

Qualidade de vida em idosos cardiopatas: revisão integrativa

Quality of life in elderly heart diseases: an integrative review

Daylane Fernandes da Silva¹
Maria Liz da Cunha de Oliveira²

¹ Residente multiprofissional em atenção cardíaca pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal/ Escola Superior de Ciências da Saúde. Enfermeira Especialista. Mestranda em gerontologia pela Universidade Católica de Brasília. E-mail: daylane.fernandes@hotmail.com

² Doutora pela Universidade de Brasília. Docente do Programa de Pós-graduação em Ciências para a Saúde, Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, Escola Superior em Ciências da Saúde, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. E-mail: lizcunhad@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Analisar a produção científica nacional e internacional que aborda a qualidade de vida em idosos cardiopatas.

Método: revisão sistemática da literatura disponível nas bases de dados Scopus, PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde.

Resultados: analisados 8 artigos. O instrumento mais utilizado foi o SF-36. Os estudos focam na insuficiência cardíaca, nas comorbidades, nos hábitos de vida e nos tratamentos diários e contínuos.

Conclusão: a qualidade de vida dos idosos cardiopatas vem sendo pesquisada de variadas formas e por instrumentos distintos. Observou-se preocupação dos autores sobre o autocuidado, o acesso aos serviços de saúde e a abordagem holística dos profissionais de saúde.

Palavras-chaves: Idoso; Qualidade de vida; Cardiopatias; Doenças cardiovasculares;

ABSTRACT

Objective: To analyze the national and international scientific production that addresses the quality of life in elderly patients with heart disease.

Method: systematic review of the literature available in the Scopus, PubMed, Virtual Health Library databases.

Results: printing 8 articles. The most used instrument was the SF-36. Studies focus on heart failure, comorbidities, lifestyle and daily and continuous treatments.

Conclusion: the quality of life of the elderly with heart disease has been researched in different ways and using different instruments. The authors' concern about self-care, access to health services and the holistic approach of health professionals was observed.

Keywords: Aged; Quality of life; Heart diseases; Cardiovascular diseases; Review.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um fenômeno de amplitude mundial, principalmente nos países em desenvolvimento. A Organização Mundial da Saúde (OMS) prevê que, em 2025, o número de idosos será de aproximadamente 1,2 bilhões de pessoas e em 2050 terá 2 bilhões, sendo o grupo dos que têm 80 anos ou mais o de maior crescimento¹⁻³.

O envelhecimento pode ser entendido como um processo dinâmico e progressivo, em que há modificações morfológicas, funcionais, bioquímica e psicológicas, com perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, assim como maior prevalência de processos patológicos que demonstram maior incapacidade com as inúmeras perdas, incluindo papel social, renda, posição social, independência e estrutura anatômica⁴.

O coração é considerado um órgão vital para a manutenção da vida, e as doenças cardiovasculares (DCV) são a principal causa de morte no mundo, mais pessoas morrem anualmente por essas enfermidades do que por qualquer outra causa⁵. O aumento da idade representa o maior fator de risco dominante para o desenvolvimento de DCV⁶⁻⁷.

O envelhecimento cardiovascular é uma parte intrínseca do processo natural do envelhecimento biológico e é inevitável com a passagem do tempo⁸. A saúde física e psíquica dos pacientes estão mais frágeis e vulneráveis, pois as DCV contribuem para a diminuição da Qualidade de Vida (QV) dos indivíduos, haja vista que, essas doenças desencadeiam comprometimento físico e a deterioração na função cardíaca^{7,9}.

Dessa forma, o complexo conceito de QV é definido pela OMS como a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida no contexto da cultura e do sistema de valores onde vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito subjetivo que incorpora diversos aspectos da saúde física, do estado psicológico, das relações sociais, de crenças e sua relação com características destacadas no ambiente, além da dependência para os cuidados diários¹⁰.

O processo de envelhecimento e sua vivência, portanto, constituem experiência particular a

cada indivíduo¹¹. Assim, QV constitui um constructo que contempla extensa gama de aspectos da vida de uma pessoa que a faz autoavaliar como usufruindo ou não a sensação de bem-estar – ou seja, o quanto ela está ou não satisfeita com sua vida. Sendo subjetivo, o conceito depende de cada pessoa, de sua condição sociocultural, da idade e das aspirações pessoais, condições pelas quais o sujeito considera melhor ou pior, e oscila entre as dimensões física, psicológica e social¹².

