



**FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA**  
MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

**CLÁUDIA SOFIA DA COSTA ALMEIDA**

***Qualidade de vida no doente com insuficiência cardíaca***

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:

PROFESSOR DOUTOR LUIZ SANTIAGO

PROF<sup>ª</sup>. DOUTORA INÊS ROSENDO

JANEIRO 2018

## ÍNDICE

RESUMO .....	3
ABSTRACT .....	5
INTRODUÇÃO .....	7
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA.....	7
QUALIDADE DE VIDA NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA.....	8
MATERIAIS E MÉTODOS .....	10
RESULTADOS.....	12
DISCUSSÃO E CONCLUSÕES .....	19
DISCUSSÃO.....	19
CONCLUSÕES.....	22
AGRADECIMENTOS.....	23
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	24
ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO DA AVALIAÇÃO DE GANHOS EM SAÚDE - (EQ-5D). 26	
ANEXO 2 - QUESTIONÁRIO DA QUALIDADE DE VIDA DO DOENTE COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: THE KANSAS CITY CARDIOMYOPATHY QUESTIONNAIRE (KCCQ).....	28
ANEXO 3 – QUESTIONÁRIO DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS:.....	31
ANEXO 4 – CONSENTIMENTO INFORMADO.....	33

## RESUMO

**Introdução:** A insuficiência cardíaca (IC) pode ser definida como uma síndrome clínica caracterizada por sintomas típicos e acompanhados por sinais. Trata-se de uma alteração cardíaca de estrutural ou funcional, que leva à incapacidade do coração para fornecer oxigénio necessário às exigências dos tecidos metabolizantes.

A qualidade de vida relacionada com saúde (QdVRS) em doentes com IC está reduzida em relação à população geral e também causa um prejuízo da função física e psicológica maior do que outras doenças crónicas, podendo até ser comparada a doentes oncológicos.

Nos diversos estudos que existem, a maioria foram realizados em cuidados hospitalares, sendo raros os estudos realizados em cuidados primários.

**Objetivo:** Descrever a qualidade de vida de doentes com insuficiência cardíaca seguidos em cuidados de saúde primários e a sua relação com variáveis pessoais e clínicas.

**Materiais e Métodos:** Aplicação de Euro Quality of Life Instrument-5D (EQ-5D) – versão portuguesa, Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ) – versão portuguesa, e um questionário de dados sociodemográficos e clínicos, entre Julho e Outubro de 2017. O tamanho da amostra de um universo de 144 pessoas com IC pela codificação ICPC-2e (International Classification of Primary Care 2nd edition) de uma USF no centro de Portugal, com uma margem de erro de 12% e intervalo de confiança de 90% para percentual mínimo de resposta de 30% foi calculado em  $n=31$ . A análise descritiva e inferencial foi realizada no programa SPSS Software for Windows® versão 24, realizados testes paramétricos qui-quadrados e testes não-paramétricos, bem como a correlação de Spearman entre o EQ-5D e o KCCQ, para um valor estatisticamente significativo de  $p<0,05$ .

**Resultados:** Numa amostra com idade média $\pm$ dp de  $72,1\pm 7,8$  anos, sendo  $n=13$  (41,9%) doentes sexo masculino, em que 25,8% com formação académica superior ao 9º ano ou antigo

5ºano dos liceus e 84,6% em classes funcionais de NYHA de I e II, as variáveis em que houve diferenças entre grupos estatisticamente relevantes foram o estado civil, a classe funcional NYHA, os antecedentes pessoais e o número de problemas crónicos. A correlação de Spearman entre o EQ-5D e o KCCQ foi de  $\rho=-0,229$  ( $p=0,224$ ), negativa, fraca e não significativa.

**Discussão e conclusão:** Fator socioeconómico: melhor qualidade de vida avaliada pelo KCCQ, em doentes casados ou em união de fato. Fatores clínicos: classe funcional NYHA - qualidade de vida diminui com o aumento da classe funcional NYHA, como já relatado noutros estudos; antecedentes pessoais e multimorbilidade - doentes com antecedentes de doença respiratória concomitante a doença cardíaca e HTA revelaram pior qualidade de vida. A multimorbilidade também é um fator que influencia a qualidade de vida.

**Palavras-chave:** insuficiência cardíaca; qualidade de vida; qualidade de vida relacionada com saúde

## **ABSTRACT**

**Background:** Heart failure (HF) can be defined as a clinical syndrome characterized by typical symptoms and accompanied by signs. It is a structural or functional cardiac change that leads to the inability of the heart to supply oxygen required by the tissues.

Health-related quality of life (HRQL) in patients with HF is reduced compared to the general population and also causes a greater impairment of physical and psychological function than other chronic diseases, and may even be compared to cancer patients. Most previous studies were performed in hospital care, with rare studies in primary care.

**Aims:** To describe quality of life in patients with heart failure and their relationship to personal and clinical variables.

**Methods:** Application of portuguese version of EQ-5D, portuguese version of KCCQ and a third questionnaire of sociodemographic and clinical data between July and October 2017. The sample size of 144, with a margin of error of 12% and a 90% confidence interval for a minimum response percentage of 30% was calculated at  $n = 31$ . The descriptive and inferential analysis was performed in the software SPSS Software for Windows® 24, the normality of the data was evaluated and the qui-squared parametric tests and non-parametric tests, and also Spearman's correlation were performed, the statistically significant value of  $p < 0.05$

**Results:** In a sample with mean age  $\pm$  SD of  $72.1 \pm 7.8$  years,  $n = 13$  (41.9%) were male patients, where 25.8% had a higher education than the 9th grade or a former high school 84.6% in NYHA functional classes of I and II, the variables in which there were differences between statistically relevant groups were the marital status, the NYHA functional class, medical history and the number of chronic problems. Spearman's correlation was  $\rho = -0,229$  ( $p = 0,224$ ), negative, weak and non-significant.

