



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

JOÃO VITOR VIEIRA FERNANDES

Qualidade de Vida na Insuficiência Cardíaca

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:

LUIZ MIGUEL DE MENDONÇA SOARES SANTIAGO, MD, PhD

RAUL NUNO DE OLIVEIRA GARCIA, MD

FEVEREIRO/2023

Qualidade de Vida na Insuficiência Cardíaca

João Vitor Vieira Fernandes¹

Luiz Miguel de Mendonça Soares Santiago, MD, PhD ¹

Raul Nuno de Oliveira Garcia, MD ²

¹: FMUC – Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

²: USF Fernando Namora

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Pólo III – Ciências da Saúde

Azinhaga de Santa Comba, Celas

3000-548 Coimbra | Portugal

Telefone +351239857700 | Fax. +351239857746

Endereço eletrónico: luizmiguel.santiago@gmail.com | joaovitorvieira1999@gmail.com

Coimbra, Fevereiro de 2023

ÍNDICE

LISTA DE ABREVIATURAS	4
RESUMO	5
ABSTRACT	7
INTRODUÇÃO	9
Insuficiência Cardíaca.....	9
Qualidade de Vida relacionada com a Insuficiência Cardíaca.....	10
MATERIAIS E MÉTODOS	12
RESULTADOS	15
DISCUSSÃO	20
CONCLUSÃO	23
AGRADECIMENTOS	24
REFERÊNCIAS	25
ANEXOS	27
Anexo I – Consentimento Informado.....	27
Anexo II – Questionário sobre o Estado de Saúde: Euro Quality of Life Instrument (EQ-5D-3L)	28
Anexo III – Questionário sobre a Qualidade de Vida do Doente com Insuficiência Cardíaca: The Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ).....	30
Anexo IV – Questionário de Dados Sociodemográficos e Clínicos.....	33

LISTA DE ABREVIATURAS

ARA – Antagonista dos recetores de angiotensina

ARNI – Antagonista recetores angiotensina e inibidor da neprilisina

EQ-5D-3L – Euro Quality of Life Instrument 5 dimensions 3 levels

FEVE – Fração de ejeção do ventrículo esquerdo

HF – Heart failure

IC – Insuficiência cardíaca

IC-FEmr – Insuficiência cardíaca com fração de ejeção ligeiramente reduzida

IC-FEp - Insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada

IC-FEr - Insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida

IECA – Inibidor da enzima de conversão de angiotensina

iSGLT-2 - Inibidor do cotransportador sódio-glicose 2

KCCQ – Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire

QoL – Quality of life

QVIC – Qualidade de vida na insuficiência cardíaca

USF – Unidade de Saúde Familiar

RESUMO

Introdução: A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome clínica que se deve a uma alteração da estrutura e/ou função cardíaca, levando a pressões intracardíacas elevadas e/ou a um débito cardíaco inadequado em repouso e/ou durante o esforço.

A qualidade de vida (QV) é um parâmetro que é afetado por um vasto número de fatores sociais, físicos, espirituais e emocionais do doente, sendo por isso difícil de caracterizar. Está descrito que a QV constitui, de forma independente, um importante fator preditor de mortalidade e internamentos nos doentes com IC.

Objetivo: Avaliar a QV em doentes com IC, numa unidade de saúde familiar (USF), e verificar a sua relação com variáveis de contexto, comparando resultados pelo uso de instrumentos de avaliação genéricos e específicos.

Materiais e Métodos: Estudo observacional transversal em amostra de conveniência, em 2022, de doentes com diagnóstico prévio de IC, aplicando *Euro Quality of Life Instrument-5D (EQ-5D-3L)*, *Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ)* e variáveis de contexto, em dias selecionados, com aplicação dos questionários presencialmente em autopreenchimento e ajuda do investigador, se solicitada. Foi realizada estatística descritiva e inferencial, tendo sido definido valor de $p < 0,05$ como diferença significativa para todos os testes realizados.

Resultados: Amostra de $n=50$, $n=29$ (58%) sexo feminino e idade média de $74,1 \pm 8,9$ anos, 55 a 96 anos. Verificou-se diferença significativa no nível de instrução, mobilidade e ansiedade/depressão, piores no sexo feminino, com o primeiro a afetar significativamente a QV. Para 40% da amostra havia desconhecimento de padecer de IC, sendo esse conhecimento, não significativamente, mais frequente no sexo feminino.

A correlação de Spearman revelou, entre o *Score EQ-5D-3L* e o domínio específico da qualidade de vida de *KCCQ*, $p=0,452$, $p=0,001$, e entre o *Score EQ-5D-3L* e o *KCCQ Overall Summary Scale*, $p=0,556$, $p < 0,001$.

Discussão: Particularidades de contexto específicas ao sexo feminino podem ser determinantes para que a QV seja diferente, designadamente quanto a escolaridade inferior, maiores dificuldades na mobilidade e mais marcada ansiedade/depressão. A utilização de instrumentos para avaliação da QV pode transformar o paradigma atual da terapêutica da IC, devendo o médico estar atento a variáveis pessoais, sociais e clínicas importantes.

