in Acute Heart Failure. *J Am Coll Cardiol HF* [Internet]. 2021 [citado 14 Ago 2026];9(12):861–73. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jchf.2021.06.015>

Johansson I, Joseph P, Balasubramanian K, McMurray JJV, 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* [Internet]. 2021 [citado 14 Ago 2026];143(22):2129–42. Disponível em: <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.120.050850>

Van den Berge JC, van Vark LC, Postmus D, Utens EMWJ, Hillege HL, Boersma E, Lesman-Leegte I, Akkerhuis KM. Determinants of quality of life in acute heart failure patients with and without comorbidities: a prospective, observational study. *Eur J Cardiovasc Nurs* [Internet]. 2022 [citado 14 Ago 2026];21(3):205–12. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvab061>

Melo ALFV, Araújo RF, Viana LRC, Silva CRR, Freitas SA, Costa KNFM. Symptoms of depression and social support in people with heart failure: an integrative review. *Saúde Colet*. (Barueri, Impr.) [Internet]. 2023 [citado 14 Ago 2026];13(88):13231–46. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2023v13i88p13231-13246>

Soares VL, Pereira C, Carvalho AC, Mota TP, Groehs RV, Bacal F, et al. Prevalence and Association Between Cognition, Anxiety, and Depression in Patients Hospitalized with Heart Failure. *Int J Cardiovasc Sci* [Internet]. 2022 [citado 14 Ago 2026];36:e20210226. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/ijcs.20210226>

Rasmussen AA, Larsen SH, Jensen M, Berg SK, Rasmussen TB, Borregaard B, et al. Prognostic impact of self-reported health on clinical outcomes in patients with heart failure. *Eur Heart J Qual Care Clin Outcomes* [Internet]. 2021 [citado 14 Ago 2026];7(4):397–406. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ehjqcco/qcaa026>

Brenda Gonçalves Donay Alves

Enfermeira pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS); Especialista em Cardiologia pelo Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde: Cardiologia pelo Instituto de Cardiologia/Fundação Universitária de Cardiologia (IC-FUC) e em Terapia Intensiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); Mestrado pelo Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da PUCRS; Enfermeira assistencial na Unidade de Cuidados Coronarianos (UCC) no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Ellen Hettwer Magedanz

Enfermeira pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS); Mestrado e Doutorado em Clínica Médica pelo Programa de Pós-Graduação em Medicina e Ciências da Saúde da PUCRS; Professora e Coordenadora do curso de Enfermagem da Escola de Ciências da Saúde e da Vida (ECSV) da PUCRS; Articuladora ensino-serviço PROGRAD PUCRS-HSL.

Andréia da Silva Gustavo

Enfermeira pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); Mestrado em Enfermagem (UFRGS); Doutorado em Epidemiologia (UFRGS). Professora Titular do Curso de Graduação de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Procuradora Institucional e Coordenadora da Comissão Própria de Avaliação e da Comissão Técnica de Avaliação da PUCRS. Vice-líder do Grupo de Pesquisa em Modificação do Estilo de Vida e Risco Cardiovascular (MERC).

Luiz Carlos Bodanese

Médico pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS); Especialista em Cardiologia pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC); Mestre em Cardiologia pelo Instituto de Cardiologia/Fundação Universitária de Cardiologia (IC-FUC); Doutor em Cardiologia pelo IC-FUC/Baylor College of Medicine; Fellow do American College of Cardiology (ACC). Professor Titular do Departamento de Medicina Interna da Faculdade de Medicina da PUCRS; Professor Orientador dos Cursos de Pós-Graduação em Medicina e Ciências da Saúde e em Gerontologia Biomédica da PUCRS. Pesquisador do Ministério da Saúde, da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS) e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Endereço para correspondência

Brenda Gonçalves Donay Alves

Rua Ramiro Barcelos, 2350, Bloco B, 2º andar
Santa Cecília, 90035-903
Porto Alegre, RS, Brasil

Ellen Hettwer Magedanz

Avenida Ipiranga, 6681, Prédio 81, 6º andar, sala 603
Partenon, 90619-900
Porto Alegre, RS, Brasil

Andréia da Silva Gustavo

Av. Ipiranga, 6681, Prédio 1, 5º andar, sala 501
Partenon, 90619-900
Porto Alegre, RS, Brasil

Luiz Carlos Bodanese

Av. Ipiranga, 6681, Prédio 40, 8º andar, sala 804
Partenon, 90619-900
Porto Alegre, RS, Brasil

Como citar este artigo

Gonçalves Donay Alves, B., Hettwer Magedanz, E., da Silva Gustavo, A., & Bodanese, L. C. Perfil clínico e qualidade de vida de pacientes hospitalizados com insuficiência cardíaca descompensada: análise transversal de um ensaio clínico randomizado. PAJAR - Pan-American Journal of Aging Research, e49434. <https://doi.org/10.15448/2357-9641.2026.1.49434>

Os textos deste artigo foram revisados pela Texto Certo Assessoria Linguística e submetidos para validação dos autores antes da publicação.