O impacto da QV relacionada às DCV tem sido objeto de estudo considerado relevante, pois, além de avaliarem os resultados terapêuticos, geram hipóteses e reflexões que condicionam a ampliação do enfoque das pesquisas sobre QV¹³. Portanto, o aprofundamento do estudo da QV, de forma científica, é importante para traçar critérios destinados ao tratamento precoce ou acompanhamento em programa de reabilitação de pessoas com doenças crônicas¹⁴.

Dado ao exposto objetivou-se analisar a produção científica nacional e internacional que aborda a QV em idosos cardiopatas.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão sistemática de literatura e seguiu-se um protocolo definido, realizada em oito etapas, a saber: elaboração da pergunta norteadora, busca na literatura, seleção dos artigos, extração dos dados, avaliação da qualidade metodológica, síntese dos dados, avaliação da redação e publicação dos resultados¹⁵.

A pergunta norteadora para a presente revisão sistemática consistiu em: Como a QV em idosos é impactada pelas cardiopatias?

A seleção de artigos foi realizada com a busca de estudos nas bases de dados Scopus, PubMed e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Adotou-se quatro cruzamentos utilizando os sinônimos em inglês do descritor “idoso” (“Aged”, “Aging”, “Old age” e “Elderly”) e três cruzamentos utilizando os sinônimos em inglês do descritor “cardiopatas” (“Heart Diseases”, “Cardiovascular Diseases” e “Heart Failure”) com o termo “Quality of life”.-

Optou-se pela utilização dos termos em inglês uma vez que a busca utilizando os descritores em português apresentaram um número restrito

de achados. Devido ao grande montante de trabalhos encontrados com a busca em inglês, optou-se pela delimitação de data, a fim de levantar a bibliografia atualizada sobre o assunto. Deste modo, foram incluídos artigos publicados entre o dia 01 de abril de 2015 o dia 01 de abril de 2020.

A base de dados Scopus foi escolhida devido ao seu caráter multidisciplinar. Nessa base, foi selecionada a opção “*all fields*” e, na seção “*document type*”, optou-se por incluir apenas artigos (“*article*”). Pelo fato da base PubMed ser considerada uma das mais relevantes fontes de pesquisa na área da saúde atualmente, ela também foi utilizada nesta pesquisa. Nela, selecionou-se os seguintes filtros na busca avançada: “*Title/abstract*” e, nos “*articles type*”, apenas “*journal article*”. A base BVS foi escolhida devido a sua abrangência nacional e realizou-se a busca utilizando-se o filtro “Limite” selecionando a opção “*humanos*” para que a busca fosse realizada apenas em estudos que utilizaram em sua amostra seres humanos.

Os critérios de inclusão determinantes para a seleção dos artigos foram: estar disponíveis em língua portuguesa e inglesa com texto disponível na íntegra, no período dos últimos 5 anos e os estudos teriam que conter pelo menos dois dos descritores ou palavras utilizadas para pesquisa.

Definiu-se como critérios de exclusão as publicações duplicadas nas bases de dados, teses, comentários, revisões de literatura, publicações na forma de cartas, dissertações, resenhas, artigos de opinião, resumos de anais, artigos com duplicidade de plataforma, dossiês, relatos de experiência, relatórios de gestão e editoriais, livros, capítulos de livros, documentos governamentais, boletins informativos e estudos que incluíam na sua amostra indivíduos com menos de 60 anos.

Foram lidos todos os resumos restantes. Buscou-se na íntegra os artigos incluídos. Além das próprias bases de dados, utilizou-se o Portal de

Periódicos Capes como recurso para acesso aos textos completos. Aqueles artigos que não tinham livre acesso, também foram excluídos.

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, realizou-se a leitura minuciosa dos artigos na íntegra. Na análise dos dados procurou-se extrair as seguintes informações dos estudos incluídos: 1) autoria e ano; 2) país de publicação; 3) característica da amostra; 4) metodologia utilizada; 5) descritores; 6) instrumentos utilizados para avaliar a QV. Por fim, foi realizada a análise e interpretação dos dados de cada estudo incluído nesta revisão. Os achados que foram encontrados nesses trabalhos foram organizados e discutidos considerando o eixo principal: A QV em idosos cardiopatas.

