

Avaliação da qualidade de vida de pacientes portadores de doenças cardiovasculares internados em um hospital público estadual

Assessment of patients' quality of life hospitalized cardiovascular diseases in a state public hospital

Evaluación de la calidad de vida de los pacientes enfermedades cardiovasculares hospitalizados en un hospital público del estado

Recebido: 21/06/2022 | Revisado: 01/07/2022 | Aceito: 18/07/2022 | Publicado: 19/07/2022

Claudia Dzimidas Haber

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5074-4196>

Universidade Federal do Pará, Brasil

E-mail: claudia.dhaber@hotmail.com

Marcos Valério Santos da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7824-0042>

Universidade Federal do Pará, Brasil

E-mail: marcoasilva@ufpa.br

Bruna Danielle Conde de Carvalho

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8352-5598>

Universidade Federal do Pará, Brasil

E-mail: condebruna6@gmail.com

Resumo

Introdução: Pacientes com doenças cardiovasculares podem ter a Qualidade de Vida alterada como consequência de sua saúde, seja em razão de suas deficiências físicas ou psicológicas. **Objetivo:** Avaliar a Qualidade de Vida de pacientes com doenças cardiovasculares internados em hospital de referência em cardiologia. **Metodologia:** Estudo prospectivo analítico transversal realizado no período de abril a maio de 2018 através da aplicação dos questionários do Perfil Sociodemográfico e Clínico e Escala SF-36 “Medical Outcomes Short-form Health Survey”. A amostra correspondeu a 70 pacientes entrevistados de forma aleatória e voluntária, internados na Clínica Cardiológica. **Resultados:** Dos 70 pacientes entrevistados, 70% (49/70) dos indivíduos era do sexo masculino, 32,8% (23/70) com idade acima de 70 anos, 44,3% (31/70) casados e 35,7% (25/70) com estudo até o ensino primário incompleto. **Discussão:** A saúde é aspecto primordial para que o indivíduo esteja bem consigo, com a vida e com a sociedade, reagindo aos problemas e controlando sua rotina. **Conclusão:** A avaliação da Qualidade de Vida dos pacientes verificou que os domínios Limitação por aspectos emocionais e Limitação por aspectos físicos foram os mais comprometidos seguidos da Limitação por aspectos sociais. Os indivíduos com menos de dois anos de diagnóstico da doença cardiovascular apresentaram melhor qualidade de vida do que os pacientes com diagnóstico maior que três anos.

Palavras-chave: Qualidade de vida; Pacientes internados; Doenças cardiovasculares.

Abstract

Introduction: Patients with cardiovascular diseases may have their Quality of Life altered as a result of their health, whether due to their physical or psychological deficiencies. **Objective:** To evaluate the Quality of Life of patients with cardiovascular diseases admitted to a cardiology referral hospital. **Method:** Prospective cross-sectional analytical study carried out from April to May 2018 through the application of the Sociodemographic and Clinical Profile questionnaires and the SF-36 Scale “Medical Outcomes Short-form Health Survey”. The sample corresponded to 70 patients interviewed randomly and voluntarily, admitted to the Cardiology Clinic. **Results:** Of the 70 patients interviewed, 70% (49/70) were male, 32.8% (23/70) were over 70 years of age, 44.3% (31/70) were married and 35.7% (25/70) with incomplete primary education. **Discussion:** Health is a primordial aspect for the individual to be well with him, with life and with society, reacting to problems and controlling his routine. **Conclusion:** The evaluation of the patients' Quality of Life found that the domains Limitation due to emotional aspects and Limitation due to physical aspects were the most compromised, followed by Limitation due to social aspects. Individuals with less than two years of diagnosis of cardiovascular disease had a better quality of life than patients with a diagnosis of more than three years.

Keywords: Quality of life; Inpatients; Cardiovascular diseases.

Resumen

Introducción: Los pacientes con enfermedades cardiovasculares pueden ver alterada su Calidad de Vida como consecuencia de su estado de salud, ya sea por sus deficiencias físicas o psíquicas. **Objetivo:** Evaluar la Calidad de

Vida de los pacientes con enfermedades cardiovasculares ingresados en un hospital de referencia de cardiología. *Método:* Estudio analítico transversal prospectivo realizado de abril a mayo de 2018 mediante la aplicación de los cuestionarios de Perfil Sociodemográfico y Clínico y la Escala SF-36 “Medical Outcomes Short-form Health Survey”. La muestra correspondió a 70 pacientes entrevistados de forma aleatoria y voluntaria, ingresados en la Clínica de Cardiología. *Resultados:* De los 70 pacientes entrevistados, el 70% (49/70) eran del sexo masculino, el 32,8% (23/70) eran mayores de 70 años, el 44,3% (31/70) eran casados y el 7% (25/70) eran 35) con educación primaria incompleta. *Discusión:* La salud es un aspecto primordial para que el individuo esté bien con él, con la vida y con la sociedad, reaccionando a los problemas y controlando su rutina. *Conclusión:* La evaluación de la Calidad de Vida de los pacientes constató que los dominios Limitación por aspectos emocionales y Limitación por aspectos físicos fueron los más comprometidos, seguidos de Limitación por aspectos sociales. Los individuos con menos de dos años de diagnóstico de enfermedad cardiovascular tenían una mejor calidad de vida que los pacientes con un diagnóstico de más de tres años.