Conclusão: Um maior nível de instrução associa-se a melhor QV. A mobilidade e a ansiedade/depressão são dimensões com grau de atingimento superior no sexo feminino. Existe uma correlação moderada entre os questionários, sendo o EQ-5D-3L de mais fácil aplicabilidade em ambiente de consulta, mas o KCCQ mais dirigido à pessoa com esta patologia.

Palavras-chave: Insuficiência cardíaca; Qualidade de vida; Qualidade de vida relacionada com a saúde

ABSTRACT

Introduction: Heart failure (HF) is a clinical syndrome that is due to an altered cardiac structure and/or function, leading to elevated intracardiac pressures and/or inadequate cardiac output at rest and/or during exertion.

Quality of life (QoL) is a parameter that is affected by a vast number of social, physical, spiritual, and emotional factors of the patient, and therefore is difficult to characterize. It has been described that QoL is an important independent predictor of mortality and hospitalizations in patients with HF.

Objective: To assess QoL in patients with HF, at a primary care facility, and verify its relationship with context variables, comparing results using generic and specific assessment instruments.

Materials and Methods: Cross-sectional observational study in a convenience sample, in 2022, of patients with a previous diagnosis of HF, applying the *Euro Quality of Life Instrument-5D (EQ-5D-3L)*, *Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ)* and context variables, on selected days, with face-to-face application of the questionnaires in self-completion and the researcher's help, if requested. Descriptive and inferential statistics were performed, and a p-value <0.05 was defined as a significant difference for all tests performed.

Results: Sample size n=50, n=29 (58%) female sex and mean age 74.1±8.9 years, 55 to 96 years. There was a significant difference in education level, mobility and anxiety/depression, worse in females, with the first one significantly affecting QoL. 40% of the sample were unaware of having HF, being this awareness, not significantly, more frequent among females.

Spearman correlation revealed, between *Score EQ-5D-3L* and the specific domain of *KCCQ* quality of life, $p=0.452$, $p=0.001$, and between *Score EQ-5D-3L* and *KCCQ Overall Summary Scale*, $p=0.556$, $p<0.001$.

Discussion: Contextual particularities specific to women can be determinants for a different QoL, namely regarding lower education, greater difficulties in mobility and more marked anxiety/depression. The use of instruments to assess QoL can transform the current paradigm of HF therapy, and the physician should be aware of important personal, social and clinical variables.

Conclusion: A higher level of education is associated with better QoL. Mobility and anxiety/depression are dimensions with a higher degree of impact in females. There is a moderate correlation between the questionnaires, with the EQ-5D-3L being easier to apply in a consultation setting, but the KCCQ being more directed to the person with this disease.

Keywords: Heart failure; Quality of life; Health-related quality of life

INTRODUÇÃO

Insuficiência Cardíaca

A *European Society of Cardiology* define a insuficiência cardíaca (IC) como uma síndrome clínica caracterizada por sintomas (p. ex. dispneia, edema maleolar e fadiga) e que se podem acompanhar de sinais (p. ex. pressão venosa jugular elevada/turgescência jugular, fervores pulmonares e edema periférico), que se devem a uma alteração estrutural e/ou funcional do coração, resultando em pressões intracardíacas elevadas e/ou num débito cardíaco inadequado em repouso e/ou durante o esforço. (1)

É habitualmente dividida em diferentes categorias, com base na fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE), sendo elas: fração de ejeção reduzida (IC-FEr), quando temos uma FEVE $\leq 40\%$; fração de ejeção ligeiramente reduzida (IC-FEmr), com FEVE 41-49%; fração de ejeção preservada (IC-FEp), com FEVE $\geq 50\%$. (1)

Para o seu diagnóstico é necessária presença de sintomas e/ou sinais e de evidência objetiva de disfunção cardíaca. É mais provável fazer diagnóstico de IC em doentes com história de enfarte do miocárdio, hipertensão arterial, doença arterial coronária, diabetes *mellitus*, abuso de álcool, doença renal crónica, quimioterapia cardiotoxica e nas pessoas com história familiar de miocardiopatia ou de morte súbita. (1)

Atualmente o tratamento tem como pedra basilar o recurso a fármacos, sendo os objetivos principais a prevenção de internamentos recorrentes por agravamento da IC, a melhoria do estado clínico, da capacidade funcional e da qualidade de vida (QV) e a redução da mortalidade. Nas guidelines mais recentes, com recomendação de Classe I, o tratamento preconizado para a IC-FEr deve contemplar a utilização de quatro classes farmacológicas modificadoras do prognóstico: betabloqueante, antagonista do recetor dos mineralocorticoides, inibidor do cotransportador sódio-glicose 2 (iSGLT-2) e associação de antagonista dos recetores da angiotensina 2 e inibidor da neprilisina ou inibidor do enzima de conversão da angiotensina (ARA/ARNI/IECA). A estas pode-se associar o uso de um diurético de ansa, na presença de sintomas de congestão. (1)

Daqui facilmente se compreende a facilidade de um doente com IC ficar sujeito a polifarmacoterapia (o uso regular e concomitante de múltiplos fármacos, usualmente definido como ≥ 5 fármacos). (2)