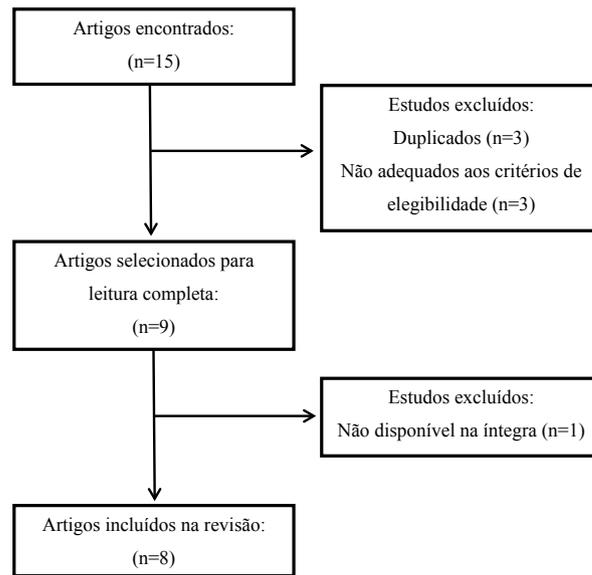
RESULTADOS

No total, foram encontrados nas bases de dados utilizadas, 15 documentos sobre qualidade de vida em idosos com cardiopatias de acordo com os critérios utilizados nas buscas. Após aplicação dos critérios de exclusão adotados, chegou-se no total de 8 para análise final, a **Figura 1** mostra o processo de seleção dos artigos pesquisados.

É importante ressaltar que, embora se tenha utilizado os termos “*aged*”, “*aging*”, “*old age*” e “*elderly*” durante a busca, muitos dos artigos encontrados não contavam com a amostra apenas de idosos. Como um dos objetivos estabelecidos nesta revisão era identificar o panorama atual desses estudos especificamente no público idoso, foram considerados apenas os artigos com amostras acima de 60 anos.

Após a seleção e análise dos artigos abordados nesta revisão (n=8), foram destacados a autoria, título, descritores, periódico e o ano. O **Quadro 1** apresenta estas informações de maneira detalhada e na compilação dos dados optou-se pela estruturação dos artigos em ordem cronológica a fim de organizar os períodos entre 2015 e 2020.

Figura 1
Fluxograma do processo de seleção dos artigos pesquisados. Brasília, DF, 2020.



Quadro 1
Artigos incluídos na revisão integrativa. Brasília, DF, 2020.

Referência (ano)	País e amostra	Descritores	Método	Instrumento(s) utilizado(s) para avaliação da QV
Rodrigues <i>et al.</i> ²³ (2015)	Brasil 1020 idosos e idosas entre 60 e 97 anos	Depressão. Idoso. Doenças cardiovasculares. Idoso fragilizado. Qualidade de vida.	Quantitativo Transversal	<i>Short-Form Health Survey</i> (SF-36)
Evangelista <i>et al.</i> ²⁰ (2015)	Estados Unidos 42 idosos e idosas entre 60 e 83 anos	Activation. Heart failure. Quality of life. Self-care. Remote monitoring systems.	Quantitativo Quase experimental	<i>Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire</i> (MLHFQ)
Tavares <i>et al.</i> ²⁴ (2015)	Brasil 1049 idosos e idosas com mais de 60 anos	Idoso. População rural. População urbana. Qualidade de vida. Doenças cardiovasculares. Atenção à saúde.	Quantitativo Transversal	<i>World Health Organization Quality of Life – BREF</i> (WHOQOL-BREF) e <i>World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults</i> (WHOQOL-OLD).
Kitzman <i>et al.</i> ¹⁹ (2016)	Estados Unidos 92 idosos e idosas com mais de 60 anos	Heart Failure. Elderly. Quality of life. Simulation Exercise.	Quantitativo Ensaio Clínico Controlado Randomizado	SF-36 e MLHFQ
Chan <i>et al.</i> ²¹ (2016)	China 112 idosos e idosas entre 65 e 95 anos	Assessment. Heart failure. Palliative care. Elderly.	Quantitativo Transversal	<i>McGill Quality of Life Questionnaire</i> (MQoL)
Lima <i>et al.</i> ²⁵ (2017)	Brasil 9 idosos e idosas entre 61 e 76 anos	Idoso. Qualidade de vida. Cirurgia torácica. Fisioterapia.	Quantitativo Estudo piloto	WHOQOL-BREF
Sun <i>et al.</i> ²² (2017)	China 98 idosos e idosas com mais de 60 anos	Cardiovascular diseases. Quality of life. Self-care. Traditional Chinese Medicine.	Quantitativo Ensaio Clínico Controlado Randomizado	SF-36
Zachariah <i>et al.</i> ¹⁸ (2017)	Reino Unido 187 idosos e idosas com mais de 70 anos	Elderly. HRQoL. MLHFQ. Health-related quality of life. Heart failure. Ivabradine.	Quantitativo Coorte	MLHFQ e <i>12-item Health Survey</i> (SF-12)