Palabras clave: Calidad de vida; Pacientes internos; Enfermedades cardiovasculares.

1. Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2017) no ano de 2015, as Doenças Cardiovasculares (DCVs) foram responsáveis por cerca de 17,7 milhões de óbitos no mundo, representando 31% do total de mortes. No Brasil, também se constituem como o problema de saúde de maior magnitude. Dados do Ministério da Saúde afirmam que as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por aproximadamente 360.000 mortes em 2016 (Brasil, 2018).

As DCVs são um grupo de doenças do coração e dos vasos sanguíneos e incluem: 1) Doença coronária – doença dos vasos sanguíneos que irrigam o músculo cardíaco; 2) Doença cerebrovascular – doença dos vasos sanguíneos que irrigam o cérebro; 3) Doença arterial periférica – doença dos vasos sanguíneos que irrigam os membros superiores e inferiores; 4) Doença cardíaca reumática – danos no músculo do coração e válvulas cardíacas devido à febre reumática, causada por bactérias estreptocócicas; 5) Cardiopatia congênita – malformações na estrutura do coração existentes desde o momento do nascimento; 6) Trombose venosa profunda e embolia pulmonar – coágulos sanguíneos nas veias das pernas, que podem se desalojar e se mover para o coração e pulmões. Os ataques cardíacos e acidentes vasculares cerebrais (AVCs) geralmente são eventos agudos causados principalmente por um bloqueio que impede que o sangue flua para o coração ou para o cérebro por acúmulo de depósitos de gordura nas paredes internas dos vasos sanguíneos que irrigam o coração ou o cérebro. (Organização Pan-Americana de Saúde [OPAS], 2017).

As DCVs atingem indivíduos de todas as camadas sociais, sobretudo as camadas mais pobres, de baixa escolaridade e renda (Brasil, 2011). A alta prevalência tem imposto desafios para o setor saúde e para as políticas públicas envolvidas no combate aos seus fatores de risco (Ribeiro, Cotta e Ribeiro, 2012).

Por fazerem parte das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) devem ser cuidadas na Atenção Básica (AB), denominada também de Atenção Primária de Saúde (APS). Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2011), a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) tem um custo social alto, atingindo o indivíduo e suas famílias e podendo levar a incapacidades. Existe impacto financeiro sobre a renda familiar e também sobre o sistema de saúde. Segundo Malta e Silva (2013) “As DCNT produzem custos indiretos significativos para a sociedade e o governo, em função da redução da produtividade, perda de dias trabalhados e prejuízos para o setor produtivo, sem esquecer os custos intangíveis, como os efeitos adversos na qualidade de vida das pessoas afetadas”. Considerando ainda o aumento nos gastos no diagnóstico e no tratamento não só pela incorporação de tecnologia, mas também pela própria mudança de utilização dos serviços de saúde,

Scramm *et al* (2004) reforçam que “estes aspectos ocasionam importantes desafios e a necessidade de uma agenda para as políticas de saúde que possam dar conta das várias transições em curso”.

Sendo assim, para Buss (2000) “a intervenção sanitária refere-se não apenas à dimensão objetiva dos agravos e dos fatores de risco, mas aos aspectos subjetivos, relativos, portanto, às representações sociais de saúde e doença”. Medir a QV, segundo Seidl e Zannon (2004) permite a “avaliação da eficácia, eficiência e impacto de determinados tratamentos para grupos de portadores de agravos diversos”.

As condições crônicas das DCVs, entretanto, podem apresentar, em determinados períodos, eventos agudos muitas vezes causados pelo mau manejo dessas condições crônicas pelos sistemas de atenção à saúde ou pela falta de adesão do paciente a seu tratamento. Portanto, os eventos agudos são diferentes de condições agudas e é esperado que ocorram, também, nas condições crônicas. As condições agudas manifestam-se, em geral, por eventos agudos; as condições crônicas podem se manifestar, em momentos discretos e de forma exuberante, sob a forma de eventos agudos. Assim, quando uma doença crônica agudiza, o paciente precisa encaminhar-se ao atendimento de urgência e emergência para o controle de sua doença (Arantes, 2016).

No estado do Pará, os pacientes que necessitam de atendimento de emergência cardiológica através do Sistema Único de Saúde (SUS) são encaminhados a Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (FHCGV), hospital de ensino de alta complexidade, que além de especialista em cardiologia, também é referência em psiquiatria e nefrologia. Normalmente, estes pacientes entram no hospital por meio do Serviço de Apoio à Triagem/ Serviço de Emergência Cardiológica (SAT/SERC) e, após avaliação médica, são internados na Clínica Cardiológica ou UTI Coronariana. De acordo com o Boletim de Informações em Saúde, a Clínica Cardiológica possui 20 leitos onde ocorreram 486 internações no ano de 2017 com tempo médio de permanência de 14,62 dias. (Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna [FHCGV], 2018).