**Conclusion:** Sociodemographic factor: marital status influences quality of life in patients with HF; Clinical Factors: NYHA functional class: HRQL decreases with increasing NYHA functional class, as already reported in other studies; medical history and multimorbidity: patients with a history of respiratory disease concomitant with heart disease and hypertension revealed decreased HRQL. Multimorbidity is also a factor that influences HRQL.

**Keywords:** Heart failure; quality of life; health related quality of life

## INTRODUÇÃO

### Insuficiência cardíaca

A Insuficiência cardíaca é definida, segundo a European Society of Cardiology<sup>®</sup>, uma síndrome clínica crónica caracterizada por sintomas típicos (p.ex. dispneia, edema maleolar e fadiga) e que pode ser acompanhada por sinais (p. ex. ingurgitamento jugular, ferveores pulmonares e edemas periféricos) causados por uma anomalia cardíaca estrutural e/ou funcional, resultando na redução do débito cardíaco e/ou elevação das pressões intracardíacas em repouso ou durante o esforço. (1) Os doentes com IC podem ter a FEVE (fração de ejeção ventrículo esquerdo) preservada (>50%); uma FEVE intermédia (40-49%) e FEVE reduzida (<40%). Para o diagnóstico é necessário que existam sintomas (história clínica completa) e a demonstração de uma causa cardíaca subjacente (estrutural ou funcional).

Normalmente a etiologia é devido a uma anomalia no miocárdio que causa disfunção sistólica ou diastólica, mas existem outras etiologias que devem ser descartadas nomeadamente valvulopatias, anomalias do pericárdio, do endocárdio, ritmo cardíaco, alteração na condução que podem ter tratamento específico (por exemplo reparação de válvulas). (1)

A prevalência de IC varia com a definição aplicada, mas o estudo EPICA estimou a prevalência global de IC, em Portugal Continental em 4,36% numa amostra da população adulta em cuidados de saúde primária e em adultos com mais 70 anos a percentagem é superior a 10%. (1,2)

Nos doentes mais idosos, com outras comorbilidades como a obesidade e a doença pulmonar crónica, o diagnóstico de IC pode ser difícil, uma vez que se pode manifestar com sintomas menos típicos como tosse noturna, pieira ou fadiga.

O tratamento farmacológico tem como objetivo melhorar o estado clínico, a capacidade funcional, a qualidade de vida, prevenir os internamentos e reduzir a mortalidade. (1)

Nos doentes com IC com FEVE reduzida, o esquema recomendado é IECA em adição aos beta-bloqueantes, e se ainda sintomático, utilização concomitante de antagonista de recetores de mineralocorticóides. Outras classes que podem ser recomendadas são os diuréticos (se sintomas/sinais de IC congestiva), inibidor da neprilisina e dos recetores da angiotensina (sacubitril/valsartan), ivabradina, ARA (se intolerância a IECA), hidralazina e o dinitrato de isossorbido, digoxina. (1)

Os AINEs ou os inibidores da COX-2 não estão recomendados nos doentes com IC com FEVE reduzida, uma vez que aumentam o risco de agravamento da IC e o internamento por IC.(1)

Nos doentes com IC com FEVE preservada e IC com FEVE intermédia, não há evidência clara que algum tratamento em específico reduza a morbilidade e mortalidade. Apesar disso, muitos dos doentes são acentuadamente sintomáticos e têm má qualidade de vida. Sendo que o objetivo desta terapêutica será o alívio desses sintomas e melhoria da qualidade de vida. Nestes casos poderão ser usados os diuréticos se estiver presente sintomas de congestão, e as classes terapêuticas referidas anteriormente, mas ainda sem evidência. (1)

#### Qualidade de vida na Insuficiência Cardíaca

A OMS definiu qualidade de vida como a perceção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. (3)

Qualidade de vida relacionada com a saúde é uma construção multidimensional que apresenta três pilares principais: função física, função psicológica e função social que pode ser afetada pela doença ou tratamento. (4) Para avaliar a qualidade de vida relacionada com saúde em investigação é recomendada a utilização de questionários genéricos e específicos. (5)(6)

Aparentemente foi descrito que a depressão e incapacidade na função social têm um grande impacto na qualidade de vida relacionada com a saúde em doentes com IC.(7) Também está



descrito que a qualidade de vida em doentes com IC está reduzida em relação à população geral e também causa um prejuízo da função física e psicológica maior do que outras doenças crónicas, podendo até ser comparada a doentes oncológicos.(7) Segundo Juenger et al, a qualidade de vida de doentes com IC diminui com o aumento da classe funcional NYHA. (8)

Nos diversos estudos que existem, a maioria foram realizados em cuidados hospitalares, sendo raros os estudos realizados em cuidados primários. (5) (9)

Assim sendo, o objetivo geral deste trabalho é descrever a qualidade de vida de doentes com insuficiência cardíaca numa unidade de cuidados primários. Os objetivos específicos são identificar os fatores sociodemográficos e clínicos específicos que influenciam a qualidade de vida dos doentes com IC nessa unidade.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo observacional numa amostra de doentes com diagnóstico prévio de insuficiência cardíaca. Numa população de 144 utentes, foi calculado, com uma margem de erro de 12% e intervalo de confiança de 90% para um percentual mínimo de resposta de 30% uma amostra com 31 elementos.

Foram aplicados 3 questionários: a versão portuguesa do Euro Quality of Life Instrument-5D (EQ-5D), questionário genérico para avaliar o estado de saúde; o questionário específico, a versão portuguesa do KCCQ - Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire, para avaliar a QV e um terceiro questionário, elaborado pela investigadora para completar os dados sociodemográficos e clínicos (Anexos 1,2,3).