É também frequente, devido à idade avançada habitual dos doentes, a presença de multimorbilidade (a coexistência de ≥ 2 doenças crónicas num indivíduo), que por sua vez contribui para a polifarmacoterapia. (2)

A prevalência da IC em Portugal foi estimada pelo estudo EPICA em 4,36%. (3) Estimativas mais recentes, realizadas com base nos Censos 2011, apontam para um aumento de 30% em 2035 e 33% em 2060, relativamente a 2011, traduzindo-se num número absoluto de 479 921 e 494 191 indivíduos afetados, respetivamente. (4) Está também atualmente em curso um ensaio clínico a nível nacional para estimar a prevalência da IC em Portugal Continental. (5)

Qualidade de Vida relacionada com a Insuficiência Cardíaca

A QV é um parâmetro que é afetado por um vasto número de fatores relacionados com a esfera social, física, espiritual e emocional do doente, sendo por isso difícil de caracterizar. (6) No que diz respeito à IC, a QV diminui hipoteticamente quer por aumento da severidade da IC e pior prognóstico a longo prazo, quer mesmo pelas implicações que os sinais e os sintomas têm na vida diária da pessoa. (6, 7) Está ainda descrito que a QV constitui, de forma independente, um importante fator preditor de mortalidade e internamentos nos doentes com IC. (8)

Uma revisão sistemática com metanálise recente, que se debruçou sobre a qualidade de vida na insuficiência cardíaca (QVIC), avaliada através de questionários genéricos e específicos, reiterou a necessidade desta avaliação periódica nos doentes com IC como forma de identificar, de modo mais preciso, doentes com QV diminuída e também de ajudar os profissionais de saúde a identificar as áreas particulares que requerem mais atenção e intervenção em cada doente. (9) Os resultados desta revisão demonstraram uma QVIC baixa, quando se aplicam questionários específicos, e uma QVIC moderada, com recurso a questionários genéricos. Foi reforçada ainda a necessidade de implementar programas abrangentes de promoção de QV, quer nas dimensões físicas quer nas dimensões mentais. (9)

Os doentes que sofrem de IC têm aparentemente um nível de conhecimento baixo acerca da condição sobre a qual padecem, sendo que questões relacionadas, por exemplo, com a importância de se pesar regularmente, restrição de fluidos ou causas de agravamento de IC, costumam ter habitualmente *scores* mais baixos, em questionários sobre o conhecimento acerca da IC. (10) O nível de conhecimento revela-se importante, uma vez que níveis superiores estão associados a maiores taxas de adesão à terapêutica recomendada. (10)

Um aspeto fundamental para melhorar a QVIC é aumentar o conhecimento que cada doente tem acerca da sua IC, pois um doente vigilante em relação aos sinais e sintomas mais frequentes, que faça uma avaliação diária deles e saiba como atuar em caso de

alterações, terá uma menor probabilidade de descompensar, evitando assim também uma deterioração da QVIC que inerentemente está associada. (9)

Sendo assim o conhecimento sobre a IC tão relevante, importa explorar o quão cientes estão os doentes sobre sofrerem de IC e de que forma isso influencia a sua QV.

Anterior trabalho realizado na mesma unidade de saúde familiar (USF) apontou para necessidade de novos estudos na área de QVIC e com os mesmos instrumentos de avaliação. (11) O objetivo deste trabalho é descrever a QV de doentes com IC, seguidos numa USF na região de Coimbra, bem como a sua eventual relação com diferentes variáveis de contexto sociodemográfico e clínico, comparando resultados pelo uso de instrumentos de avaliação genéricos e específicos.

MATERIAIS E MÉTODOS

Realizou-se estudo observacional transversal numa amostra de conveniência, de doentes com diagnóstico prévio de IC, inscritos na USF Topázio, Coimbra.

A recolha de dados decorreu entre 15 de agosto e 31 de outubro de 2022, tendo sido feito o convite para o preenchimento dos questionários às pessoas com o diagnóstico de IC (ICPC-2, K77) que se deslocavam à USF Topázio, para terem consulta de enfermagem ou com o médico de família, em dias selecionados pelo investigador, após conhecimento daqueles em que mais pessoas com tal classificação estivessem presentes. Calculou-se amostra como a de representatividade mínima, $n=31$, em função das dificuldades sentidas no trabalho anterior.

Após obtenção do Consentimento Informado (Anexo I) explícito e por escrito, de cada participante, foram aplicados de forma sequencial, em anonimato, confidencialidade e sigilo, 3 questionários: o *Euro Quality of Life Instrument - 5D (EQ-5D-3L)* versão portuguesa, um questionário genérico que incide sobre a QV (Anexo II); o *Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ)* versão portuguesa, um questionário específico sobre a QV em doentes com IC (Anexo III); e um terceiro questionário, com variáveis de contexto e clínicas, elaborado pelo investigador (Anexo IV).

A aplicação dos questionários decorreu de forma presencial. Sempre que possível as respostas foram obtidas em autopreenchimento, sendo nas restantes situações obtidas pelo investigador, após indicação por parte do utente da resposta a cada questão colocada. Em conformidade com os princípios éticos e legais, foi obtida autorização dos autores das escalas para a realização do trabalho, bem como da Comissão de Ética da ARS do Centro.