Em relação à nacionalidade dos estudos, destacam-se os artigos internacionais relacionados ao tema (n=5), sendo realizados na China (n=2), Estados Unidos (n=2), Reino Unido (n=1), seguido de estudos brasileiros (n=3). Quanto ao ano de publicação, notou-se que o ano de 2015 e 2017 obtiveram o mesmo número de publicações (n=3), cada um, seguido do ano de 2016 (n=2). No que diz respeito aos descritores utilizados, todos os artigos trouxeram termos diferentes. E quanto à utilização dos instrumentos de avaliação de QV, foram aplicados o SF-36 e o MLHFQ (n=3), cada um, seguido do WHOQUOL-BREF (n=2), WHOQOL-OLD, SF-12 (n=1) e MQoL (n=1), respectivamente.

DISCUSSÃO

Visto o caráter subjetivo e multidimensional do conceito QV, a sua mensuração tem se tornado cada vez mais relevante na área da saúde, por ser considerada um fator importante na análise do impacto de um tratamento frente a uma doença crônica¹⁶⁻¹⁷.

De acordo com os achados desta revisão, o foco das pesquisas que envolvem DCV nos idosos está a IC¹⁸⁻²¹, as DCV gerais²²⁻²⁴ e a pré e pós cirurgia cardíaca²⁵. Nos estudos ocorrem uma predominância do sexo masculino^{18,21-22,25}, e nos demais do sexo feminino^{19-20,23-24}, a idade foi apresentada por média¹⁸⁻²³ e por faixa etária²⁴⁻²⁵.

Os pacientes apresentavam múltiplas comorbidades como: hipertensão, diabetes^{18-20,22-23}, doença pulmonar obstrutiva crônica^{18,23}, asma¹⁸, sedentarismo, dislipidemia, obesidade, osteoartrite, insuficiência renal crônica déficit cognitivo²³, depressão^{21,23}, tabagismo^{20,23}. Dentre as doenças cardiovasculares mais prevalentes, destacaram-se: doença arterial coronária^{20,22-23}, insuficiência cardíaca (IC)^{19,21-23}, fibrilação atrial¹⁹, infarto agudo do miocárdio prévio, acidente vascular cerebral prévio^{18,23}, hipertrofia do ventrículo esquerdo, disfunção diastólica¹⁹ e arritmias²².

Os medicamentos cardiológicos mais utilizados pelos pesquisados são citados¹⁸⁻²⁰, porém em contrapartida, outros estudos não citam o nome da medicação em si, mas trás outra face em relação às doenças cardiológicas que são a dependência de medicação ou tratamentos contínuos²⁴⁻²⁵, polifarmácia¹⁸, a baixa adesão ao tratamento médico²³, que exige associação às mudanças de hábitos e adaptação as limitações decorrentes dos

sintomas de algumas cardiopatias, abordando a importância do papel relevante da família no enfrentamento da doença²⁴ e a importância da administração de medicação correta²².

Os instrumentos utilizados para avaliação da QV mostram a percepção do indivíduo em relação à mesma e são divididos em dimensões, observou-se que o SF-36^{19,22-23}, o MLHFQ¹⁸⁻²⁰, WHOQUOL-BREF²⁴⁻²⁵, WHOQOL-OLD²⁴, SF-12, uma medida genérica de 12 itens derivada do SF-36¹⁸ e MQoL²¹, foram os mais utilizados, respectivamente.

O instrumento mais utilizado em estudos que relacionam estilo e qualidade de vida é o SF-36 que avalia 36 itens do componente físico e mental, a média é 50 pontos e pontuações mais altas indicam melhor QV^{17,19,26}. Já o MLHFQ é uma ferramenta específica de 21 itens que mede vários sintomas de IC, ou seja, avalia o impacto do tratamento da IC e desta doença na QV física, emocional e geral e uma pontuação mais alta no MLHFQ indica pior QV relacionada à IC^{18-20,27}.