A saúde física e psíquica do paciente com DCV pode estar comprometida interferindo diretamente na sua Qualidade de Vida (QV). A saúde e os aspectos biopsicossociais são fundamentais para a definição da QV, pelas limitações da própria doença. Mas como o indivíduo internado por complicações decorrentes de DCV se sente e como a doença reflete na sua Qualidade de Vida (Chritmann *et al.*, 2011).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2018) define QV como a percepção de um indivíduo sobre sua posição na vida no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais eles vivem e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito abrangente afetado de forma complexa pela saúde física, estado psicológico, crenças pessoais, relações sociais e os aspectos mais gerais como renda, liberdade e qualidade do meio ambiente (Maciel *et al.*, 2016).

Sendo assim, a QV é subjetiva, visto que o indivíduo avalia o seu próprio estado de saúde, e multidimensional, em razão da avaliação ser focada nos diversos domínios da natureza humana: físico, psíquico, emocional, social, econômico, espiritual e outros (Pimenta, 2008; Campolia *et al.*, 2011). Por isso, a OMS (2017) relata que a saúde não é mais baseada no indivíduo e seus comportamentos, mas no empoderamento do indivíduo e suas circunstâncias.

A QV pode ser quantificada por meio de instrumentos (Cavalcante *et al.*, 2007). Um desses instrumentos é o “Medical Outcomes Short-Form Health Survey” (SF-36), instrumento de avaliação genérica de saúde, originalmente criado na língua inglesa, de fácil administração e compreensão. O instrumento avalia tanto os aspectos positivos da saúde (bem-estar) quanto os aspectos negativos (doença). É constituído por 36 questões (35 questões e mais uma questão comparativa entre a saúde atual e há de um ano), que abrangem oito componentes. A pontuação para cada um dos oito domínios (ou dimensões) varia de 0 (pior estado de saúde) a 100 (melhor estado de saúde) e são identificados por: a) Capacidade funcional: demonstra a habilidade para a realização de tarefas rotineiras. Valores baixos correspondem a problemas na execução das tarefas em consequência da saúde física e valores elevados mostram que a pessoa realiza qualquer tarefa; b) Aspectos físicos: realização de atividades físicas cotidianas. Valores baixos significam limitações na prática de atividades físicas e valores elevados indicam que a pessoa

realiza todos os tipos de atividade física; c) Dor: reflete a presença de dor e sua intensidade. Valores baixos sugerem dor intensa e limitativa e valores elevados apontam que a pessoa não possui dor ou limitação decorrente de dor; d) Estado geral da saúde: percepção holística da saúde e suas expectativas. Valores baixos demonstram que a pessoa avalia a sua saúde como ruim e que pode piorar e valores elevados indicam que a pessoa avalia a sua saúde como excelente; e) Vitalidade: relacionado ao vigor físico e mental. Valores baixos apontam cansaço e exaustão e valores elevados demonstram ânimo e energia; f) Aspectos sociais: corresponde a interação social realizada. Valores baixos identificam que os problemas emocionais e físicos interferem nas atividades sociais normais e valores elevados significam que a pessoa participa das atividades sociais normalmente; g) Aspectos emocionais: identificam a interação das experiências afetivas. Valores baixos sugerem dificuldades com as atividades diárias como resultados de problemas emocionais, como depressão e ansiedade, e valores elevados correspondem que a pessoa se relaciona sem dificuldades; h) Saúde mental: habilidade de lidar com as emoções. Valores baixos identificam nervosismo e depressão e valores elevados preconizam tranquilidade.

Os domínios apresentados refletem o comportamento físico e mental que o indivíduo experimenta e permitem avaliar como a doença atinge a sua QV. Em virtude da saúde e qualidade de vida estarem tão estritamente relacionadas, o tema abordado neste trabalho reveste-se de extrema importância para conhecer e compreender como estes pacientes enxergam sua saúde e conseqüentemente para poder estabelecer ações e políticas mais adequadas para a QV da população, fazendo com que os recursos aplicados na saúde sejam utilizados de forma racional e eficiente.

Os dados obtidos poderão contribuir significativamente para a implementação de intervenções através da gestão da saúde que visam a melhoria da qualidade de vida de pacientes cardiopatas, pois a doença pode alterar o estilo de vida do indivíduo e, conseqüentemente, da sua comunidade.

2. Metodologia

2.1 Aspectos Éticos

O estudo seguiu os preceitos da declaração de Helsinque e do código de Nuremberg (Resolução CNS 466/12), respeitando as normas de pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FHCGV e aprovado através do Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 86738318.4.000.016. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE foi elaborado para preservar o sigilo da informação e assegurar a privacidade do indivíduo. Foi obtido de todos os pacientes que aceitaram participar da pesquisa. Procedeu-se esclarecimento verbal e escrito referente ao motivo da pesquisa, garantindo sua confidencialidade e assegurando, assim, maior confiança entre as partes.

2.2 Tipo de estudo

Estudo prospectivo analítico transversal. Os dados foram obtidos por meio de entrevista com aplicação de dois questionários: Dados sociodemográfico e clínico e Escala SF-36 adaptada, entre os meses de abril e maio de 2018, em Belém/PA.