As variáveis sociodemográficas usadas foram: o sexo (masculino; feminino), idade, tipo de família (vive sozinho; vive acompanhado) e nível de instrução [Inferior ao 1º ciclo do ensino básico (4º ano/antiga 4ª classe); Igual ou superior 1º ciclo do ensino básico (4º ano/antiga 4ª classe)]. As variáveis clínicas foram: número de doenças crónicas e o número de medicamentos a tomar diariamente.

No final realizou-se ainda uma pergunta específica “Sabe que sofre de Insuficiência Cardíaca Congestiva?”, tendo como opções de resposta “Sim” ou “Não”. No caso de o doente responder que “Não” era depois explicada de forma simples em que consistia essa síndrome, sendo depois anotado se no fim da explicação o doente reconhecia padecer dessa condição, “Não que passou a Sim”.

Nas variáveis idade, número de doenças crónicas, número de medicamentos e, posteriormente, na classificação KCCQ foi calculada a mediana, para designação de estado quanto a tais parâmetros.

O EQ-5D-3L é um instrumento genérico usado para avaliar a QV, criado em 1987 pelo grupo EuroQoL e que teve a sua versão portuguesa finalizada em 1998. (12) Compreende cinco dimensões (mobilidade; cuidados pessoais; atividades habituais; dor/mal-estar; ansiedade/depressão), tendo cada dimensão três níveis de resposta (1 – sem problemas; 2 – alguns problemas; 3 – problemas extremos), o que permite gerar 243 estados de saúde distintos. (12, 13) Consoante as respostas dadas a cada dimensão pode depois ser atribuído um *score* final que, para a população portuguesa, varia entre -0,50 e 1,00, sendo o padrão para Portugal de 0,758, significando valor superior, melhor QV. (13)

Além disto, é também pedido ao doente que estabeleça uma comparação com os doze meses anteriores, tendo como opções de resposta “melhor”, “o mesmo”, ou “pior”. Existe ainda uma escala visual analógica onde o doente regista de 0 a 100 o número que corresponde ao seu estado de saúde atual, sendo que valores maiores se associam a melhores estados de saúde. (12)

O KCCQ é um instrumento específico que avalia a QV em doentes com IC. A versão original contém 23 perguntas, respondidas em escala de Likert, distribuídas por cinco domínios: limitação física (pergunta 1), sintomas (estabilidade dos sintomas – pergunta 2; frequência – perguntas 3, 5, 7 e 9; gravidade – pergunta 4, 6 e 8), autoeficácia (perguntas 10 e 11), qualidade de vida (perguntas 12, 13 e 14) e limitação social (pergunta 15). (14)

As respostas dadas em cada domínio são depois convertidas em *scores* de domínio, que por sua vez se podem agrupar para formar *scores* mais globais como o *KCCQ Clinical Summary Scale* (inclui o domínio dos sintomas, limitação física e limitação social), não utilizado no presente estudo, ou o *KCCQ Overall Summary Scale* (inclui os três domínios anteriores e ainda o domínio da qualidade de vida), neste estudo utilizado. Estes *scores* variam de 0 a 100 e valores mais altos indicam uma melhor QV. (14, 15)

Para análise estatística dos dados, foi elaborado inicialmente um documento *Excel* para criação da base de dados com as respostas dos participantes, tendo sido posteriormente usado o *software* IBM SPSS versão 27, para o tratamento desses mesmos dados.

Foi feito uso de estatística descritiva para caracterizar a amostra, com apresentação das variáveis categóricas sob a forma de frequências. Já na estatística inferencial houve recurso a testes não-paramétricos: Exato de Fisher e U de Mann-Whitney. Recorreu-se ainda ao uso da correlação de Spearman. Foi definido um valor de $p < 0,05$ como diferença significativa para todos os testes realizados.

RESULTADOS

A amostra do estudo foi constituída por 50 elementos, sendo 29 (58%) do sexo feminino. A idade média foi de $74,1 \pm 8,9$ anos, com um máximo de 96 anos e um mínimo de 55 anos.

Na Tabela 1, é apresentada uma caracterização das diferentes variáveis sociodemográficas e clínicas da amostra, em função do sexo. Verificou-se diferença significativa quanto ao nível de instrução, sendo mais frequente o inferior no sexo feminino. É de salientar que 40% da amostra referiu não saber que sofria de IC, sem diferença significativa entre sexos.

Tabela 1 – Caracterização descritiva e inferencial da amostra, segundo o sexo, para as variáveis sociodemográficas e clínicas.