O WHOQOL-BREF é um instrumento genérico composto por quatro domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente²⁸. O WHOQOL-OLD é um módulo específico para o idoso, complementar ao WHOQOL-BREF, sendo constituído por seis facetas: funcionamento dos sentidos, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, participação social, morte e morrer e; intimidade²⁹. Ambos escores variam de 0 a 100 pontos, sendo que o maior valor corresponde a melhor QV.

O questionário MQoL é uma escala específica para pacientes em cuidados paliativos, permite obter uma pontuação da QV global e avaliar a QV em quatro aspectos: físico, psicológico, social e existencial e quanto maior o valor, melhor é a QV³⁰.

Pela diversidade temática encontrada relacionada à QV em idosos cardiopatas optou-se por esclarecer de modo geral o foco central de cada estudo e assim facilitar o entendimento dos instrumentos e resultados obtidos pelos pesquisadores.

Os resultados de Zachariah *et al.*¹⁸, pelo MLHFQ e SF-12, demonstraram que a adição de Ivabradine à terapia padrão foi bem tolerada e consistentemente associada à melhoria da QV, do estado clínico e funcional, ambos avaliados por outro questionário, ao longo de 6 meses em idosos na qual a progressão da IC crônica pode ser esperada.

Enquanto o estudo de Sun *et al.*²² explana sobre uma intervenção educacional em saúde através da Medicina Tradicional Chinesa e afirma que é um método eficaz para melhorar a QV, principalmente na dimensão vitalidade, pelo SF-36, já que fornece um novo ponto de vista para estratégias diversificadas de desenvolvimento do autocuidado em pacientes idosos com DCV, pois também foram significativamente melhoradas após 6 meses de estudo numa província da China.

Tavares *et al.*²⁴ buscou trazer características socioeconômicas e comparar a QV de idosos urbanos e rurais com doenças cardíacas e observou-se que na análise mensurada pelo WHOQOL-BREF, a maior porcentagem de idosos com doenças cardíacas nas zonas urbana e rural avaliaram-na como boa. A maioria dos idosos urbanos e rurais estava satisfeito com a própria saúde²⁴.

Na zona urbana a proporção de mulheres, idosos mais velhos e sem companheiro foi superior a rural. Concernente a QV, os idosos urbanos com DCV apresentaram escores inferiores nos domínios: físico e relações sociais e nas facetas: autonomia, atividades passadas, presentes e futuras e intimidade, já para o domínio meio ambiente e as facetas funcionamento dos sentidos e morte e morrer os idosos da zona urbana apresentaram escores superiores comparado aqueles da zona rural²⁴.

Chan *et al.*²¹ pesquisou os fatores significativos que influenciam sua QV de pacientes idosos com IC avançada em cuidados paliativos e concluiu-se que os cinco fatores nos aspectos de bem-estar existencial, físico, psicológico e educacional foram significativamente associados à QV desses idosos. O escore física do MQoL foi o mais baixo, enquanto o escore psicológico foi o mais alto, embora o item sobre medo do futuro não tenha sido significativamente correlacionado com a QV geral, sua correlação com outros itens da subescala de bem-estar psicológico, como depressão, preocupação e tristeza, não deve ser negligenciada. Os resultados ressaltam a importância do cuidado holístico no atendimento das diferentes necessidades de cuidados paliativos de pacientes com IC avançada²¹.

Os resultados de Rodrigues *et al.*²³ verificaram que nenhum idoso com DCV apresentou escore de SF-36 inferior a 33 e quase 90% apresentou escore maior que 66, ou seja, o escore total mostrou-se elevado. Contudo, o escore do domínio emocional foi menor que 65 em 55% dos indivi-

duos, antecipando uma grande influência da depressão sobre a qualidade de vida, assim, conclui que em uma população de idosos cardiopatas os determinantes clínicos mais relevantes de prejuízos para dependência e QV foram às comorbidades não cardiovasculares, particularmente a depressão²³.

Ao ser realizada a análise multivariada, a QV relacionada às principais doenças citadas no estudo com cada um de seus domínios, por exemplo, no domínio limitação para atividades físicas por problemas de saúde do SF-36, as doenças e comorbidades mais citadas foram: IC, doença arterial coronariana, infarto agudo do miocárdio, sedentarismo, hipertensão, obesidade, entre outras²³.

Lima *et al.*²⁵ comparou a QV pré e pós cirurgia cardíaca, pelo WHOQOL-BREF, e a QV geral demonstrou uma melhora significativa. Houve melhora relevante nos domínios físico e relações sociais, mas no domínio meio ambiente e psicológico não houve diferença estatística. No domínio meio ambiente pode ser explicado, pois não houve mudanças quanto às condições de moradia, acesso aos serviços de saúde, recursos financeiros e transporte. Já no domínio psicológico acreditava-se em sentimentos negativos quanto à condição patológica e o tratamento²⁵.

Os efeitos da dieta ou do exercício na QV em idosos obesos com IC foi o tema estudado por Kitzman *et al.*¹⁹ e houve melhora significativa do escore geral do componente físico da QV, pelo SF-36, através da dieta, mas não do exercício. A medida co-primária da QV, pelo MLHF, não foi significativamente diferente com o exercício e com a dieta, e nenhuma intervenção teve um efeito significativo na QV, medida por este último questionário¹⁹.

O efeito do Sistema de Monitoramento Remoto (SMR) no autocuidado e qualidade de vida em pacientes idosos com IC crônica foi assunto investigado por Evangelista *et al.* que obteve como resultado a melhora dos escores da QV física nos dois grupos ao longo do tempo, avaliado pelo SF-36. A QV relacionada à IC, avaliada pelo MLHF, mostrou-se que a exposição ao SMR foi associada a melhorias na QV emocional e geral e não houve alterações quando comparada ao outro grupo. Os idosos de ambos os grupos relataram níveis moderadamente baixos de autocuidado. Assim, observou-se uma forte associação negativa entre confiança no autocuidado e QV emocional, e melhorias

na confiança no autocuidado foram relacionadas a maiores reduções nos sintomas emocionais, ou seja, melhor QV emocional e geral²⁰.

O bom estado funcional dos idosos tem sido fortemente relacionada a uma melhor percepção de QV^{17-18,22-25}. O autocuidado é importante e pode ser uma chave de grande valia para melhorar a QV, pois nota-se disposição e habilidade dos pacientes de gerenciar seus próprios cuidados^{20,22}, já que a capacidade funcional também foi associada aos transtornos depressivos e têm impacto maior que as doenças cardiovasculares sobre a dependência e a QV de idosos²³.

Poucos estudos trouxeram dados sociodemográficos dos entrevistados como renda^{22,24}, escolaridade, estado civil^{21-22,24} e arranjo de moradia^{18,21,24}. Neste estudo não foi observada diferenças significativas em algumas condições socioeconômicas como a escolaridade e a renda, além dos menores escores em alguns aspectos da QV dos idosos rurais. Porém, a maior proporção de idosos sem renda no meio rural pode interferir de forma negativa no acesso aos serviços de saúde e na QV²⁴.

Nesse sentido, observa-se a importância da atuação dos profissionais da saúde junto aos idosos com cardiopatias e familiares para melhoria das condições de vida e, conseqüentemente, da percepção da QV, surgindo assim, uma preocupação dos autores em relação a essa temática.

À medida que o conceito de assistência centrada no paciente ganha impulso, os profissionais de saúde precisam ser proativos ao fornecer aos pacientes as ferramentas necessárias para tomar decisões informadas sobre seus cuidados de saúde e resolver problemas encontrados diariamente ao viver com uma condição crônica.^{20,22} Assim, torna-se necessária a adequação dos serviços de atendimento e de programas de ensino e capacitação dos profissionais envolvidos no atendimento de idosos²³.

O enfermeiro pode por meio da consulta de enfermagem e visitas domiciliares refletir sobre estes aspectos junto aos familiares identificando as limitações impostas pela doença e identificando alternativas de melhoria e traçar um plano de ação pautado nos problemas referidos pelos idosos. Na zona rural ou em lugares com menos acesso aos serviços devem ser desenvolvidas estratégias que facilitem a entrada do idoso aos serviços de saúde de modo a contribuir com a minimização do impacto da perda da QV em alguma dimensão²⁴.

A educação em saúde através da medicina tradicional chinesa também é um método eficaz para promover a QV e incentivar o autocuidado em pacientes idosos com doenças cardiovasculares²². Dessa forma, a visão holística dos profissionais e desses pacientes é de extrema importância, visto que ambos conseguem tirar o foco dos sintomas ou do adoecimento e prestam atenção em outras áreas que são relevantes para manutenção do biopsicossocioespiritual²¹⁻²².

CONCLUSÃO

Observou-se que a QV dos idosos cardiopatas vem sendo pesquisada de variadas formas e mesmo não sendo o foco deste estudo, notou-se uma importante associação das pesquisas internacionais com o termo de autocuidado, já que as DCV geralmente estão ligadas à algumas comorbidades e maus hábitos de vida.

Foi difícil realizar comparações com os estudos incluídos nesta revisão, pois cada um aborda uma temática e utiliza instrumentos de avaliação de QV diferentes, porém as semelhanças apresentadas foram mostradas na discussão.

O foco dos estudos de QV de idosos com alguma cardiopatia está sendo na IC, visto que a mesma é uma condição debilitante e muitas vezes requer tratamento contínuo. Verificou-se que a QV dos idosos cardiopatas, mesmo mediada por instrumentos distintos, obteve-se resultado significativo em algumas dimensões. Em uma das pesquisas foi notado que a QV de vida dos idosos foi mais impactada pela depressão do que pelas DCV.

Uma coisa que chamou muita atenção foi à preocupação dos autores abordando o acesso desses pacientes aos serviços de saúde e como os profissionais de saúde podem contornar e explorar a visão holística, pois a assistência centrada no paciente está alcançando novos horizontes, daí passa a ser relevante autorresponsabilizar o paciente pelo seu cuidado no tratamento e mudanças nos hábitos de vida juntamente com a sua rede de apoio para melhorar a QV.

É necessário realizar mais pesquisas, pois nos últimos 5 anos foram produzidos poucos estudos a cerca do assunto e se possível, buscar estudos com o mesmo instrumento utilizado para comparar as dimensões da QV.

REFERÊNCIAS

1. Ran L, Jiang X, Li B, Kong H, Du M, Wang X, Yu H, Liu Q. Association among activities of daily living, instrumental activities of daily living and health-related quality of life in elderly Yi ethnic minority. *BMC Geriatr*. 2017;17(74):1-17. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0455-y>
2. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. Envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais e futuras. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016;19(3):507-19. <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>
3. World Health Organization (WHO). Seasonal influenza vaccine use in low and middle income countries in the tropics and subtropics: a systematic review. Geneva: WHO; 2015. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/188785>
4. Willemann JR, Marques FR, Portugal MEG, Souza SJP, Weigert SP, Piemonte MR. Análise da qualidade de vida em idosos com dor crônica. *Rev gestão & saúde*. 2016; 14(2):20-7. <http://www.herrero.com.br/files/revista/file6253806e7eea3069e786c667408342b2.pdf>
5. Organização Mundial da Saúde. Doenças cardiovasculares. Brasília, DF: OPAS; 2017. <https://www.paho.org/pt/topicos/doencas-cardiovasculares>
6. Lakatta EG, Levy D. Arterial and cardiac aging: major shareholders in cardiovascular disease enterprises. Part I. Aging arteries: a “set up” for vascular disease. *Circulation*. 2003;107(1):139–46. <https://doi.org/10.1161/01.cir.0000048892.83521.58>
7. Christmann M, Costa CC, Moussalle LD. Avaliação da qualidade de vida de vida de pacientes cardiopatas internados em hospital público. *Rev AMRIGS*. 2011;55(3):239-43. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-835358>
8. Jugdutt BI. Aging and heart failure: mechanisms and management. Nova York: Springer; 2014. <https://www.springer.com/gp/book/9781493902675>
9. Vetrano DL, Rizzuto D, Calderón-Larrañaga A, Onder G, Welmer AK, Bernabei R, Marengoni A, Fratiglioni L. Trajectories of functional decline in older adults with neuropsychiatric and cardiovascular multimorbidity: A Swedish cohort study. *PLoS Med*. 2018;15(3):e1002503. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002503>
10. Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: OPAS; 2005. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf
11. Chachamovich E, Trentini C, Fleck MPA. Qualidade de vida em idosos: conceituação e investigação. In: Neri AL, organizador. Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar. Campinas: Alínea; 2011. p. 61-81.
12. Dalla Vecchia R, Ruiz T, Bocchi SCM, Corrente JE. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Rev Bras Epidemiol*. 2005;8(3):246-52. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2005000300006>
13. Dal Boni ALM, Martinez JE, Saccomann ICRS. Quality of life of patients undergoing coronary artery bypass grafting. *Acta Paul Enferm*. 2013;26(6):575-80. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000600011>
14. Santos JR, Reis SCCAG, Reis MCS, Soares ABAL, Jucá AL. Qualidade de vida de pacientes hospitalizados com doenças cardiovasculares: possibilidades de intervenção da terapia ocupacional. *Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup*. 2017;1(5):620-633. <https://revistas.ufrj.br/index.php/ribto/article/view/9962>
15. Galvão TF, Pereira MG. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. *Epidemiol Serv Saúde*. 2014;23(1):183-4. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742014000100018>
16. Rossi RC, Vanderlei FM, Medina LAR, Pastre CM, Pandovani CR, Vanderlei LCM. Influência do perfil clínico e Sociodemográfico na Qualidade de Vida de cardiopatas submetidos à Reabilitação Cardíaca. *Conscientiae saúde*. 2011;10(1):59-68. <http://dx.doi.org/10.5585/ConScientiaeSaude/2011/v10n1/2465>
17. Ferreira LK, Meireles JFF, Ferreira MEC. Estilo e qualidade de vida de idosos: uma revisão de literatura. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2018;21(5):639-651. <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180028>
18. Zachariah D, Stevens D, Sidorowicz L, Spooner C, Rowell N, Taylor J, Kay R, Salek MS, Kalra PR. Quality of life improvement in older patients with heart failure initiated on ivabradine: Results from the UK multi-centre LIVE:LIFE prospective cohort study. *Int J Cardiol*. 2017;249:313-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijcard.2017.08.001>
19. Kitzman DW, Brubaker P, Morgan T, Haykowsky M, Hundley G, Kraus WE, Eggebeen J, Nicklas BJ. Effect of Caloric Restriction or Aerobic Exercise Training on Peak Oxygen Consumption

- and Quality of Life in Obese Older Patients With Heart Failure With Preserved Ejection Fraction. *JAMA*. 2016;315(1):36-46. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2015.17346>
20. Evangelista LS, Lee JA, Moore AA, Motie M, Ghasemzadeh H, Sarrafzadeh M, Mangione CM. Examining the Effects of Remote Monitoring Systems on Activation, Self-care, and Quality of Life in Older Patients With Chronic Heart Failure. *J Cardiovasc Nurs*. 2015;30(1): 51–7. <http://dx.doi.org/10.1097/JCN.000000000000110>
 21. Chan HY, Yu DS, Leung DY, Chan AW, Hui E. Quality of life and palliative care needs of elderly patients with advanced heart failure. *J Geriatr Cardiol*. 2016;13(5):420–4. <http://dx.doi.org/10.11909/j.issn.1671-5411.2016.05.016>
 22. Sun YQ, Jiang AL, Chen SM, Li H, Xing HY, Wang F. Quality of life and self-care in elderly patients with cardiovascular diseases: The effect of a Traditional Chinese Medicine health educational intervention. *Appl Nurs Res*. 2017;38:134-140. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2017.10.003>
 23. Rodrigues GHP, Gebara OCE, Gerbi CCS, Pierri H, Wajngarten R. Depressão como Determinante Clínico de Dependência e Baixa Qualidade de Vida em Idosos Cardiopatas. *Arq Bras Cardiol*. 2015;104(6):443-9. <https://doi.org/10.5935/abc.20150034>
 24. Tavares DMS, Arduini GO, Martins NPF, Dias FA, Ferreira LA. Características socioeconômicas e qualidade de vida de idosos urbanos e rurais com doenças cardíacas. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015;36(3):21-7. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.03.45470>
 25. Lima KCS, Moraes I, Lima AMF, Torres MV, Xavier CL, Gardenghi G. Qualidade de vida em idosos cardiopatas pré e pós-cirurgia cardíaca. *Rev Pesq Fisioter*. 2017;7(2):171-8. <http://dx.doi.org/10.17267/2238-2704rpf.v7i2.1289>
 26. Ware JEJ Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). *Med Care*. 1992;30(6):473-483. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1593914/>
 27. Rector TS, Cohn JN; Pimobendan Multicenter Research Group. Assessment of patient outcome with the Minnesota Living with Heart Failure questionnaire. *Am Heart J*. 1992;124(4):1017-1025. [https://doi.org/10.1016/0002-8703\(92\)90986-6](https://doi.org/10.1016/0002-8703(92)90986-6)
 28. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Rev Saúde Pública*. 2000;34(2):178-83. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910200000200012>
 29. Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(5):785-91. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000600007>
 30. Cohen SR, Mount BM, Strobel MG, Bui F. The McGill quality of life questionnaire: a measure of quality of life appropriate for people with advanced disease. A preliminary study of validity and acceptability. *Palliat Med*. 1995;9(3):207-219. <https://doi.org/10.1177/026921639500900306>