Para Köche (2011) a utilização técnica de entrevista contribui para coleta informações através de perguntas aos entrevistados como forma de obter informações específica. Nesta metodologia se faz a coleta de dados, diagnóstico e orientação. Essa metodologia apresenta como vantagens a possibilidade de obter dados referentes aos mais diversos aspectos envolvidos na pesquisa; obtenção de dados acerca do comportamento; os dados coletados podem ser classificados; o entrevistado não necessita saber ler e escrever; oferece a possibilidade de esclarecimentos; permite observar algumas expressões durante a sua execução, através de gestos e voz do entrevistado.

O mesmo autor ainda descreve que a metodologia de utilização de questionários é outra técnica bastante utilizada. Um questionário deve ser composto por questões bem apresentadas, as quais serão enviadas aos entrevistados na forma impressa ou virtual. Importante é construir esse questionário com o auxílio de um orientador, ou basear-se em algum modelo já validado. Como vantagens, na utilização do questionário, podemos citar a possibilidade de alcançarmos um grande número de participantes e desta forma podemos garantir o anonimato das respostas e sem a influência de opiniões de quem está fazendo a entrevista. Algumas limitações no uso do questionário são a exclusão daqueles que não sabem ler e escrever; os entrevistados não possuem auxílio quando não entendem alguma pergunta; não garantem um retorno; geralmente o número de perguntas não é expressivo.

2.3 Local de estudo

A pesquisa foi realizada na Clínica Cardiológica da Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (FHCGV), localizado em Belém e referência no estado do Pará, nas especialidades de Cardiologia, Nefrologia e Psiquiatria. O Hospital possui 249 leitos, sendo que a Clínica Cardiológica possui 22 leitos onde, em 2017, ocorreram 486 internações (40 pacientes/mês) com tempo médio de permanência de 14,62 dias (FHCGV, 2018).

2.4 Amostra

No período de abril a maio de 2018 foram internados 139 pacientes e 70 indivíduos foram selecionados aleatoriamente e por conveniência para participar da pesquisa. O critério de inclusão foi a anuência do paciente em participar da pesquisa. Foram excluídos os pacientes que apresentavam dificuldades de comunicação e que não tinham doenças cardiovasculares.

2.5 Obtenção dos dados

A coleta de dados deu-se por meio da aplicação de dois questionários a seguir especificados. Em média, três pacientes foram abordados por dia, sendo que cada entrevista durou aproximadamente 30 minutos. O diagnóstico da internação foi confirmado diretamente nos prontuários dos pacientes através da descrição do CID-10, para garantir uma informação mais precisa. O questionário Sociodemográfico e Clínico Permitiu conhecer o paciente submetido à pesquisa quanto ao sexo, idade, município de residência, estado civil, escolaridade e cor da pele. O questionário clínico possibilitou identificar o conhecimento do paciente sobre sua doença, histórico familiar e sua condição de saúde. Para os pacientes crônicos foi avaliado seu acompanhamento da doença em consultório particular ou Unidade Municipal de Saúde (UMS), o tratamento medicamentoso realizado, os seus fatores de risco (tabagismo, sedentarismo, dislipidemia, hipertensão e diabetes), número de internações anteriores ocorridas em razão da doença cardiovascular, tempo de internação e o conhecimento sobre o Programa Hiperdia do Ministério da Saúde. O questionário foi submetido à validação prévia, entretanto não houve a necessidade de ajustes. O questionário SF-36 adaptado trata-se de um questionário multidimensional formado por 36 itens, sendo 35 questões específicas que avaliam oito domínios: Capacidade funcional (dez itens), limitação por aspectos físicos (quatro itens), dor (dois itens), estado geral de saúde (cinco itens), vitalidade (quatro itens), aspectos sociais (dois itens), limitações por aspectos emocionais (três itens) e saúde mental (cinco itens). Uma questão é comparativa entre a saúde atual e há um ano. Considerou-se “bons” os domínios que obtiveram resultados acima de 50 e “ruins” os domínios com resultados menor ou igual a 50. Em razão de o questionário ter sido aplicado ao paciente internado, houve uma adaptação do mesmo, onde estava escrito: “Durante as últimas 4 semanas”, foi perguntado: “Durante as últimas 4 semanas antes de sua internação”.

2.6 Análise dos dados

O banco de dados foi organizado e tabulado no Programa Microsoft Excel e foram calculadas as frequências percentuais para análise descritiva dos resultados para os dados sociodemográficos e clínicos. Para o questionário SF-36, foi realizada a ponderação dos dados estatisticamente, através do cálculo dos escores encontrados. Depois foi obtido o cálculo do Raw Scale, para cada domínio, através da fórmula:

$$\text{Domínio} = \frac{\text{Valor obtido em cada questão correspondente} - \text{Limite inferior} \times 100}{\text{Variação}}$$

3. Resultados

No período de abril a maio de 2018 foram entrevistados 70 indivíduos. As características sociodemográficas dos pacientes estão descritas na Tabela 1. O sexo predominante foi o masculino (70%), idade acima de 70 anos (32,8%), casado (44,3%), com a cor da pele parda (75,7%) e morador da região metropolitana de Belém (57,1%). Quanto ao grau de escolaridade, 35,7% pacientes haviam estudado até o ensino fundamental incompleto e 24,3% até o ensino médio incompleto.

Tabela 1 – Característica sociodemográfica dos pacientes com doenças cardiovasculares internados na Clínica Cardiológica da FHCGV, entre abril e maio de 2018.

Variáveis		Valores	Frequência (%)
Sexo	Masculino	49	70,0
	Feminino	21	30,0
Idade	20 - 29	6	8,6
	30 - 39	1	1,4
	39 - 49	6	8,6
	50 - 59	13	18,6
	60 - 69	21	30,0
	> 70	23	32,8
Estado Civil	Casado	31	44,3
	Solteiro	19	27,1
	Viúvo	14	20,0
	Divorciado	5	7,1
	Não informou	1	1,4
Cor	Preto	4	5,7
	Branco	13	18,6
	Pardo	53	75,7

Fonte: Autores (2022).

Na Tabela 2, verifica-se que apesar de 62,9% indivíduos já possuírem diagnóstico prévio de DCV, 37,1% referiram histórico familiar para a doença. Apenas 40% realizavam algum tratamento medicamentoso, 60% realizavam o acompanhamento médico em Unidade Municipal de Saúde (UMS) e 62,9% internaram uma única vez em decorrência da DCV. Quanto ao Programa Hipertensão, somente 2,9% referiu conhece-lo.

Tabela 2 – Histórico clínico dos pacientes internados com doenças cardiovasculares na Clínica Cardiológica da FHCGV, entre abril e maio de 2018.

Histórico clínico		Valores	Frequência (%)
Diagnóstico prévio	Sim	44	62,9
	Não	26	37,1
Histórico Familiar	Sim	26	37,1
	Não	44	62,9
Tratamento medicamentoso	Sim	28	40,0
	Não	24	34,3
	Não informado	18	25,7
Acompanhamento	UMS	42	60,0
	Consultório particular	1	1,4
	Não informou ou não acompanhava	27	38,6
Nº de internações	1	44	62,9
	2	14	20,0
	3	5	7,1
	4	3	4,3
	5ou+	4	5,7
Conhece o Programa Hiperdia	Sim	2	2,9
	Não	68	97,1

Fonte: Autores (2022).

A Tabela 3 descreve a informação fornecida pelo paciente quanto aos fatores de risco que estão associados às DCVs, sendo a predominância de pacientes fumantes, hipertensos e/ ou diabéticos, com indivíduos apresentando mais de um fator.

Tabela 3 – Fatores de risco associados às doenças cardiovasculares descritos pelos pacientes internados na Clínica Cardiológica da FHCGV, entre abril e maio de 2018.

Fatores de risco	Valores	Frequência (%)
Dislipidemia	9	12,9
Sedentarismo	9	12,9
Diabetes	22	31,4
Hipertensão	33	47,1
Tabagismo	39	55,7

Fonte: Autores (2022).

Conforme a Tabela 4, o infarto agudo foi o diagnóstico mais informado (54,3%), seguido pela insuficiência cardíaca e o bloqueio cardíaco.

Tabela 4 – Diagnóstico dos pacientes com doenças cardiovasculares internados na Clínica Cardiológica da FHCGV, entre abril e maio de 2018.

CID-10	Diagnóstico	Valores	Frequência (%)
I21	Infarto agudo	38	54,3
I50	Insuficiência cardíaca	9	12,9
I44	Bloqueio cardíaco	7	10,0
I08	Transtorno de valvas	2	2,9
I15	Hipertensão	2	2,9
I33	Endocardite	2	2,9
I20	Angina	4	5,7
I34	Transtorno da valva mitral	1	1,4
I35	Transtorno de valva aórtica	1	1,4
I42	Cardiomiopatia	1	1,4
I48	Flutter e fibrilação atrial	1	1,4
I50,I10	Insuficiência cardíaca e Hipertensão essencial	1	1,4
I71	Aneurisma	1	1,4
Total		70	100

Fonte: Autores (2022).

O valor médio para cada domínio do questionário SF-36, descritos na Tabela 5, situou-se entre 40 e 50, ficando acima desta média obtida a Saúde mental e abaixo as Limitações por Aspectos físicos e por Aspectos emocionais.

Tabela 5 – Avaliação dos domínios do questionário SF-36 aplicado aos pacientes com doenças cardiovasculares internados na Clínica Cardiológica da FHCGV, entre abril e maio de 2018.

Dimensões	Média	Desvio-padrão	IC 95% inferior	IC 95% superior
Limitação por aspectos emocionais	22,38	34,86	14,07	30,69
Limitação por aspectos físicos	23,57	34,55	15,33	31,81
Dor	42,57	32,73	34,77	50,38
Aspectos sociais	40,89	24,63	35,02	46,77
Capacidade Funcional	44,71	32,19	37,04	52,39
Estado Geral da Saúde	48,96	20,79	44	53,91
Vitalidade	50,07	28,32	43,32	56,82
Saúde Mental	62,57	24,41	56,75	68,39

Fonte: Questionário SF-36 (adaptado).

Para avaliar a qualidade de vida e o tempo de diagnóstico de DCV, foram selecionados os 44 pacientes entrevistados que afirmaram possuir diagnóstico prévio. Foram excluídos quatro pacientes que não relataram o tempo de tratamento e outros quatro pacientes que informaram não ter diagnóstico prévio, mas que utilizavam medicamentos para DCVs, como, por exemplo, losartana e carvedilol.

Assim, a Tabela 6 considerou 36 indivíduos divididos em quatro grupos e correlacionou o tempo da doença com os domínios do Questionário SF-36. A pontuação mais alta foi para os pacientes com até dois anos de diagnóstico da doença cardiovascular (melhor QV) e com os escores mais baixos foi para o período de 5 a 9 anos de diagnóstico.

Tabela 6 – Avaliação dos domínios do questionário SF-36 conforme tempo da doença aplicado aos pacientes com doenças cardiovasculares internados na Clínica Cardiológica da FHCGV, entre abril e maio de 2018.

Domínios	2 anos ou menos	3 a 4 anos	5 a 9 anos	10 anos ou mais
Capacidade Funcional	53,33	40,00	14,29	44,09
Limitação por aspectos físicos	22,22	25,00	3,57	13,64
Limitação por aspectos emocionais	33,33	25,93	0,00	21,21
Dor	65,00	45,56	23,86	37,55
Saúde Mental	66,22	52,44	46,29	61,45
Vitalidade	50,56	46,67	27,14	45,00
Aspectos sociais	48,61	40,28	30,36	47,73
Estado Geral da Saúde	61,22	32,44	41,57	40,00
Frequência	9	9	7	11

Fonte: Questionário Perfil Sociodemográfico e Clínico e SF-36 (adaptado).

Na Tabela 7, a maioria dos pacientes (25,7%) relatou que sua saúde está um pouco melhor agora do que há um ano, seguidos dos que acreditaram que está quase a mesma coisa do que há um ano e dos que informaram estar um pouco pior.

Tabela 7 – Classificação da saúde atual comparada a um ano dos pacientes com doenças cardiovasculares internados na Clínica Cardiológica da FHCGV, entre abril e maio de 2018.

Estado geral de saúde	Frequência	%
Quase a mesma de um ano atrás	24	34,3
Um pouco melhor agora do que há um ano	18	25,7
Um pouco pior agora do que há um ano	15	21,4
Muito melhor agora do que há um ano	7	10,0
Muito pior agora do que há um ano	6	8,6

Fonte: Questionário SF-36 (adaptado).

4. Discussão

As mudanças na pirâmide etária da população brasileira tem aumentado a expectativa de vida, em razão das alterações demográficas e socioeconômicas (Christmann, et al., 2011; Figueiredo Neto *et al.*, 2015). A saúde é aspecto primordial para que o indivíduo esteja bem consigo, com a vida e com a sociedade, reagindo aos problemas e controlando sua rotina. Quando doente, o paciente apresenta limitações que comprometem a saúde mental e física do paciente, e consequentemente sua Qualidade de Vida (Christmann *et al.*, 2011; Soares *et al.*, 2008).

Estudando as características sociodemográficas, a pesquisa apontou uma prevalência do sexo masculino (70%) entre os pacientes com DCV, corroborando com os resultados dos dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2018) que informam que a maioria das internações por doenças do aparelho circulatório, entre os meses de abril e maio de 2018 no estado do Pará, foi de pacientes do sexo masculino (52%), com idade acima de 70 anos (32,1%), cor parda (54,3%).

Na análise da associação entre relato de DCNT com fatores de risco em inquérito domiciliar com 453 adultos em Maringá (PR), no período de 2011 a 2012, 54,3% dos entrevistados declararam possuir 8 ou menos anos de educação escolar e 65,3% eram casados/unidos (Rocha-Brischiliari *et al.*, 2014) com os achados neste estudo. A mesma distribuição foi encontrada em uma amostra composta por 30 usuários com hipertensão cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família de

João Pessoa (PB), onde 63% eram casados e 80% possuíam baixa escolaridade (Dutra *et al.*, 2016). A baixa escolaridade pode influenciar no entendimento da situação de saúde e no segmento do tratamento do paciente, incluindo controle da pressão arterial, a realização de uma dieta nutricional, entre outros.

Dos 70 pacientes, 44 possuem diagnóstico prévio da doença, mas apenas 28 realizam o tratamento farmacológico. Remondi *et al.* investigavam fatores associados a não adesão à terapia medicamentosa contínua em indivíduos de 40 anos e mais de idade em Cambé (PR), entrevistou 639 indivíduos onde a prevalência de não adesão ao tratamento foi de 63,5% (Remondi, *et al.*, 2014).

Em avaliação do conhecimento dos fatores de risco modificáveis para a doença cardiovascular com 1.593 entrevistadas mulheres residentes em Rio Grande do Sul (RS), 25,3% informaram ser tabagistas, 31,6% apresentaram hipertensão e 31,8% diabetes, numa frequência inversa ao encontrado com os pacientes internados deste estudo (Bonotto, *et al.*, 2016).

Dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2018) dos pacientes internados no estado do Pará nos meses de abril e maio de 2018, reportam que a insuficiência cardíaca é segunda causa de internação (657 indivíduos) do total de 3.286 pacientes internados por doenças do aparelho circulatório, como relatado neste estudo, mas o Infarto agudo é quarta causa dessas internações (359 pessoas), sendo a primeira nesta pesquisa.

Referente a qualidade de vida, o pior resultado foi referido para a Limitação por aspectos emocionais e em seguida para Limitação por aspectos físicos. Estes resultados correspondem ao mesmo encontrado em um estudo realizado com 52 pacientes internados em um hospital geral em Tubarão (SC) em 2007, que teve como causa base de internação a síndrome coronariana aguda (Stocco, *et al.*, 2009).

Entretanto, em outros estudos verificou-se que os dois piores domínios eram primeiramente a Limitação por aspectos físicos seguidos por Limitação por aspectos emocionais. O primeiro avaliou a qualidade de vida de 28 pacientes cardiopatas internados em um hospital público no Rio Grande do Sul por agudização e/ou descompensação de doenças cardíacas (Christmann *et al.*, 2011) e o outro analisou a Qualidade de Vida de 44 idosos com diagnóstico de doença arterial coronariana e submetidos a intervenção cardiovasculares em 2011 (Figueiredo Neto *et al.*, 2015).

O domínio que recebeu melhor pontuação foi Saúde mental, seguido pela Vitalidade. Em Taboão da Serra (SP), estudo realizado com 30 pacientes ambulatoriais com insuficiência cardíaca, realizado em um hospital geral em 2006, apresentou a melhor nota para esses mesmos domínios (Soares *et al.*, 2008).

Quanto à comparação entre a saúde atual e há de um ano a grande maioria referiu que está quase a mesma de um ano, seguido pelas variações de um pouco melhor ou um pouco pior. O achado difere do estudo realizado em 2009 com pacientes cardiopatas internados em um hospital público no Rio Grande do Sul, onde os pacientes referiram estar com a saúde um pouco pior que há um ano, seguidos de muito pior e quase a mesma (Christmann *et al.*, 2011).

5. Conclusão

O estudo permitiu caracterizar o perfil sociodemográfico dos pacientes com doenças cardiovasculares internados na Clínica Cardiológica da Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, referência em cardiologia no estado do Pará e identificar as variáveis clínicas relatadas por esses indivíduos.

A avaliação da Qualidade de Vida dos pacientes, através da aplicação do Questionário SF-36, verificou que os domínios Limitações por Aspectos Emocionais e Limitações por Aspectos Físicos foram os mais comprometidos, seguidos dos Aspectos sociais. O domínio Estado geral e Vitalidade foram os mais preservados.

Os indivíduos com menos de dois anos de diagnóstico da doença cardiovascular apresentaram melhor qualidade de vida do que os pacientes com diagnóstico maior que três anos.

Desta forma, é válido ressaltar a necessidade de mais estudos sobre o tema abordado a fim de proporcionar maior contribuição ao meio científico e hospitalar.

Referências

- Arantes, L. J., Shimizu, H. E., & Merchán-Hamann, E. (2016). Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 1499-1510.
- Avezum, Á., Maia, L. N., & Marcelo, N. (2012). Cenário das doenças cardiovasculares no mundo moderno. In *Manual de cardiologia* (pp. 1-5).
- Barros, R. T. D., Carvalho, S. M. R. D., Silva, M. A. D. M., & Borges, J. B. C. (2014). Evaluation of patients' quality of life aspects after cardiac pacemaker implantation. *Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery*, 29, 37-44.
- Bonotto, G. M., Mendoza-Sassi, R. A., & Susin, L. R. O. (2016). Conhecimento dos fatores de risco modificáveis para doença cardiovascular entre mulheres e seus fatores associados: um estudo de base populacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 293-302.
- Brasil. (2011). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) eo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*, (204), 55-55.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. (2011). Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. *Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde*, 160.
- Brasil. Ministério da Saúde. tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def/.
- Buss, P. M. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & saúde coletiva*, 5, 163-177.
- Calidad de vida relacionada con la salud en usuarios de un programa de actividad física. *Iatreia*, 24(3), 238-249.
- Campolina, A. G., & Ciconelli, R. M. (2006). Qualidade de vida e medidas de utilidade: parâmetros clínicos para as tomadas de decisão em saúde. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 19, 128-136.
- Campolina, A. G., Dini, P. S., & Ciconelli, R. M. (2011). Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, 2919-2925.
- Carvalho, M. V. D., Siqueira, L. B., Sousa, A. L. L., & Jardim, P. C. B. V. (2013). A influência da hipertensão arterial na qualidade de vida. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 100(2), 164-174.
- Cavalcante, M. A., Bombig, M. T. N., Luna Filho, B., Carvalho, A. C. D. C., de Paola, A. A., & Póvoa, R. (2007). Qualidade de vida de pacientes hipertensos em tratamento ambulatorial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 89, 245-250.
- Cesarino, C. B., Beccaria, L. M., Aroni, M. M., Rodrigues, L. C. C., & Pacheco, S. D. S. (2011). Quality of life of patients with implantable cardioverter-defibrillator: the usage of SF-36 questionnaire. *Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery*, 26(2), 238-243.
- Christmann, M., Costa, C. C. D., & Moussalle, L. D. (2011). Avaliação da qualidade de vida de pacientes cardiopatas internados em um hospital público. *Rev AMRIGS*, 55(3), 239-43.
- DE, R. C. E. U. H. Risco Cardiovascular Em Usuários Hipertensos Da Atenção Primária À Saúde. Organização Pan-Americana De Saude. Doenças cardiovasculares. http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares-&catid=845:noticias&Itemid=839/.
- Dessotte, C. A. M., Dantas, R. A. S., Schmidt, A., & Rossi, L. A. (2011). Qualidade de vida relacionada à saúde de sujeitos internados, decorrente da primeira síndrome coronariana aguda. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19, 1106-1113.
- Dutra, D. D., Duarte, M. C. S., de Albuquerque, K. F., de Lima, A. S., de Souza Santos, J., & Souto, H. C. (2016). Doenças cardiovasculares e fatores associados em adultos e idosos cadastrados em uma unidade básica de saúde Cardiovascular disease and associated factors in adults and elderly registered in a basic health unit. *Revista de pesquisa cuidado é fundamental online*, 8(2), 4501-4509.
- FHCGV. Boletim de Informações em Saúde. www.gasparvianna.pa.gov.br/site_novo/wp/wp-content/uploads/2018/07/bis_2017.pdf.
- Figueiredo Neto, J. A. D., Reis, L. M. C. B., Veras, M. R., Queiroz, L. L. C., Nunes, K. D. P. L. N., Miranda, P. D. O., & Nunes, J. K. V. R. S. (2015). Impact of Cardiovascular Interventions on the Quality of Life in the Elderly. *Brazilian journal of cardiovascular surgery*, 30, 626-630.
- Gonçalves, F. D. P., Marinho, P. E. M., Maciel, M. A., Galindo Filho, V. C., & Dornelas, D. A. A. (2006). Avaliação da qualidade de vida pós-cirurgia cardíaca na fase I da reabilitação através do questionário MOS SF-36. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 10, 121-126.
- Maciel, N. M., Conti, M. H. S. D., Simeão, S. F. A. P., Corrente, J. E., Ruiz, T., & Vitta, A. D. (2016). Morbidades referidas e qualidade de vida: estudo de base populacional. *Fisioterapia e Pesquisa*, 23, 91-97.
- Malta, D. C., & Silva Jr, J. B. D. (2013). O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 22(1), 151-164.
- Mendes, E. V. (2010). As redes de atenção à saúde. *Ciência & saúde coletiva*, 15, 2297-2305. Organização Mundial De Saúde. Whoqol: Measuring Quality of Life. <http://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>.

- Patiño Villada, F. A., Arango Vélez, E. F., Lopera Orrego, N. A., Ortiz Colorado, N. A., Pérez Alzate, E., Santamaría Olaya, J. I., & Botero López, J. (2011).
- Pimenta, F. A. P., Simil, F. F., Tôres, H. O. D. G., Amaral, C. F. S., Rezende, C. F., Coelho, T. O., & Rezende, N. A. D. (2008). Avaliação da qualidade de vida de aposentados com a utilização do questionário SF-36. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 54, 55-60.
- Queiroz, D. C., Cantarutti, D. C., Turi, B. C., Fernandes, R. A., & Codogno, J. S. (2016). Associação entre doenças cardiocirculatórias e internações hospitalares entre pacientes atendidos no Sistema Único de Saúde. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 52-59.
- Reis, M. G. D., & Glashan, R. D. Q. (2001). Adultos hipertensos hospitalizados: percepção de gravidade da doença e de qualidade de vida. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9, 51-57.
- Remondi, F. A., Cabrera, M. A. S., & Souza, R. K. T. D. (2014). Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais. *Cadernos de Saúde Pública*, 30, 126-136.
- Ribeiro, A. G. (2010). A adesão ao tratamento de portadores de hipertensão arterial sistêmica na atenção primária à saúde:(re) pensando estratégias de educação em nutrição e saúde.
- Rocha-Brischiliari et al. Doenças Crônicas e Fatores de Risco. *Revista Brasileira de Cardiologia*, 27(1), 35-42, jan-fev. 2014.
- Schramm, J. M. D. A., Oliveira, A. F. D., Leite, I. D. C., Valente, J. G., Gadelha, Â. M. J., Portela, M. C., & Campos, M. R. (2004). Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(4), 897-908.
- Seidl, E. M. F., & Zannon, C. M. L. D. C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de saúde pública*, 20(2), 580-588.
- Soares, D. A., Toledo, J. A. D. S., Santos, L. F. D., Lima, R. M. B., & Galdeano, L. E. (2008). Qualidade de vida de portadores de insuficiência cardíaca. *Acta paulista de enfermagem*, 21(2), 243-248.
- Sociedade Brasileira De Cardiologia. <http://www.cardiometro.com.br>
- Stocco, M., & Sakae, T. M. (2009). Avaliação da qualidade de vida um mês após a síndrome coronariana aguda. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 38(4), 87-95.
- Turra, K., Trentin, C., Ribeiro, D. S., de Fátima Mantovani, M., & de Sousa Polak, Y. D. N. (2001). As repercussões da doença cardiovascular na qualidade de vida de adultos: relato de experiência. *Cogitare Enfermagem*, 6(1).