		Masculino (%)	Feminino (%)	Total (%)	p (*)
Grupo Etário	Inferior a 73 anos	11 (52,4%)	12 (41,4%)	23 (46,0%)	0,315
	Igual/Superior a 73 anos	10 (47,6%)	17 (58,6%)	27 (54,0%)	
Tipo de Família	Sozinho	4 (19,0%)	10 (34,5%)	14 (28,0%)	0,190
	Acompanhado	17 (81,0%)	19 (65,5%)	36 (72,0%)	
Nível de Instrução	Inferior ao 4º Ano	9 (42,9%)	22 (75,9%)	31 (62,0%)	0,019
	Igual/Superior ao 4º Ano	12 (57,1%)	7 (24,1%)	19 (38,0%)	
Sabe que sofre de ICC	Sim	10 (47,6%)	20 (69,0%)	30 (60,0%)	0,110
	Não	11 (52,4%)	9 (31,0%)	20 (40,0%)	
Nº de Doenças	≤6	12 (57,1%)	18 (62,1%)	30 (60,0%)	0,475
	>6	9 (42,9%)	11 (37,9%)	20 (40,0%)	
Nº de Medicamentos	≤6	13 (61,9%)	14 (48,7%)	27 (54,0%)	0,253
	>6	8 (38,1%)	15 (51,7%)	23 (46,0%)	
(*) Teste Exato de Fisher					

Na Tabela 2, temos uma descrição da amostra em função da mediana do *KCCQ Overall Summary Scale*, não se tendo percebido diferenças significativas nas variáveis, em função do valor obtido.

Tabela 2 – *KCCQ Overall Summary Scale*, segundo a mediana obtida e as variáveis sociodemográficas e clínicas, descrição e inferenciação.

		<i>KCCQ Overall Summary Scale</i>		
		Abaixo da Mediana (%)	Acima da Mediana (%)	p (*)
Sexo	Masculino	9 (36,0%)	12 (48,0%)	0,284
	Feminino	16 (64,0%)	13 (52,0%)	
Grupo Etário	Inferior a 73 anos	12 (48,0%)	11 (44,0%)	0,500
	Igual/Superior a 73 anos	13 (52,0%)	14 (56,0%)	
Tipo de Família	Sozinho	8 (32,0%)	6 (24,0%)	0,377
	Acompanhado	17 (68,0%)	19 (76,0%)	
Nível de Instrução	Inferior ao 4º Ano	16 (64,0%)	15 (60,0%)	0,500
	Igual/Superior ao 4º Ano	9 (36,0%)	10 (40,0%)	
Sabe que sofre de ICC	Sim	16 (64,0%)	14 (56,0%)	0,387
	Não	9 (36,0%)	11 (44,0%)	
Nº de Doenças	≤6	14 (56,0%)	16 (64,0%)	0,387
	>6	11 (44,0%)	9 (36,0%)	
Nº de Medicamentos	≤6	12 (48,0%)	15 (60,0%)	0,285
	>6	13 (52,0%)	10 (40,0%)	
(*) Teste Exato de Fisher				

Na Tabela 3, temos uma descrição da amostra em função do Score EQ-5D-3L, segundo o valor padrão para a população portuguesa (0,758). Constatou-se diferença significativa a respeito do nível de instrução.

Tabela 3 – Score EQ-5D-3L, segundo a norma para a população portuguesa, e as variáveis sociodemográficas e clínicas, descrição e inferenciação.

		Qualidade de Vida Score EQ-5D-3L (0,758)		
		Má/ Abaixo (%)	Boa/ Igual ou Acima (%)	p (*)
Sexo	Masculino	9 (60,0%)	12 (34,3%)	0,085
	Feminino	6 (40,0%)	23 (65,7%)	
Grupo Etário	Inferior a 73 anos	8 (53,3%)	15 (42,9%)	0,354
	Igual/Superior a 73 anos	7 (46,7%)	20 (57,1%)	
Tipo de Família	Sozinho	3 (20,0%)	11 (31,4%)	0,322
	Acompanhado	12 (80,0%)	24 (68,6%)	
Nível de Instrução	Inferior ao 4º Ano	25 (71,4%)	6 (40,0%)	0,038
	Igual/Superior ao 4º Ano	10 (28,6%)	9 (60,0%)	
Sabe que sofre de ICC	Sim	9 (60,0%)	21 (60,0%)	0,626
	Não	6 (40,0%)	14 (40,0%)	
Nº de Doenças	≤6	11 (73,3%)	19 (54,3%)	0,173
	>6	4 (26,7%)	16 (45,7%)	
Nº de Medicamentos	≤6	9 (60,0%)	18 (51,4%)	0,404
	>6	6 (40,0%)	17 (48,6%)	
(*) Teste Exato de Fisher				

A Tabela 4 mostra, em função do sexo, a distribuição das respostas da amostra em cada uma das cinco dimensões do questionário EQ-5D-3L, bem como a comparação com os 12 meses anteriores. Verificou-se uma relação estatisticamente significativa na dimensão da mobilidade e também da ansiedade/depressão.

Tabela 4 – Níveis de resposta da amostra nas dimensões do EQ-5D e comparação com os últimos 12 meses, segundo o sexo, descrição e inferenciação.