Apêndice A – Escala HADS – Avaliação do nível de ansiedade e depressão

ESCALA HADS - AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO

Assinale com "X" a alternativa que melhor descreve sua resposta a cada questão.

1. Eu me sinto tensa (o) ou contraindo (o):	() A maior parte do tempo (3)	() Boa parte do tempo (2)	() De vez em quando (1)	() Nunca (0)
2. Eu ainda sinto que gosto das mesmas coisas de antes:	() Sim, do mesmo jeito que antes (0)	() Não tanto quanto antes (1)	() Só um pouco (2)	() Já não consigo ter prazer em nada (3)
3. Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:	() Sim, de jeito muito forte (3)	() Sim, mas não tão forte (2)	() Um pouco, mas isso não me preocupa (1)	() Não sinto nada disso (0)
4. Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:	() Do mesmo jeito que antes (0)	() Atualmente um pouco menos (1)	() Atualmente bem menos (2)	() Não consigo mais (3)
5. Estou com a cabeça cheia de preocupações:	() A maior parte do tempo (3)	() Boa parte do tempo (2)	() De vez em quando (1)	() Raramente (0)
6. Eu me sinto alegre:	() Nunca (3)	() Poucas vezes (2)	() Muitas vezes (1)	() A maior parte do tempo (0)
7. Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:	() Sim, quase sempre (0)	() Muitas vezes (1)	() Poucas vezes (2)	() Nunca (3)
8. Eu estou lenta (o) para pensar e fazer coisas:	() Quase sempre (3)	() Muitas vezes (2)	() Poucas vezes (1)	() Nunca (0)
9. Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:	() Nunca (0)	() De vez em quando (1)	() Muitas vezes (2)	() Quase sempre (3)
10. Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:	() Completamente (3)	() Não estou mais me cuidando como deveria (2)	() Talvez não tanto quanto antes (1)	() Me cuido do mesmo jeito que antes (0)
11. Eu me sinto inquieta (o), como se eu não pudesse ficar parada (o) em lugar nenhum:	() Sim, demais (3)	() bastantes (2)	() Um pouco (1)	() Não me sinto assim (0)
12. Fico animada (o) esperando animado as coisas boas que estão por vir:	() Do mesmo jeito que antes (0)	() Um pouco menos que antes (1)	() Bem menos do que antes (2)	() Quase nunca (3)
13. De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:	() Quase todo momento (3)	() Várias vezes (2)	() De vez em quando (1)	() Não senti isso (0)
14. Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:	() Quase sempre (0)	() Várias vezes (1)	() Poucas vezes (2)	() Quase nunca (3)

Ansiedade: [] questões (1, 3, 5, 7, 9, 11 e 13)

Depressão: [] questões (2, 4, 6, 8, 10, 12 e 14)

Escore:

0 – 7 pontos: improvável

8 – 11 pontos: possível

12 – 21 pontos: provável

Apêndice B – Questionário sobre insuficiência cardíaca (Kansas City)

Questionário sobre Insuficiência Cardíaca (Kansas City)

As seguintes perguntas se referem à sua **insuficiência cardíaca** e como esta pode afetar a sua vida diária. Por favor, leia e responda às perguntas a seguir. Não há resposta certa ou errada. Marque a resposta que melhor se aplica ao seu caso.

1. A **insuficiência cardíaca** atinge diversas pessoas de diferentes maneiras. Algumas sentem mais falta de ar, enquanto outras sentem mais cansaço. Por favor, indique o quanto a **sua insuficiência cardíaca** (por exemplo, falta de ar ou cansaço) limitou a sua capacidade de fazer as atividades abaixo nas 2 últimas semanas.

Marque um “X” em apenas um quadrado de cada linha.

Atividade	Limitou muitíssimo	Limitou bastante	Limitou um pouco	Limitou muito pouco	Não limitou	Fui limitado/a por outras razões ou não fiz tal atividade
Vestir-se	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tomar banho	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Caminhar um quarteirão em terreno plano	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Trabalhar no seu jardim, limpar a casa ou carregar as compras do supermercado	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Subir um andar pelas escadas sem parar	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Correr ou andar apressadamente (como se fosse pegar o ônibus)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

2. Comparando com a situação de 2 semanas atrás, os seus sintomas de **insuficiência cardíaca** (por exemplo, falta de ar, cansaço ou inchaço nos tornozelos) mudaram?

Os meus sintomas de **insuficiência cardíaca** agora estão:

Muito piores	Um pouco piores	Não mudaram	Um pouco melhores	Muito melhores	Não tive nenhum sintoma nas 2 últimas semanas
☐	☐	☐	☐	☐	☐