O EQ-5D é um instrumento genérico para avaliar a QdVRS, criado pelo EuroQoL em 1987 e apresenta cinco dimensões: mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor/mal-estar e ansiedade/depressão. Dentro de cada dimensão, existem três níveis – o nível 1 (sem problemas), nível 2 (alguns problemas), nível 3 (problemas extremos) – descritos pelo doente. Nesta parte do questionário quanto maior o somatório de problemas, pior é o estado de saúde do doente. Existe ainda uma escala visual analógica (VAS) em que o doente indica 0 a 100 o que corresponde ao seu estado atual de saúde, sendo que 0 é o pior e 100 o melhor. (10)

O KCCQ é um instrumento específico para avaliar QdVRS em doentes com IC, com 23 questões divididas em cinco domínios: limitação física (pergunta 1), sintomas que por sua vez se divide em frequência (3,5,7,9) ; gravidade (4,6,8) e estabilidade dos sintomas (frequência – questões 3, 5, 7 e 9; gravidade – questões 4, 6 e 8; estabilidade dos sintomas (2), qualidade de vida (12, 13 e 14), auto-eficácia (10 e 11) e limitação social (15).

Todas as questões que incidem nos sintomas, o doente tem de referir as limitações dos mesmos ou o número de vezes que ocorreram num período de duas semanas. O domínio qualidade de

vida avalia a perceção do doente em relação ao seu desanimo relacionado com a sua doença. O domínio auto-eficácia avalia a capacidade do doente para entender como pode evitar o agravamento dos sintomas (10) e o que fazer caso tal se verifique (11). O domínio limitação social avalia como é que a doença afeta o estilo de vida dos doentes. Maiores scores indicam melhor qualidade de vida. (11)

Foi autorizada a aplicação dos questionários pelos detentores dos direitos. Outros dados clínicos necessários foram utilizados a partir de uma base de dados obtida previamente em trabalho realizado na USF.

A aplicação dos questionários, foi realizada, de julho a outubro de 2017, com consentimento informado (Anexo 4) e de forma anónima. Sendo que 10 dos utentes aceitaram responder ao questionário pessoalmente na USF e 21 doentes responderam por via telefónica. O questionário foi lido pela investigadora, os utentes respondiam, e era preenchido pela investigadora.

As variáveis sociodemográficas utilizadas foram o sexo (feminino e masculino), a idade, o estado civil (solteiro/divorciado/viúvo; casado/união de facto), o nível de instrução [não sabe ler e escrever; sabe ler e escrever, mas sem escolaridade; 1º ciclo do ensino básico (4º ano/ antiga 4ª classe); 2º ciclo do ensino básico (6º ano/ antigo 2º ano do ciclo preparatório); 3º ciclo do ensino básico (9º ano/ antigo 5ºano do curso geral dos liceus); ensino secundário (12º ano/ 7º ano do curso complementar dos liceus); ensino pós-secundário (curso especialização tecnológica ou outro não conferente a grau); ensino superior], a área de residência (urbana/ rural), o apoio da família; o apoio amigos e as condições económicas mínimas. A variáveis clínicas foram a classe NYHA; os antecedentes pessoais, os antecedentes familiares, o número de problemas crónicos; o tipo de diagnóstico (clínico/ecografia; ecografia sem fração de ejeção; ecografia com fração de ejeção); o tratamento farmacológico; a utilização concomitante de AINES e os hábitos tabágicos.

## Análise estatística

A análise descritiva e inferencial foi realizada no programa SPSS Software for Windows® versão 24, sendo avaliada a normalidade dos dados (que não foi demonstrada) e realizados os testes paramétricos qui-quadrados e testes não-paramétricos U de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis para o valor estatisticamente significativo de  $p < 0,05$ . Avaliou-se ainda a correlação entre os dois instrumentos o EQ-5D e o KCCQ com a correlação de Spearman, também para um valor estatisticamente significativo de  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS

Foram realizados 31 inquéritos, na USF Topázio (Coimbra), numa amostra de idade média  $\pm$  desvio-padrão de  $72,1 \pm 7,8$  anos, sendo 13 (41,9%) indivíduos sexo masculino e 18 (58,0%) do sexo feminino.

Na tabela 1 estão descritas as diferentes variáveis socioeconómicas em relação ao sexo:

Tabela 1 - Caracterização da amostra: variáveis socioeconómicas

		Masculino (%)	Feminino (%)	Total (%)
Estado civil	solteiro/divorciado/viúvo	3 (23,1%)	9 (50,0%)	12 (38,7%)
	casado/união de facto	10 (76,9%)	9 (50,0%)	19 (61,3%)
Nível de instrução	Baixa (até 3º ciclo ensino básico)	7 (53,8%)	16 (88,9%)	23 (74,2%)
	Alta (superior ao 3º ciclo ensino básico)	6 (46,2%)	2 (11,1%)	8 (25,8%)
Área de residência	Urbana	3 (23,1%)	2 (11,1%)	5 (16,1%)
	Rural	10 (76,9%)	16 (88,9%)	26 (83,9%)
Apoio da família	Sim	11 (84,6%)	17 (94,4%)	28 (90,3%)

	Não	2 (15,4%)	1 (5,6%)	3 (9,7%)
Apoio amigos	Sim	13 (100%)	14 (77,8%)	27 (87,1%)
	Não	0 (0,0%)	4 (22,2%)	4 (12,9%)
Condições económicas mínimas	Sim	11 (84,6%)	17 (94,4%)	28 (90,3%)
	Não	2 (15,4%)	1 (5,6%)	3 (9,7%)

Na tabela 2, é fornecida a descrição das variáveis clínicas em relação ao sexo:

Tabela 2- Caracterização da amostra: variáveis clínicas

		Masculino (%)	Feminino (%)	Total (%)
NYHA	I	7 (53,8%)	4 (30,8%)	11 (42,3%)
	II	3 (23,1%)	8 (61,5%)	11 (42,3%)
	III	3 (23,1%)	1 (7,7%)	4 (15,4%) <sup>12</sup>
Antecedentes pessoais	Cardíacos	1 (7,7%)	2 (11,1%)	3 (9,7%)
	Cardíacos + HTA	7 (53,8%)	10 (55,6%)	17 (54,8%)
	Cardíacos +pulmonares + HTA	5 (38,5%)	6 (33,3%)	11 (35,5%)
Antecedentes familiares	Nenhum	12 (92,3%)	15 (83,3%)	27 (87,1%)
	Cardíacos	1 (7,7%)	1 (5,6%)	2 (6,5%)
	Cardíacos + pulmonares	0	1 (5,6%)	1 (3,2%)
	Cardíacos +pulmonares + HTA	0	1 (5,6%)	1 (3,2%)
Número de problemas crónicos	5-10	7 (53,8%)	5 (27,8%)	12 (38,7%)
	11-15	3 (23,1%)	9 (50%)	12 (38,7%)
	16-20	2 (15,4%)	3 (16,7%)	5 (16,1%)
	21-25	1 (7,7%)	1 (5,5%)	2 (6,4%)

Tipo de diagnóstico	Clínico / Ecografia	1 (7,7%)	2 (11,1%)	3 (9,7%)
	Ecografia sem fração de ejeção	10 (76,9%)	14 (77,8%)	24 (77,4%)
	Ecografia com fração de ejeção	2 (15,4%)	2 (11,1%)	4 (12,9%)
Tratamento farmacológico	Nenhum	2 (15,4%)	2 (11,1%)	4 (12,9%)
	Bloqueador Beta	1(7,7%)	0	1 (3,2%)
	Diurético	1(7,7%)	0	1 (3,2%)
	Diurético + IECA/ARA	0	2 (11,1%)	2 (6,5%)
	Diurético + IECA/ARA +BB	4 (30,8%)	0	4 (12,9%)
	Diurético + IECA/ARA +BB + mineralocorticoide	1 (7,7%)	1 (5,6%)	2 (6,5%)
	Diurético + IECA/ARA +BB + mineralocorticoide + ivabradina/digitálico	0	1 (5,6%)	1 (3,2%)
	Diurético + IECA/ARA +BB + BCC	1 (7,7%)	1 (5,6%)	2 (6,5%)
	Diurético + IECA/ARA + BCC	1 (7,7%)	3 (16,7%)	4 (12,9%)
	IECA/ARA + BB	0	1 (5,6%)	1 (3,2%)
	Diurético + BB + espironolactona	0	1 (5,6%)	1 (3,2%)
	Diurético + digoxina	1 (7,7%)	0	1(3,2%)
	IECA/ARA + BB + BCC	0	1 (5,6%)	1 (3,2%)
	IECA/ARA + BCC	0	2 (11,1%)	2 (6,5%)
	Diurético + IECA/ARA + BB+ digoxina	0	1 (5,6%)	1 (3,2%)
	Diurético + IECA/ARA + BB + Mineralocorticoide + BCC	1 (7,7%)	2 (11,1%)	3 (9,7%)
AINES concomitantes	Sim	1 (7,7%)	3 (16,7%)	4 (12,9%)
	Não	12 (92,3%)	15 (83,3%)	27 (87,1%)
Fumador	Sim	1 (7,7%)	0 (0%)	1(3,2%)
	Nunca	12 (92,3%)	18 (100%)	30 (96,8%)

Na tabela 3 estão representadas as variáveis sociodemográficas em relação ao valor obtido no questionário KCCQ (acima/abaixo da mediana). No questionário KCCQ um score maior indica uma melhor qualidade de vida – acima da mediana; um score menor indica pior qualidade de vida – abaixo da mediana. Em relação a estas variáveis, apenas o estado civil apresentou um valor estatisticamente significativo ( $p=0,043$ ).

Tabela 3: Relação entre ClassKCCQ e variáveis socioeconómicas

		ClassKCCQ		
		Abaixo de mediana	Acima de mediana	P
Sexo	Masculino	5 (31,3%)	8 (53,3%)	0,189
	Feminino	11(68,8%)	7 (46,7%)	
Estado civil	solteiro/divorciado/viúvo	9 (56,3%)	3 (20%)	<b>0,043</b>
	casado/união de facto	7 (23,8%)	12 (80%)	
Nível de instrução	Baixa (até 3ºciclo ensino básico)	14 (87,5%)	8 (53,3%)	0,090
	Alta (superior ao 3º ciclo ensino básico)	2 (12,5%)	6 (40%)	
Área de residência	Urbana	3 (18,8%)	2 (13,3%)	0,532
	Rural	13 (81,3%)	13 (86,7%)	
Apoio da família	Sim	13 (81,3%)	15 (100%)	0,125
	Não	3 (18,8%)	0 (0%)	
Apoio amigos	Sim	13 (81,3%)	14 (93,3%)	0,325
	Não	3 (18,8%)	1 (6,7%)	
Condições económicas mínimas	Sim	13 (81,3%)	15 (100%)	0,125
	Não	3 (18,8%)	0 (0%)	

Na tabela 4 estão representadas as variáveis clínicas em relação valor obtido no questionário KCCQ (acima/abaixo da mediana). A variável que apresentou relação estatisticamente significativa foi a classe funcional NYHA ( $p=0,005$ ), antecedentes pessoais e o número de problemas crónicos.

Tabela 4: Relação entre ClassKCCQ e variáveis clínicas

		ClassKCCQ		
		Abaixo da mediana	Acima da mediana	P
Classificação funcional NYHA	I	1 (9,1%)	10 (66,7%)	<b>0,005</b>
	II	6 (64,5%)	5 (33,3%)	
	III	4 (36,4%)	0 (0%)	
Antecedentes pessoais	Cardíacos	2 (12,5%)	1 (6,7%)	<b>0,025</b>
	Cardíacos + HTA	5 (31,3%)	12 (80%)	
	Cardíacos +pulmonares + HTA	9 (56,3%)	2 (13,3%)	
Antecedentes familiares	Nenhum	13 (81,3%)	14 (93,3%)	0,223
	Cardíacos	2 (12,5%)	0	
	Cardíacos + pulmonares	1 (6,3%)	0	
	Cardíacos +pulmonares + HTA	0	1 (6,7%)	
Número de problemas crónicos	5-10	5 (31,3%)	7 (46,7%)	<b>0,012</b>
	11-15	5 (31,3%)	7 (46,7%)	
	16-20	4 (25%)	1 (6,7%)	
	21-25	2 (12,5%)	0	
	Clínico / Ecografia	3 (18,8%)	0	0,219



Tipo de diagnóstico	Ecografia sem fração de ejeção	11 (68,8%)	13 (86,7%)	
	Ecografia com fração de ejeção	2 (12,5%)	2 (13,3%)	
Tratamento Farmacológico	Nenhum	2 (12,5%)	2 (13,3%)	0,247
	Bloqueador Beta	0	1 (6,7%)	
	Diurético	1 (6,3%)	0	
	Diurético + IECA/ARA	1 (6,3%)	1 (6,7%)	
	Diurético + IECA/ARA +BB	0	4 (26,7%)	
	Diurético + IECA/ARA +BB + mineralocorticoide	1 (6,3%)	1 (6,7%)	
	Diurético + IECA/ARA +BB + mineralocorticoide + ivabradina/digitálico	1 (6,3%)	0	
	Diurético + IECA/ARA +BB + BCC	1 (6,3%)	1 (6,7%)	
	Diurético + IECA/ARA + BCC	2 (12,5%)	2 (13,3%)	
	IECA/ARA + BB	1 (6,3%)	0	
	Diurético + BB + espironolactona	1 (6,3%)	0	
	Diurético + digoxina	1 (6,3%)	0	
	IECA/ARA + BB + BCC	0	1 (6,7%)	
	IECA/ARA + BCC	1 (6,3%)	1 (6,7%)	
	Diurético + IECA/ARA + BB+ digoxina	1 (6,3%)	0	
Diurético + IECA/ARA + BB + Mineralocorticoide + BCC	2 (12,5%)	1 (6,7%)		
AINES concomitantes	Sim	3 (18,8%)	1 (6,7%)	0,325
	Não	13 (81,3%)	14 (93,3%)	

Fumador	Sim	1 (6,3%)	0	0,516
	Nunca	15 (93,8%)	15 (100%)	

Foi realizada a correlação de Spearman entre os dois questionários utilizados (EQ-5D e KCCQ) cujo valor foi de  $\rho=-0,229$  ( $p=0,224$ ).

## DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

### Discussão

#### **Limitações do estudo:**

Este estudo apresenta algumas limitações, primeiro o facto da amostra ser apenas de uma USF, que se situa numa freguesia do concelho de Coimbra, podendo não ser representativa da população em geral – viés de seleção. Para além disso, as pessoas que aceitam participar nestes estudos são, normalmente, aquelas que têm maior disponibilidade e maior qualidade de vida. Sendo que doentes mais idosos se recusaram a participar devido ao esforço de se deslocar à USF e até para responder via telefónica – viés de participação.

Outros vieses que podem ter ocorrido são viés de memória já que os doentes tinham que se recordar dos sintomas que tinham tido nos 15 dias prévios à entrevista com o questionário KCCQ e durante o ano anterior no questionário EQ-5D; viés do entrevistador por avaliação subjetiva dos dados por parte da entrevistadora e viés de desejabilidade social visto que os doentes têm tendência a responder o que é socialmente desejado ou promovido, isto principalmente nas respostas socioeconómicas (nas questões acerca do apoio familiar e de amigos e das condições económicas mínimas).(12)

Na amostra estudada todos os doentes apresentavam multimorbilidade, podendo ser uma fonte de confundimento nas respostas dadas. Uma vez que alguns sintomas de outras doenças crónicas podem mimetizar sintomas de insuficiência cardíaca. Para além disso, 87,1% dos doentes estão sob tratamento farmacológico, sendo que os efeitos secundários dos mesmos, podem ser fonte de confundimento.

Outra limitação foi não ter tido acesso a dados relativamente à etiologia da IC e da fração de ejeção do ventrículo esquerdo uma vez que 77,4% dos doentes são diagnosticados por ecografia sem FEVE documentada.

Tendo estas limitações em consideração, podemos discutir alguns resultados deste estudo.

### **Fatores sociodemográficos**

Em relação aos fatores sociodemográficos que foram explorados, na amostra estudada a variável que apresentou diferença entre grupos de doentes estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) foi o estado civil (“solteiro/viúvo” e “casado/união de facto”). Sendo que abaixo da mediana, logo com menor qualidade de vida medida pelo instrumento KCCQ, 56,3% dos doentes são solteiros/viúvos e 43,8% são casados/união de facto. Acima da mediana, com maior qualidade de vida avaliada, 20% dos indivíduos são solteiros/viúvos e 80% casado ou união de facto.

No entanto já não se encontrou diferenças entre os doentes que têm o apoio da família (90,3% dos inquiridos) ou não (9,7% dos inquiridos), e os doentes que têm o apoio de amigos (87,1% dos inquiridos) ou não (12,9% dos inquiridos).

Genericamente, sabe-se que o apoio social influencia a qualidade de vida relacionada com a saúde.<sup>(13)</sup> Sendo que essa relação em doentes com IC, apresenta resultados diferentes consoante o estudo realizado principalmente porque os instrumentos de avaliação podem ser distintos. Por outro lado, há relatos que a falta de um conjugue poderá ser mais preditor de mortalidade que a falta de apoio social mais alargado. (6)

### **Fatores clínicos**

Em relação aos fatores clínicos, a classificação funcional NYHA apresentou diferenças entre classes estatisticamente significativas sendo que 66,7% dos doentes com score classKCCQ acima da mediana apresentava classe I, 33,3% acima da mediana classe II e nenhum com classe III ficou acima da mediana.

O que está em linha com estudos prévios que indicam que a qualidade de vida piora com o aumento da classe funcional NYHA. (6,8)

Outras duas variáveis que apresentaram resultados estatisticamente significativos foram os antecedentes pessoais e o número de problemas crónicos. No primeiro caso, a maioria dos doentes que ficaram abaixo da mediana, com pior qualidade de vida, apresentavam antecedentes pessoais de doença cardíaca, hipertensão arterial e doença respiratória. No segundo caso, os doentes com maior número de problemas crónicos ficaram abaixo da mediana (pior qualidade de vida avaliada pelo questionário KCCQ).

Isto poderá ser explicado pelo mesmo facto que os doentes com maior número de problemas crónicos apresentam pior qualidade de vida. (6)(5)

Por fim, avaliámos a correlação entre os dois instrumentos utilizados, chegando à conclusão que esta foi negativa, fraca e não significativa. O que indica para o instrumento KCCQ maior score implica melhor qualidade de vida, e para o EQ-5D menor score indica melhor qualidade de vida (quando um aumenta o outro diminui). Mas a correlação é fraca, ou seja, os dois instrumentos avaliarão dimensões diferentes da saúde dos doentes.

## Conclusões

O fator sociodemográfico que parece influencia a qualidade de vida dos utentes da USF estudada é o estado civil ( $p=0,043$ ), sendo que os doentes solteiros/viúvos parecem ter pior qualidade de vida.

Os fatores clínicos que parecem influenciar a qualidade de vida dos utentes da USF são a classe funcional NYHA ( $p=0,005$ ), os antecedentes pessoais ( $p=0,025$ ), e a multimorbilidade ( $p=0,012$ ). Revelaram, neste estudo, pior qualidade de vida doentes com classe funcional NYHA mais elevada, assim como os doentes com antecedentes respiratórios e HTA concomitantemente à IC e os doentes com maior número de problemas crónicos.

Tendo em conta que o questionário EQ-5D é mais pequeno e muito mais fácil de preencher talvez fosse de maior interesse prático aplicar este questionário em contexto de consulta, mas o que pareceu no nosso trabalho, ao obter uma correlação fraca entre as escalas é que este questionário avalia dimensões diferentes da saúde dos doentes em relação ao KCCQ. Seria então de interesse para a unidade de saúde estudada fazer mais estudos para reforçar esta hipótese.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço ao Professor Doutor Luiz Santiago, pela orientação dada, desde o início, estando sempre disposto a dar sugestões e esclarecer quaisquer dúvidas e à Professora Dra. Inês Rosendo pela coorientação e sugestões finais.

Agradeço à Dra. Catarina Domingues pela disponibilidade que demonstrou no início do trabalho na recolha dos dados assim como todos os colaboradores da USF Topázio.

Agradeço ainda à minha família, ao Daniel e a todos os meus amigos que desde o início foram alicerces fundamentais no meu percurso académico.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JGF, Coats AJS, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J*. 2016;37(27):2129–2200m.
2. Ceia F, Fonseca C, Mota T, Morais H, Matias F, De Sousa A, et al. Prevalence of chronic heart failure in Southwestern Europe: The EPICA study. *Eur J Heart Fail*. 2002;4(4):531–9.
3. Canavarro MC, Pereira M, Moreira H, Paredes T. Qualidade de Vida e Saúde: Aplicações do WHOQOL. *Alicerces*. 2010;III(3):243–68.
4. Megari K. Quality of life in chronic disease patients. *Heal Psychol Res*. 2013;1:141–8.
5. Peters-Klimm F, Kunz CU, Laux G, Szecsenyi J, Müller-Tasch T. Patient- and provider-related determinants of generic and specific health-related quality of life of patients with chronic systolic heart failure in primary care : a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes*. 2010;8:1–12.
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;1:19.
7. Iqbal J, Francis L, Reid J, Murray S, Denvir M. Quality of life in patients with chronic heart failure and their carers: A 3-year follow-up study assessing hospitalization and mortality. *Eur J Heart Fail*. 2010;12(9):1002–8.
8. Juenger J, Schellberg D, Kraemer S, Hauntstetter A, Zugck C, Herzog W, 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(3):235–41.
9. Ferreira SCA. Qualidade de Vida do Doente com Insuficiência Cardíaca do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa [dissertação]. Instituto Politécnico do Porto; 2012.
10. Ferreira PL, Ferreira LN, Pereira LN. Contributos para a validação da versão Portuguesa do EQ-5D. *Acta Med Port*. 2013;26(6):664–75.
11. Nave-Leal E, Pais-Ribeiro J, Oliveira MM, Da Silva N, Soares R, Fragata J, et al.



Psychometric properties of the portuguese version of the Kansas City cardiomyopathy questionnaire in dilated cardiomyopathy with congestive heart failure. *Rev Port Cardiol.* 2010;29(3):353–72.

12. Botelho F, Silva C, Cruz F, Urologia AH De, Botelho F. Epidemiologia explicada – Viéses. *Acta Urol.* 2010;47–52.
13. Årestedt K, Saveman B-I, Johansson P, Blomqvist K. Social support and its association with health-related quality of life among older patients with chronic heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2012 Mar 28;12(1):69–77.

## **Anexo 1 – Questionário da Avaliação de Ganhos em Saúde - (EQ-5D)**

**Por favor, assinale com uma cruz, um quadrado** de cada um dos seguintes grupos, indicando qual das afirmações descreve melhor o seu estado de saúde hoje.

### **Mobilidade**

- Não tenho problemas em andar ..... 1
- Tenho alguns problemas em andar..... 2
- Tenho de estar na cama ..... 3

### **Cuidados pessoais**

- Não tenho problemas em cuidar de mim ..... 1
- Tenho alguns problemas a lavar-me ou vestir-me ..... 2
- Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a ..... 3

### **Atividades Habituais** (ex. trabalho, estudos, atividades domésticas, atividades em família ou de lazer)

- Não tenho problemas em desempenhar as minhas atividades habituais.....1
- Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas atividades habituais..... 2
- Sou incapaz de desempenhar as minhas atividades habituais ..... 3

### **Dor/ Mal-estar**

- Não tenho dores ou mal-estar ..... 1
- Tenho dores ou mal-estar moderados..... 2
- Tenho dores ou mal-estar extremos ..... 3

### **Ansiedade/Depressão**

- Não estou ansioso/a ou deprimido/a..... 1
- Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a..... 2
- Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a ..... 3

**Comparado com o meu nível geral de saúde durante os últimos 12 meses, o meu estado de saúde hoje é:**

*Assinale o quadrado apropriado.*

Melhor ..... 1

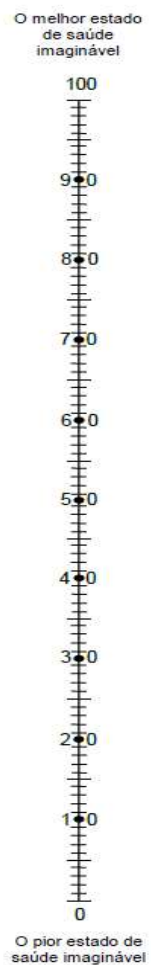
O mesmo ..... 2

Pior ..... 3

Para ajudar as pessoas a classificarem o seu estado de saúde, desenhamos uma escala (semelhante a um termómetro) na qual o melhor estado de saúde que possa imaginar é marcado por 100 e o pior estado de saúde que possa imaginar é marcado por 0.

Gostaríamos que indicasse nesta escala qual é hoje, na sua opinião, o seu estado de saúde. Por favor, desenhe uma linha a partir do retângulo que se encontra à esquerda, até ao ponto da escala que melhor classifica o seu estado de saúde hoje.

**O seu estado de saúde hoje**



**Anexo 2 - Questionário da Qualidade de Vida do Doente com Insuficiência Cardíaca:  
The Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ)**

As seguintes perguntas referem-se à sua insuficiência cardíaca e como a doença poderá afetar a sua vida. Estas informações irão manter-nos informados de como você se sente e se é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Por favor, leia e responda às seguintes questões. Não existem perguntas certas ou erradas. Marque a resposta que melhor se aplica a si. Por favor tente responder o melhor que puder. Por favor, coloque um e só um X no  em cada alínea das seguintes questões:

- 1. A insuficiência cardíaca afeta pessoas diferentes de diferentes maneiras. Algumas sentem falta de ar, outras sentem-se cansadas. Indique o quanto está limitado pela sua insuficiência cardíaca (falta de ar ou cansaço) na sua capacidade em realizar as seguintes atividades nas últimas 2 semanas.**

Atividade	Extremamente limitada	Muito limitada	Moderadamente limitada	Ligeiramente limitada	Nada limitada	Limitada por outra razão ou não faz esta atividade
Vestir-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomar banho/duche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andar cerca de 500 metros em terreno plano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fazer trabalhos pesados em casa ou carregar compras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subir um lance de escadas sem parar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andar depressa ou correr (como se fosse apanhar o autocarro)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 2. Na presente data e em comparação com há 2 semanas atrás, os seus sintomas de insuficiência cardíaca (falta de ar, cansaço, inchaço dos tornozelos) mudaram? Os meus sintomas de insuficiência cardíaca têm...**

Piorado muito	Piorado pouco	Iguais	Melhorado pouco	Melhorado muito	Não tenho tido sintomas nas últimas 2 semanas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 3. Durante as últimas 2 semanas, quantas vezes acordou com os pés, tornozelos ou pernas inchadas?**

Todas as manhãs	3 ou mais vezes por semana mas não todos os dias	1-2 vezes por semana	Menos de uma vez por semana	Nunca nas últimas 2 semanas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4. Durante as últimas 2 semana, quanto é que o inchaço nos pés, tornozelos ou perna o/a tem incomodado? Tem sido...**

Extremamente incomodativo	Muito incomodativo	Moderadamente incomodativo	Um pouco incomodativo	Nada incomodativo	Não tive inchaços
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5. Durante as últimas 2 semanas, em média, quantas vezes o cansaço tem limitado a sua capacidade de fazer o que quer?**

Sempre	Diversas vezes por dia	Pelo menos uma vez por dia	3 ou mais vezes por semana, mas não todos os dias	1-2 vezes por semana	Menos que uma vez por semana	Nunca nas ultimas 2 semanas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**6. Durante as últimas 2 semanas, quanto é que o cansaço o/ a tem incomodado?**

Extremamente incomodativo	Muito incomodativo	Moderadamente incomodativo	Um pouco incomodativo	Nada incomodativo	Não tenho tido cansaço
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**7. Durante as últimas 2 semanas, em média, quantas vezes a falta de ar tem limitado a sua capacidade de fazer o que quer?**

Sempre	Diversas vezes por dia	Pelo menos uma vez por dia	3 ou mais vezes por semana, mas não todos os dias	1-2 vezes por semana	Menos que uma vez por semana	Nunca nas ultimas 2 semanas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**8. Durante as últimas 2 semanas, quanto é que a falta de ar o/ a tem incomodado? Tem sido...**

Extremamente incomodativo	Muito incomodativo	Moderadamente incomodativo	Um pouco incomodativo	Nada incomodativo	Não tenho tido falta de ar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**9. Durante as últimas 2 semanas, em média, quantas vezes tem sido forçado a dormir sentado numa cadeira ou necessitou de recorrer ao uso de pelo menos 3 almofadas por debaixo da cabeça por causa da falta de ar?**

Todas as noites	3 ou mais vezes por semana, mas não todos os dias	1-2 vezes por semana	Menos que uma vez por semana	Nunca nas ultimas 2 semanas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**10. Os sintomas da insuficiência cardíaca podem piorar por diversas razões. Que certeza tem em relação ao que deve fazer, ou quem deve chamar, se a sua insuficiência cardíaca piorar?**

Não sei	Não tenho a certeza	Tenho mais ou menos a certeza	Alguma certeza	Muita certeza
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**11. Até que ponto percebe quais as coisas que pode fazer para não deixar os sintomas de insuficiência cardíaca piorar? (como por exemplo verificar o peso, dieta com pouco sal, etc.)**

Não percebo nada	Não percebo muito bem	Percebo mais ou menos	Percebo bem	Percebo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**12. Durante as últimas 2 semanas, quanto é que a sua insuficiência cardíaca tem limitado fazer o que mais gosta?**

Tem limitado extremamente	Tem limitado muito	Tem limitado moderadamente	Tem limitado pouco	Não tem limitado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**13. Se tivesse que passar o resto da vida com a sua insuficiência cardíaca da forma que está agora, como é que se sentiria sobre isso?**

Nem um pouco satisfeito	Muito insatisfeito	Um pouco insatisfeito	Satisfeito	Completamente satisfeito
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**14. Durante as últimas 2 semanas, quantas vezes tem estado desanimado ou abatido por causa da sua insuficiência cardíaca?**

Sinto-me sempre assim	Sinto-me quase sempre assim	Sinto-me assim às vezes	Sinto-me assim raramente	Nunca me senti assim
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**15. Quanto é que a sua insuficiência cardíaca afeta o seu estilo de vida? Indique o quanto a sua insuficiência cardíaca tem limitado a sua participação nas seguintes atividades nas últimas 2 semanas.**

Atividade	Extremamente limitada	Muito limitada	Moderadamente limitada	Ligeiramente limitada	Nada limitada	Limitada por outra razão ou não faz esta atividade
Passatempos, atividades recreativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabalhar ou trabalhos domésticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visitar família ou amigos fora de casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relações íntimas com pessoas amadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### **Anexo 3 – Questionário dados sociodemográficos e clínicos:**

**1. Sexo:**

- Masculino:
- Feminino:

**2. Idade:**

**3. Estado civil:**

- Solteiro/divorciado/viúvo:
- Casado/união de facto:

**4. Nível de instrução:**

- Não sabe ler e escrever
- Sabe ler e escrever, mas sem escolaridade
- 1º ciclo do ensino básico (4º ano/antiga 4ª classe)
- 2º ciclo do ensino básico (6º ano/antigo 2º ano do ciclo preparatório)
- 3º ciclo do ensino básico (9º ano/antigo 5º ano do curso geral dos liceus)
- Ensino Secundário (12º ano/7º ano do curso complementar dos liceus)
- Ensino pós-secundário (curso especialização tecnológica ou outro não conferente a grau)
- Ensino superior

**5. Área de residência:**

- Urbana:
- Rural:

**6. Apoio da família:**

- Sim
- Não

**7. Apoio dos amigos:**

- Sim
- Não

**8. Condições económicas mínimas:**

- Sim
- Não

**Dados clínicos:**

**1. Etiologia da IC:**

- Isquémica
- Hipertensiva
- Valvular
- Idiopática
- Drogas/ Tóxicos
- Outra

**2. Classificação New York Heart Association (NYHA) da Insuficiência Cardíaca:**

- Classe I
- Classe II
- Classe III
- Classe IV

**3. Fração de Ejeção do Ventrículo Esquerdo (FEVE):**

- <40
- 40-49
- Mais 50
- Sem dados

**4. Classe farmacológica terapêutica:**

**5. Associação com AINES:**

- Sim
- Não



#### **Anexo 4 – Consentimento Informado**

Este questionário é dirigido aos doentes com Insuficiência Cardíaca, em ambulatório que recorrem à Consulta da USF Topázio e a quem o médico fez o diagnóstico de Insuficiência Cardíaca tendo como principal objetivo descrever a sua qualidade de vida.

Para a realização deste trabalho torna-se necessário este instrumento de colheita de dados que é composto por três partes.

A primeira parte avalia o seu estado de saúde, a segunda parte avalia a sua qualidade de vida e uma terceira parte destina-se à caracterização sociodemográfica e clínica.

A participação no estudo é de carácter voluntário e, caso não queira participar, não terá quaisquer prejuízos, assistenciais ou outros.

Será garantido que ninguém sabe quem respondeu nem como respondeu. Pode também, parar o preenchimento se lhe apetecer.

Estamos a questioná-lo pois a USF precisa de saber como está para melhor o poder ajudar. Para isso pedimos ajuda a uma aluna do 6ºano de Medicina que assim realizará este trabalho como sua Tese de Mestrado.

Mais pessoas, sorteadas para tal, serão questionadas para que possamos tirar conclusões para que no futuro possamos melhorar os nossos cuidados.

Agradecemos desde já a disponibilidade, para uma tarefa que demorará cerca de 7 minutos.