	Nível de Resposta	Masculino (%)	Feminino (%)	Total (%)	p
Mobilidade	1	15 (71,4%)	10 (34,5%)	25 (50,0%)	0,010 (*)
	2	6 (28,6%)	19 (65,5%)	25 (50,0%)	
Cuidados Pessoais	1	20 (95,2%)	26 (89,7%)	46 (92,0%)	0,465 (**)
	2	1 (4,8%)	2 (6,9%)	3 (6,0%)	
	3	0 (0,0%)	1 (3,4%)	1 (2,0%)	
Atividades Habituais	1	18 (85,7%)	21 (72,4%)	39 (78,0%)	0,236 (**)
	2	3 (14,3%)	6 (20,7%)	9 (18,0%)	
	3	0 (0,0%)	2 (6,9%)	2 (4,0%)	
Dor/Mal-estar	1	10 (47,6%)	13 (44,8%)	23 (46,0%)	0,536 (*)
	2	11 (52,4%)	16 (55,2%)	27 (54,0%)	
Ansiedade/Depressão	1	18 (85,7%)	16 (55,2%)	34 (68,0%)	0,018 (**)
	2	3 (14,3%)	9 (31,0%)	12 (24,0%)	
	3	0 (0,0%)	4 (13,8%)	4 (8,0%)	
Comparação últimos 12 meses	1	5 (23,8%)	10 (34,5%)	15 (30,0%)	0,480 (**)
	2	10 (47,6%)	12 (41,4%)	22 (44,0%)	
	3	6 (28,6%)	7 (24,1%)	13 (26,0%)	

Legenda: 1 – sem problemas; 2 – alguns problemas; 3 – problemas extremos
 (*) Teste Exato de Fisher; (**) U de Mann-Whitney

Na Tabela 5 revela-se a relação entre a classificação obtida no *KCCQ Overall Summary Scale*, em função da mediana, e o valor definido para a população portuguesa de boa/má qualidade de vida (0,758), segundo o *Score EQ-5D-3L*, tendo sido encontrada relação estatisticamente significativa.

Tabela 5 – Relação entre boa/má qualidade de vida pelo *Score EQ-5D-3L* e *KCCQ Overall Summary Scale*

		Qualidade de Vida <i>Score EQ-5D-3L</i> (0,758)		
		Má/ Abaixo (%)	Boa/ Igual ou acima (%)	p (*)
<i>KCCQ Overall Summary Scale</i>	Abaixo da Mediana	13 (52,0%)	12 (48,0%)	0,001
	Acima da Mediana	2 (8,0%)	23 (92,0%)	
(*) Teste Exato de Fisher				

A correlação de Spearman entre o *Score EQ-5D-3L* e o domínio específico da qualidade de vida do *KCCQ*, $\rho=0,452$ ($p=0,001$), e entre o *Score EQ-5D-3L* e o *KCCQ Overall Summary Scale*, $\rho=0,556$ ($p<0,001$), revela, em ambos os casos, valores considerados moderados, positivos e significativos.

DISCUSSÃO

Este trabalho tinha como objetivo descrever a QV de doentes com IC, seguidos numa USF, bem como a sua eventual relação com diferentes variáveis de contexto sociodemográfico e clínico e ainda correlacionar os questionários aplicados.

O sexo masculino apresentou tendência para um nível de escolaridade superior, tendo-se verificado posteriormente que essa escolaridade se relaciona de forma significativa com a QV, pois doentes com uma escolaridade superior apresentaram também uma QV melhor, medida pelo EQ-5D-3L. Sabe-se genericamente que o grau de escolaridade influencia a QV relacionada com a saúde, uma vez que um maior nível de instrução possibilita o acesso a empregos mais diferenciados e mais bem remunerados, o que por sua vez permite a adoção mais fácil de comportamentos promotores da saúde, nomeadamente alimentares, que nem sempre se revelam as opções mais económicas. (16)

Ainda relativamente às variáveis sociodemográficas, na pergunta “Sabe que sofre de ICC?” não houve diferença significativa entre sexos, porém, em número absoluto, verificou-se que de todas as pessoas que mostraram saber sofrer de IC, 66,7% eram do sexo feminino. É expectável que o conhecimento sobre o facto de padecerem sobre determinada condição influencie a importância que dão aos sintomas e sinais, ao comportamento perante a situação clínica, nesta se incluindo as atitudes de evicção e de adesão às terapêuticas farmacológicas e não-farmacológicas, o que acaba por se refletir também na QV, como já relatado noutro estudo. (17)

Relativamente às dimensões do EQ-5D-3L, houve diferenças significativas, em função do sexo, na mobilidade ($p=0,010$) e na ansiedade/depressão ($p=0,018$). Em ambas as categorias, o sexo feminino apresentou piores resultados, o que é consistente com outros trabalhos, que relataram também uma maior limitação na área da mobilidade e ansiedade/depressão (18, 19), por vezes superior a outras doenças crónicas, como doença de Alzheimer, diabetes *mellitus* ou cancro (7, 18). Tal implica uma abordagem clínica diferente pelo médico até por se perceber que a IC é mais frequente na mulher.

Foi ainda possível comparar a boa/má QV, avaliada pelo *Score EQ-5D-3L*, segundo a norma da população portuguesa, com a classificação abaixo/acima da mediana obtida no *KCCQ Overall Summary Scale*. Verificou-se que uma boa QV se associa significativamente a uma classificação KCCQ acima da mediana e, portanto, a um resultado superior, enquanto uma má QV se associa a uma classificação KCCQ abaixo

da mediana, servindo de contributo para a validação do KCCQ para realidade portuguesa. (14)

Por último, averiguou-se a correlação que o *Score EQ-5D-3L* estabelece com o *KCCQ Overall* e ainda com o domínio de QV do KCCQ, em particular. Em ambos os casos, foi encontrada uma correlação positiva, moderada e significativa, o que nos faz crer que, entre questionários, existirão pontos avaliados em comum. Especificamente para pessoas que sofrem de IC, os questionários utilizados podem assim ser empregues, periodicamente, para avaliar a QV e auxiliar o médico e a sua equipa a ter uma ideia do estado de saúde do doente e a seleccionar opções terapêuticas mais dirigidas às necessidades e dificuldades individuais. De facto, o médico trabalha para que a pessoa que o consulta tenha a melhor QV possível, apesar de continuar a sofrer de problemas crónicos. (20, 21)

A utilização de instrumentos para avaliação da QV mostra assim potencial para poder transformar o paradigma atual da terapêutica da IC, devendo o médico estar atento a variáveis pessoais, sociais e clínicas importantes.

Este estudo apresenta algumas limitações que é necessário ter em conta, nomeadamente ter sido feito numa amostra de conveniência e unicêntrica, a que se pode juntar o viés de desajustabilidade social, por o entrevistador se encontrar presente no momento da resposta, tendo por vezes de ajudar as pessoas a perceber a pergunta. (22) Cabe aqui referir a necessidade de mais estudos que possam determinar para que nível de instrução académica o KCCQ está adaptado na sua versão portuguesa. (14)

Quanto a possíveis erros sistemáticos relacionados com os doentes, e em concordância com o trabalho anterior, realizado na mesma USF, temos: o viés de participação, onde existe a tendência de participarem no estudo os doentes com maior disponibilidade, melhor QV e mais preocupados com a sua saúde; e o viés de memória, pelo facto de algumas perguntas fazerem referência aos últimos 15 dias ou últimos 12 meses. (22)

Devido à multimorbilidade e polifarmacoterapia nos doentes avaliados, podemos ter presentes determinados sintomas que sejam resultantes da descompensação de outras patologias ou até por interações entre fármacos e não devido à IC. Estas variáveis de confundimento podem acabar por influenciar a resposta às perguntas específicas de sintomas e também às perguntas sobre o estado geral do doente.

A somar a estas dificuldades, e devido à pergunta específica que elaborámos neste trabalho, constatámos que algumas pessoas não sabiam padecer de IC, o que condiciona as respostas dadas, principalmente às perguntas que procuram estabelecer

relações entre a IC e limitações na vida do doente, uma vez que se torna difícil para os doentes atribuírem determinados problemas a uma condição que acabaram de descobrir que tinham.

A existência de uma versão do KCCQ mais curta, com 12 perguntas (15), torna interessante fazer trabalho semelhante ao presente, com este novo instrumento específico, aguardando-se a sua adaptação cultural e validação para o português europeu, tendo em atenção a instrução académica das pessoas com idade mais avançada, nas quais é mais frequente a IC.

CONCLUSÃO

Um maior nível de instrução académica associa-se a uma melhor QV, em pessoas que sofrem de IC.

A mobilidade e a ansiedade/depressão são dimensões com um grau de atingimento, em termos de severidade, superior no sexo feminino.

Verificou-se correlação moderada entre os dois questionários aplicados, sendo o *EQ-5D-3L* de mais fácil aplicabilidade em ambiente de consulta, pela menor dimensão e consumo de tempo, mas o *KCCQ* mais dirigido à pessoa com esta patologia.

Importa no futuro confirmar estes dados, com novos estudos, e arranjar táticas para o objetivo estratégico de mitigar as limitações descobertas nos métodos e nas pessoas, usando instrumentos de menor investimento de tempo para mais rápidas conclusões e orientações.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Professor Doutor Luiz Santiago pelo apoio e disponibilidade ao longo de todo o trabalho, bem como ao Dr. Raul Garcia pelas suas sugestões e orientações.

Aos colaboradores da USF Topázio.

À minha família, Laura e amigos pelo apoio incondicional.

REFERÊNCIAS

1. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J*. 2021;42(36):3599-726.
2. Beezer J, Al Hatrushi M, Husband A, Kurdi A, Forsyth P. Polypharmacy definition and prevalence in heart failure: a systematic review. *Heart Fail Rev*. 2022;27(2):465-92.
3. 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.
4. Fonseca C, Brás D, Araújo I, Ceia F. Heart failure in numbers: Estimates for the 21st century in Portugal. *Rev Port Cardiol (Engl Ed)*. 2018;37(2):97-104.
5. PORTHOS - PORTuguese Heart Failure Observational Study. <https://ClinicalTrials.gov/show/NCT05434923>.
6. Nieminen MS, Dickstein K, Fonseca C, Serrano JM, Parissis J, Fedele F, et al. The patient perspective: Quality of life in advanced heart failure with frequent hospitalisations. *Int J Cardiol*. 2015;191:256-64.
7. Comín-Colet J, Anguita M, Formiga F, Almenar L, Crespo-Leiro MG, Manzano L, et al. Health-related Quality of Life of Patients With Chronic Systolic Heart Failure in Spain: Results of the VIDA-IC Study. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2016;69(3):256-71.
8. 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*. 2021;143(22):2129-42.
9. Moradi M, Daneshi F, Behzadmehr R, Rafiemanesh H, Bouya S, Raeisi M. Quality of life of chronic heart failure patients: a systematic review and meta-analysis. *Heart Fail Rev*. 2020;25(6):993-1006.
10. van der Wal MH, Jaarsma T, Moser DK, Veeger NJ, van Gilst WH, van Veldhuisen DJ. Compliance in heart failure patients: the importance of knowledge and beliefs. *Eur Heart J*. 2006;27(4):434-40.
11. Almeida DC, Sofia C. *Qualidade de vida no doente com insuficiência cardíaca*. Coimbra: Universidade de Coimbra; 2018.
12. Ferreira PL, Ferreira LN, Pereira LN. [Contribution for the validation of the Portuguese version of EQ-5D]. *Acta Med Port*. 2013;26(6):664-75.
13. Ferreira LN, Ferreira PL, Pereira LN, Oppe M. EQ-5D Portuguese population norms. *Qual Life Res*. 2014;23(2):425-30.
14. 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.
15. 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*. 2020;76(20):2379-90.

16. French SA, Tangney CC, Crane MM, Wang Y, Appelhans BM. Nutrition quality of food purchases varies by household income: the SHoPPER study. *BMC Public Health*. 2019;19(1):231.
17. Rice H, Say R, Betihavas V. The effect of nurse-led education on hospitalisation, readmission, quality of life and cost in adults with heart failure. A systematic review. *Patient Educ Couns*. 2018;101(3):363-74.
18. Niklasson A, Maher J, Patil R, Sillén H, Chen J, Gwaltney C, et al. Living with heart failure: patient experiences and implications for physical activity and daily living. *ESC Heart Fail*. 2022;9(2):1206-15.
19. Ferreira S. *Qualidade de Vida do Doente com Insuficiência Cardíaca do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa*. Porto: Instituto Politécnico do Porto; 2012.
20. World Medical Association Declaration of Geneva. *Afr Health Sci*. 2017;17(4):1203.
21. Thomas M, Jones PG, Cohen DJ, Suzanne AV, Magnuson EA, Wang K, et al. Predicting the EQ-5D utilities from the Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire in patients with heart failure. *Eur Heart J Qual Care Clin Outcomes*. 2021;7(4):388-96.
22. Botelho F, Silva C, Cruz F. *Epidemiologia explicada - Viéses*. *Acta Urológica*. 2010;27:47 - 52.

ANEXOS

Anexo I – Consentimento Informado

Consentimento Informado

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

Para a realização deste trabalho mostra-se necessário este instrumento de recolha de dados, que é composto por três partes.

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

A participação neste estudo é de carácter voluntário. 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 do questionário caso queira.

Estamos a questioná-lo pois a USF precisa de saber como se sente, para melhor o poder ajudar. Para esse efeito pedimos ajuda a um aluno do 6º ano de Medicina, que assim realizará este trabalho como sua Tese de Mestrado.

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

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

Assinatura:

Anexo II – Questionário sobre o Estado de Saúde: Euro Quality of Life Instrument (EQ-5D-3L)

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

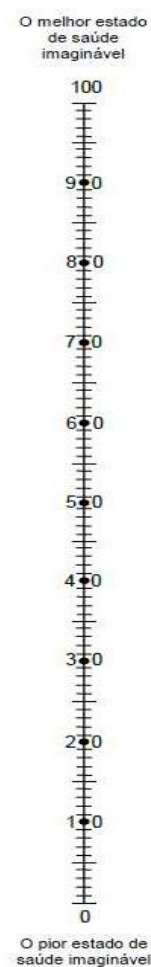
O mesmo 2

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 III – Questionário sobre a Qualidade de Vida do Doente com Insuficiência

Cardíaca: The Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ)

As seguintes perguntas referem-se à sua insuficiência cardíaca que como a doença poderá afetar a sua vida. Estas informações irão manter-nos informados de como 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, colocando 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 semanas, 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 últimas 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 últimas 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 últimas 2 semanas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo IV – Questionário de Dados Sociodemográficos e Clínicos

Questionário de dados sociodemográficos e clínicos:

1. Sexo:

- Masculino:
- Feminino:

2. Idade:

3. Tipo de família:

- Vive sozinho:
- Vive acompanhado:

4. Nível de instrução:

- Inferior ao 1º ciclo do ensino básico (4º ano/antiga 4ª classe):
- Igual ou Superior 1º ciclo do ensino básico (4º ano/antiga 4ª classe):

Dados clínicos:

1. De quantas doenças sofre:

2. Quantos medicamentos toma:

3. Sabe que sofre de Insuficiência Cardíaca Congestiva:

- Sim:
- Não:

- Não que passou a Sim: