

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Michelli Cristina Silva de Assis

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM
CARDIOPATIA ISQUÊMICA E DIABETES MELLITUS TIPO 2:
SUBSÍDIOS PARA O CUIDADO EM ENFERMAGEM**

**Porto Alegre
2003**

Michelli Cristina Silva de Assis

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM
CARDIOPATIA ISQUÊMICA E DIABETES MELLITUS TIPO 2:
SUBSÍDIOS PARA O CUIDADO EM ENFERMAGEM**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado à disciplina Estágio
Curricular do curso de Enfermagem da
Universidade Federal do Rio Grande do
Sul, como requisito parcial para obtenção
do título de enfermeiro.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria da Graça
Oliveira Crossetti

**Porto Alegre
2003**

fe rowt/n

Biblioteca
Esc de Enfermagem da UFRGS

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
2 OBJETIVOS	11
2.1 Geral	11
2.2 Específicos	11
3 METODOLOGIA	12
3.1 Tipo de Estudo	12
3.2 Campo do Estudo	12
3.3 Sujeitos do Estudo	12
3.3.1 Critérios de inclusão dos sujeitos	12
3.3.2 Critérios de exclusão dos sujeitos	13
3.4 Amostra	14
3.5 Coleta de Dados	14
3.6 Análise dos Dados	16
3.7 Aspectos Éticos	16
4 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	18
5 CONCLUSÃO	28
REFERÊNCIAS	31
ANEXO A - Questionário de Qualidade de Vida SF-36	34
ANEXO B - Resolução Grupo de Pesquisa e Pos-Graduação	40

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis representam cerca de metade de todos os óbitos ocorridos e as doenças cardiovasculares e o diabetes mellitus destacam-se nos coeficientes de morbimortalidade (BRASIL, 2001d).

Duncan *et al.* (1996) definem o diabetes mellitus (DM) como um estado de intolerância à glicose e hiperglicemia de jejum resultante da ação deficiente de insulina que manifesta-se por anormalidades no metabolismo dos carboidratos, proteínas e gorduras, bem como por complicações microvasculares, macrovasculares e neuropáticas. Os autores apontam que em alguns casos a forma de aparecimento já se dá por uma complicação tardia do diabetes como proteinúria, retinopatia, neuropatia periférica, doença aterosclerótica prematura.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) *apud* (SILVEIRA, 1999, p. 45), o número de diabéticos no Brasil vai dobrar em menos de 30 anos. A entidade estima que a incidência de diabetes nos países em desenvolvimento crescerá 170% até 2025, serão 228 milhões nesses países. O Brasil, em 2025, ocupará o sexto lugar no mundo, saltando dos atuais 5 milhões de casos para 11 milhões de adultos diabéticos.

Os autores Gross e Nehme (1999) lembram que o diabetes acomete cerca de 7,6% da população brasileira entre 30 e 69 anos de idade. Cerca de 50% dos pacientes desconhecem o diagnóstico e 24% dos pacientes portadores de DM não fazem qualquer tipo de tratamento.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 1993) reforça que o DM ocasiona grande número de mortes prematuras e de invalidez precoce, com conseqüente diminuição da expectativa de vida, da qualidade de vida e da força de trabalho na população afetada. É uma das principais causas clínicas de hospitalização no Brasil, o que significa altos custos financeiros.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001c) o número de internações por DM registrado no Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) é elevado, tendo sido gastos mais de R\$ 39 milhões de reais com hospitalizações no SUS em 2000. Estes custos estão relacionados com a alta taxa de permanência hospitalar do diabético e também com a seriedade das complicações que, muitas vezes, demandam procedimentos de alta complexidade.

Considerado a sexta causa de mortes no país, provoca cerca de 25 mil óbitos por ano. A frequência do diabetes está em crescimento em todo mundo. Entre os fatores que contribuem para o aumento, destacam-se o envelhecimento da população, hereditariedade, alimentação inadequada, obesidade e sedentarismo (BRASIL, 2001a).

Em Porto Alegre, a prevalência da doença nessa faixa etária foi estimada em 8,6% (POLANCZYK *et al*, 1992).

As complicações degenerativas da síndrome diabética: a retinopatia, a nefropatia e a neuropatia, vêm se caracterizando como um sério problema de saúde pública, pois pioram a qualidade de vida do diabético, são incapacitantes e diminuem sua sobrevida (BRASIL, 1993).

A cardiopatia isquêmica caracteriza-se por doenças cardíacas que resultam de desequilíbrio entre oferta e demanda de oxigênio no miocárdio (angina pectoris e infarto agudo do miocárdio). Geralmente resulta de uma obstrução parcial ou total das artérias que suprem o coração (BRUNNER e SUDDARTH, 1994).

Os principais fatores de risco para as doenças do aparelho circulatório são a hipertensão arterial e o diabetes mellitus. Estima-se que 22% da população adulta (a partir de 20 anos) no país seja hipertensa. A hipertensão arterial está relacionada a 80% dos casos de acidente vascular encefálico e 60% dos casos de doença isquêmica do coração (BRASIL, 2001c).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2001b) afirma que no Brasil, as doenças do aparelho circulatório lideram os índices de mortalidade, com 225 mil mortes por ano (27% do total).

Dentro desse grupo, destaque para hipertensão arterial – relacionada à cerca de 25% dos casos de diálise por insuficiência renal crônica terminal, 80% dos derrames e 60% dos infartos do miocárdio. Na faixa etária de 30 a 69 anos, as doenças cardiovasculares respondem por 65% do total de óbitos, atingindo a população adulta em plena fase reprodutiva. Respondem ainda por 1,1 milhão de internações/ano, a um custo de R\$ 475 milhões.

Portanto, as doenças do aparelho circulatório representam um importante problema de saúde pública em nosso país. Há algumas décadas, são a primeira causa de morte no Brasil. Em 1998, esse grupo de doenças foi responsável por 14% das internações realizadas no SUS, na faixa etária de 30 a 69 anos e correspondem a mais de 25% do total de óbitos (BRASIL, 2000).

Segundo registros oficiais do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) as doenças cardiovasculares são a primeira causa de morte no Brasil há algumas décadas. Em 2000 corresponderam a mais de 27% do total de óbitos, ou seja, 255.585 pessoas morreram em consequência de doenças do aparelho circulatório (BRASIL, 2001c).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2001c) aponta que em 2000 as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por 15,2% das internações realizadas pelo SUS, na faixa etária de 30 a 69 anos. Do total de casos, 17,7% foram relacionados ao acidente vascular encefálico (AVE) e ao infarto agudo do miocárdio (IAM).

O AVE vem ocorrendo em idade cada vez mais precoce no Brasil. Cerca de 50% dos casos hospitalizados vão a óbito e dos que sobrevivem, 50% ficam com algum grau de comprometimento. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o número de casos novos no mundo varia aproximadamente de 500 mil a 700 mil casos/ano com uma mortalidade oscilando entre 35 e 200 casos por grupo de 100 mil habitantes (BRASIL, 2001c).

A cardiopatia isquêmica (angina pectoris e infarto agudo do miocárdio) e o diabetes mellitus tipo 2 são importantes enfermidades crônicas não transmissíveis que têm implicado em

problemas de saúde para a população brasileira e portanto um desafio para o sistema público de saúde. Na medida em que suas conseqüências determinam para a sociedade problemas sociais como diminuição da força de trabalho e redução na qualidade e expectativa de vida, porque são pacientes crônicos.

Portanto, essas doenças são de grande importância epidemiológica, visto o seu caráter crônico e incapacitante, podendo deixar seqüelas irreversíveis, fato que afeta a qualidade de vida do indivíduo, bem como trás conseqüências danosas à sociedade. Dados do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) descrevem que 40% das aposentadorias precoces decorreram dessas doenças (BRASIL, 2001c).

Neste sentido se justifica a necessidade de estudar a qualidade de vida de pacientes com cardiopatia isquêmica e diabetes mellitus tipo 2.

A definição de qualidade de vida é complexa, pois é um conceito individual e diferente para cada sujeito. Para Ferrans e Powers *apud* (LUIZ, 2002, p.14) a qualidade de vida é o “senso de bem – estar de uma pessoa que provém da satisfação ou insatisfação com as áreas de vida que são importantes para ela”.

Segundo Neri (1993) qualidade de vida implica na adoção de múltiplos critérios de natureza biológica, psicológica e sócio-cultural. Vários elementos são apontados como determinantes ou indicadores de qualidade de vida: longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controle cognitivo, competência social, produtividade, atividade, eficiência, posição social, renda, continuidade de papéis familiares e ocupacionais e continuidade de relações informais em grupos primários como os amigos. A autora inclui ainda outras dimensões tais como: felicidade, ajustamento moral, saúde, bem – estar subjetivo, equilíbrio entre aspirações e realizações.

Os autores Patrick e Erickson *apud* (SOUZA, 2002, p.23) afirmam que “qualidade de vida significa diferentes coisas para diferentes pessoas, refletindo o conhecimento, experiência e os valores do indivíduo”.

A qualidade de vida de indivíduos com diferentes danos pode estar afetada, portanto é fundamental para o profissional de saúde mensurar a qualidade de vida. Riella *apud* (LUIZ, 2002, p. 16) aponta que pacientes em diálise portadores de insuficiência renal crônica não alcançam uma total reabilitação objetiva, ainda que sua percepção de qualidade de vida não seja significativamente diferente da de populações normais, ou seja, sem problemas de saúde.

No entanto, Almeida (1998) ao avaliar a qualidade de vida de pacientes com estomas intestinais definitivos e provisórios concluiu que a percepção sobre a qualidade de vida relacionada à saúde dos clientes ostomizados é positiva, independente do caráter permanente ou provisório do estoma.

O Grupo de Qualidade de Vida da divisão de Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde (2001) definiu qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”

Diversos autores têm desenvolvido e testado instrumentos para mensurar a qualidade de vida dos pacientes com diferentes enfermidades, dentre estes destaca-se os estudos da Organização Mundial de Saúde (OMS) que desenvolveu o WHOQOL-100 e o SF-36 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2001).

O WHOQOL-100 está, atualmente, disponível em 20 idiomas. Este questionário baseia-se nos pressupostos de que qualidade de vida é um construto subjetivo (percepção dos indivíduos em questão), multidimensional e composto por dimensões positivas (p.ex. mobilidade) e negativas (p. ex. dor). A versão em português (Brasil) foi realizada segundo a metodologia

preconizada para a versão deste instrumento e desenvolvida no Centro WHOQOL para o Brasil, no Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a coordenação do Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2001).

O WHOQOL-100 se caracteriza por ser mais complexo no que se refere ao conteúdo e compreensão das questões. Consta de 100 questões que avaliam 6 domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio-ambiente e espiritualidade/crenças pessoais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2001).

O SF-36 é um instrumento de avaliação genérica de saúde, originalmente criado na língua inglesa, de fácil administração e compreensão. É constituído por 36 questões, que abrangem oito componentes: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental avaliadas por 35 questões e mais uma questão comparativa entre a saúde atual e a de um atrás (CICONELLI, 1997).

Estes instrumentos têm sido aplicados para mensurar qualidade de vida de pacientes com diferentes danos crônicos.

Estudos como o de Ferreira (2001) que avaliaram a qualidade de vida de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica em oxigenoterapia domiciliar mostrou que esse grupo apresentou comprometimento significativo nos aspectos sociais e na capacidade funcional e o comprometimento na qualidade de vida foi maior nos pacientes que usavam oxigênio há mais tempo e por mais horas durante o dia.

Vieira (2000) ao analisar as dimensões de saúde dos pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise verificou que independente da idade, sexo e tempo de hemodiálise, as limitações decorrentes da condição física comprometem bastante a qualidade de vida desses pacientes.

Ao avaliar a qualidade de vida com o questionário SF-36 de pacientes com lúpus eritematoso sistêmico, Meinão (2001) observou diminuição da qualidade de vida bem como prejuízo da renda por perda de produtividade e desemprego em função da enfermidade.

Embora as enfermidades crônicas não - transmissíveis sejam uma preocupação dos gestores da saúde percebe-se que poucos estudos na realidade brasileira têm sido desenvolvidos no sentido de avaliar a qualidade de vida destes pacientes o que representa um desafio para os profissionais de saúde. Nesse sentido, visando contribuir com esta realidade, a presente pesquisa se propõe a verificar a qualidade de vida dos pacientes com cardiopatia isquêmica e diabetes mellittus tipo 2 a partir da escala SF-36.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar a qualidade de vida dos pacientes com cardiopatia isquêmica (angina pectoris e infarto agudo do miocárdio) e diabetes mellitus tipo 2, visando oferecer subsídios para o planejamento do cuidado de enfermagem a estes pacientes.

2.2 Específico

Identificar as dimensões de saúde dos pacientes com cardiopatia isquêmica (angina pectoris e infarto agudo do miocárdio) e diabetes mellitus tipo 2 de acordo com a idade, sexo, escolaridade, ocupação, estado civil e tempo de tratamento que interferem na sua qualidade de vida.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

O estudo exploratório descritivo quantitativo segundo Polit e Hungler (1995) nos leva a uma investigação descritiva que busca explorar as dimensões de um fenômeno onde o pesquisador observa e registra a incidência do mesmo.

A pesquisa quantitativa utiliza procedimentos estruturados e instrumentos formais para coletar informações, enfatizando a objetividade, na coleta e análise das informações e analisa as informações através de procedimentos estatísticos (POLIT; HUNGLER, 1995).

3.2 Campo do Estudo

O estudo foi realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

3.3 Sujeitos do Estudo

Os sujeitos foram indivíduos adultos com cardiopatia isquêmica (angina pectoris e infarto agudo do miocárdio) e diabetes mellitus tipo 2 admitidos nas unidades de internação clínica, cirúrgica, centro de tratamento intensivo (CTI) e emergência.

3.3.1 Critérios de inclusão dos participantes

- idade igual ou maior que 40 anos;

- residente em Porto Alegre ou região metropolitana (moradia fixa);
- internação com período não inferior a 48 h;
- não estar fazendo parte de nenhum outro estudo no momento;
- se mulher, não estar grávida;
- não possuir incapacidade de locomover-se até o ambulatório;
- não possuir incapacidade de falar, ouvir, enxergar, entender;
- não ser portador de insuficiência renal necessitando diálise e/ou hemodiálise;
- não ser internado por sepse;
- ter capacidade de prover consentimento livre esclarecido;
- não ter doença mental crônica;
- estar internado pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

3.3.2 Critérios de exclusão dos participantes

- não residir na cidade de Porto Alegre e região metropolitana;
- estar internado com tempo de permanência inferior a 48 horas;
- ser indivíduo com doença mental incapacitante;
- ter limitação funcional grave que impossibilite acompanhamento ambulatorial convencional;
- ser gestante;
- ser portador de doença renal (necessitando de método dialítico);
- estar internado por sepse;
- ser receptor de transplante de qualquer natureza;
- ter incapacidade ou indisponibilidade de prover consentimento livre esclarecido;
- estar participando de estudo experimental com medicamentos;

- ter qualquer outra doença não cardíaca cujo prognóstico reduza a expectativa média de vida inferior a 2 anos ou interfira na participação do estudo;
- ser paciente internado em regime privado ou convênios que não pelo SUS;
- ser paciente cuja internação fique restrita ao Serviço de Emergência do HCPA.

3.4 Amostra

A amostra compreendeu todos os pacientes que preencheram os critérios de inclusão durante o período da coleta de dados de 04/06/03 a 04/07/03, perfazendo um total de 10 pacientes.

3.5 Coleta de Dados

Os dados foram coletados junto aos sujeitos através do instrumento de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Study 36-Item Short Form Health Survey) (Anexo A) que foi autoaplicado.

O SF-36 (Study 36-Item Short Form Health Survey) consiste de 8 escalas para dimensões de saúde: capacidade funcional, limitações de papel atribuíveis a problemas físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. As respostas para cada questão em cada escala são somadas e transformadas para dar 8 escores entre 0 e 100. O escore melhor indica um estado melhor de saúde.

O instrumento para coleta de dados compreende as questões que avaliam a qualidade de vida e questões sobre dados sócio- demográficos.

Este instrumento foi aplicado visando-se, apenas, identificar as dimensões de saúde de pacientes com cardiopatia isquêmica (angina pectoris e infarto agudo do miocárdio) e diabetes mellitus tipo 2.

O SF-36 assim caracteriza as escalas de dimensão da saúde:

- Estado de saúde

Refere-se sobre como o indivíduo percebe seu estado geral de saúde atual e comparado a um ano atrás e em relação a outras pessoas.

- Capacidade funcional

Refere-se sobre o quanto a condição física atual limita o desempenho em atividades vigorosas como correr, erguer objetos pesados, prática de esportes vigorosos; atividades moderadas como limpeza do lar, prática de esportes leves como bocha; erguer objetos leves como sacolas de compras; subir escadas; inclinar-se, ajoelhar-se; caminhar longas e curtas distâncias; realizar higiene pessoal.

- Limitação física

Refere-se sobre os problemas causados no trabalho e/ou desenvolvimento de outras atividades como consequência da condição física no último mês.

- Aspectos emocionais

Refere-se sobre os problemas causados no trabalho e/ou desenvolvimento de outras atividades como consequência da condição emocional no último mês.

- Aspectos sociais

Refere-se sobre o quanto a saúde física ou emocional interferiu com as atividades sociais.

- Dor

Refere-se sobre o quanto de dor corporal apresentada no último mês e o quanto ela interferiu em atividades habituais.

- *Vitalidade*

Refere-se sobre como tem se sentido em relação à vida: cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força, cheio de energia, esgotado e cansado.

- *Saúde mental*

Refere-se sobre como tem se sentido em relação à vida: nervoso, deprimido, calmo ou tranqüilo, desanimado, abatido e feliz.

3.6 Análise dos Dados

Os dados são apresentados sob forma de tabelas e quadros, sendo os valores das escalas para dimensão de saúde apresentados como média \pm desvio-padrão.

3.7 Aspectos Éticos

O presente estudo foi elaborado em consonância com as “Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos”, aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), resolução 196, de 1996. Integra um projeto principal denominado “AVALIAÇÃO DO IMPACTO CLÍNICO E ECONÔMICO DE UM PLANO ESTRUTURADO DE ALTA HOSPITALAR NO TRATAMENTO DE PACIENTES PORTADORES DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 E CARDIOPATIA ISQUÊMICA”, o qual já foi aprovado pelo Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre conforme parecer do número 02.066 (Anexo B).

Previamente à coleta de dados a pesquisadora explicou os objetivos do estudo e que a devolução do instrumento de coleta de dados preenchido corresponderia ao seu consentimento em participar do estudo.

Com base nas normas do CNS, Goldim (1997) afirma que o consentimento é um elemento característico do atual exercício da pesquisa em saúde e não é apenas uma doutrina legal, mas um direito moral dos pacientes que gera obrigações morais para os pesquisadores.

Aos participantes do estudo foi garantida a privacidade e confidencialidade dos dados obtidos, estes serão utilizados somente com finalidade científica, garantindo o sigilo em relação à identidade das pessoas pesquisadas (GOLDIM, 1997).

4 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O presente estudo adiciona informações sobre a qualidade de vida pacientes com cardiopatia isquêmica e diabetes mellitus tipo 2. Visando ao alcance dos objetivos do estudo os dados foram processados no programa informatizado SPSS 8.0 *for Windows*. Os dados são apresentados sob forma de tabelas e quadros. À análise destes se buscou identificar as dimensões de saúde dos pacientes com cardiopatia isquêmica e diabetes mellitus tipo 2, sujeitos deste estudo, de acordo com o SF-36.

Tabela 1. Perfil dos sujeitos segundo a idade.

Idade	F	%
57 a 60 anos	4	40
61 a 70 anos	6	60
Total	10	100

Tabela 2. Perfil dos sujeitos segundo o grau de escolaridade.

Nível escolar	F	%
Analfabeto	2	20
Ensino fundamental incompleto	7	70
Ensino fundamental completo	1	10
Total	10	100

No que se refere ao perfil sócio-demográfico da amostra, as tabelas 1 e 2 demonstram que 60% (n =6) dos sujeitos pertencem à faixa etária de 61 a 70 anos e 70% (n =7) têm grau de escolaridade equivalente ao ensino fundamental incompleto.

Quanto ao tempo de tratamento, conforme a tabela 3, verifica-se que 40% (n =4) dos sujeitos do estudo estão há 10 anos em tratamento médico e 1 (10%) há 13 anos. Essa variável

corresponde ao tempo de saber-se portador da doença e conseqüentemente ao início do tratamento. Quanto ao gênero, a tabela 3, demonstra que 50% (n=5) são do sexo masculino.

Tabela 3. Perfil dos sujeitos segundo o gênero e tempo de tratamento.

Tempo de tratamento	Masculino		Feminino	
	F	%	F	%
3 anos	2	20		
6 anos	1	10	2	20
10 anos	1	10	3	30
13 anos	1	10		
Total	5	50	5	50

As características da amostra, no que se refere ao estado civil e ocupação dos sujeitos, são demonstradas nas tabelas 4 e 5.

Tabela 4. Perfil dos sujeitos segundo o estado civil.

Estado civil	F	%
Casado	4	40
Viúvo	6	60
Total	10	100

Tabela 5. Perfil dos sujeitos segundo a ocupação.

Ocupação	F	%
Empregado	1	10
Desempregado em função da doença	1	10
Aposentado por tempo de serviço ou idade	2	20
Aposentado por invalidez	6	60
Total	10	100

Observa-se nas tabelas 4 e 5, respectivamente, que 60% (n=6) são viúvos e 60% (n=6) aposentados por invalidez.

Vieira (2000), em seu estudo, apresentou dados semelhantes ao presente estudo no que se refere à faixa etária, à ocupação e à escolaridade, sendo que a maioria dos sujeitos eram aposentados e possuíam o ensino fundamental incompleto.

No entanto, Brasil (2001) identificou que a maioria dos pacientes eram do sexo masculino e maior que 61 anos. Yamada (2001) em seu estudo constatou que houve predomínio de sujeitos do sexo feminino.

O quadro 1 nos permite identificar as condições das dimensões de saúde no grupo estudado expressas como média e desvio padrão das escalas para dimensão de saúde segundo o SF-36.

Quadro 1. Escalas para dimensão de saúde expressas como média e desvio padrão através do SF-36.

Escalas para dimensões de saúde	Média	Desvio padrão
Capacidade funcional	37,00	27,40
Limitação física	12,50	31,73
Dor	32,50	17,14
Estado de saúde	57,00	20,84
Vitalidade	50,00	10,54
Aspectos sociais	71,25	25,71
Aspectos emocionais	16,66	32,39
Saúde mental	52,00	26,46

Verifica-se no quadro 1, que, de um modo geral, a dimensão de saúde *aspectos sociais* foi a que atingiu melhor média (71,25) no que se refere à qualidade de vida, o que retrata menos comprometimento da qualidade de vida nesta dimensão, seguida da dimensão *estado de saúde* (57,00) e *saúde mental* (52,00). Destaca-se neste quadro a dimensão *limitação física* (12,50) como aquela que atingiu menor média retratando mais comprometimento da qualidade de vida nesta dimensão.

CICONELLI *et al* (1996) concluiu que há comprometimento da qualidade de vida dos pacientes de seu estudo devido à incapacidade funcional e até mesmo nos aspectos psicossociais.

O quadro 2 apresenta a média e desvio padrão das escalas para dimensão de saúde dos pacientes de acordo com o gênero.

Quadro 2. Escalas para dimensão de saúde expressas como média e desvio padrão segundo o gênero através do SF-36.

Escalas para dimensões de saúde	Masculino (5)		Feminino (5)	
	média	desvio	média	Desvio
Capacidade funcional	29,00	20,73	45,00	33,16
Limitação física	5,00	11,18	20,00	44,72
Dor	33,20	21,67	31,80	13,79
Estado de saúde	40,80	14,09	73,20	11,07
Vitalidade	47,00	6,70	53,00	13,50
Aspectos sociais	75,00	31,86	67,50	20,91
Aspectos emocionais	6,66	14,90	26,66	43,46
Saúde mental	46,40	24,59	57,60	29,87

À análise do quadro 2 verifica-se que entre os participantes masculino e feminino as escalas com maior diferença são *estado de saúde* seguida de *aspectos emocionais*, ou seja, a qualidade de vida apresenta pouca semelhança nestas dimensões para os sujeitos do gênero masculino e feminino, enquanto que as escalas com menor diferença são *dor* e *vitalidade*, ou seja, para os indivíduos masculino e feminino a qualidade de vida é semelhante nestas dimensões.

Observa-se que os sujeitos do sexo masculino apresentam médias superiores em apenas 2 escalas em relação aos do sexo feminino, quais sejam: *aspectos sociais* (75,00) e *dor* (33,20). A dimensão *aspectos sociais* apresenta a melhor média dos homens, inclusive em relação aos sujeitos do sexo feminino. Demonstra o quadro 2 que os sujeitos do sexo feminino apresentam melhor média nas escalas referentes a *estado de saúde* (73,20) e *aspectos sociais* (67,50). Observa-se ainda que a dimensão *limitação física* apresenta a menor média entre os sujeitos do

sexo masculino e feminino, quais sejam, respectivamente, 5,00 e 20,00. Analisando a variável “sexo”, constatou-se que para as mulheres a maioria das dimensões comprometem menos sua qualidade de vida com exceção de *aspectos sociais* e *dor*, dimensões em que os homens apresentam menos comprometimento de sua qualidade de vida em relação às mulheres. Nota-se que tanto os indivíduos masculinos quanto femininos possuem mais comprometimento da qualidade de vida na dimensão *limitação física*.

Vieira (2000) em seu estudo ao comparar as dimensões de saúde, segundo a variável sexo, constatou que, de um modo geral, os homens apresentam melhor qualidade de vida na maioria das dimensões o que diferiu da presente pesquisa, pois nesta foram as mulheres que apresentaram melhor qualidade de vida na maioria das dimensões de saúde. Além disso, a autora verificou que tanto os sujeitos masculinos quanto os sujeitos femininos possuem pior qualidade de vida na dimensão de saúde *limitação física* dado equivalente ao encontrado no presente estudo.

O quadro 3 apresenta as médias e desvio padrão das escalas para dimensão de saúde comparadas em relação à idade dos indivíduos que possuem de 50 a 60 anos e de 61 a 70 anos.

Quadro 3. Escalas para dimensão de saúde expressas como média e desvio padrão segundo a idade através do SF-36.

Idade (anos)	50 – 60		61- 70	
	M	DP	M	DP
Capacidade funcional	37,50	42,91	36,66	15,70
Limitação física	25,00	50,00	4,16	10,20
Dor	36,75	18,71	29,66	17,16
Estado de saúde	54,75	29,95	58,50	15,38
Vitalidade	51,25	16,52	49,16	5,84
Aspectos sociais	59,37	31,25	79,16	20,41
Aspectos emocionais	33,33	47,14	5,55	13,60
Saúde mental	44,00	38,64	57,33	16,71

Observa-se que entre as duas faixas de idade a menor média foi para a dimensão *limitação física*, quais sejam: 25,00 (50 a 60 anos) e 4,16 (61 a 70 anos). Os sujeitos com 50 a 60 anos apresentam menores médias em relação aos indivíduos com 61 a 70 anos, em apenas três dimensões: *estado de saúde* (54,75), *aspectos sociais* (59,37) e *saúde mental* (44,00). Quanto à maior média está a dimensão *aspectos sociais* que ocorreu nas duas faixas de idade, quais sejam: 59,37 (50 a 60 anos) e 79,16 (61 a 70 anos). Ao analisar esta variável constata-se que todos indivíduos, independente da idade, têm menos comprometimento da sua qualidade de vida na dimensão de saúde *aspectos sociais* e a dimensão que mais compromete a qualidade de vida dos sujeitos é *limitação física*. De um modo geral os indivíduos na faixa de 50 a 60 anos possuem melhor qualidade de vida em relação aos de 61 a 70 anos.

O estudo de Vieira (2000) ao comparar as dimensões de saúde com a variável “idade” verificou que, semelhante ao presente estudo, a qualidade de vida dos indivíduos, independente da idade, estava prejudicada na dimensão *limitação física*. Sendo que os indivíduos com mais de 60 anos apresentaram pior qualidade de vida na maioria das dimensões: *estado de saúde*, *capacidade funcional*, *aspectos emocionais*, *aspectos sociais e vitalidade*. No entanto, a dimensão que apresentou melhor qualidade de vida para os sujeitos, independente da idade, foi *saúde mental*.

O quadro 4 apresenta a média e desvio padrão das escalas de acordo com o tempo de tratamento que varia de 3 a 13 anos, tempo equivalente ao conhecimento do diagnóstico da patologia e início de tratamento médico.

Quadro 4. Escalas para dimensão de saúde expressas como média e desvio padrão segundo o tempo de tratamento através do SF-36.

Tempo de tratamento (anos)		Capacidade funcional	Limitação física	Dor	Estado de saúde	Vitalidade	Aspectos sociais	Aspectos emocionais	Saúde mental
3	M	20,00	12,50	30,50	46,00	45,00	100,00	0,0	56,00
	DP	7,07	17,67	28,99	19,79	7,07	0,0	0,0	16,97
6	M	33,33	0,0	31,66	54,00	51,66	66,66	0,0	49,33
	DP	27,53	0,0	16,74	25,35	2,88	7,21	0,0	23,09
10	M	43,75	25,00	27,00	69,75	53,75	71,87	41,66	62,00
	DP	36,82	50,00	10,00	17,44	15,47	25,76	41,94	31,06
13	M	55,00	0,0	61,00	37,00	40,00	25,00	0,0	12,00
	DP	-	-	-	-	-	-	-	-

À análise do quadro 4 verifica-se que os sujeitos há 3 anos em tratamento têm a menor média na dimensão *aspectos emocionais* (0,0) e *limitação física* (20,00), no entanto apresenta média superior em relação aos quatro grupos para a dimensão *aspectos sociais* (100,00). Já os sujeitos há 6 anos em tratamento apresentaram menor média nas dimensões *limitação física* (0,0) e *aspectos emocionais* (0,0) e a maior média destes indivíduos foi na dimensão *aspectos sociais* (66,66).

Observa-se que o grupo há 10 anos em tratamento possui as melhores médias, em relação aos demais, nas dimensões *limitação física* (25,00), *estado de saúde* (69,75), *vitalidade* (53,75), *aspectos emocionais* (41,66) e *saúde mental* (62,00). No que tange à dimensão *dor* este grupo apresenta a menor média (27,00).

O grupo em tratamento há 13 anos possui média inferior, em relação aos demais, nas dimensões *limitação física* (0,0), *estado de saúde* (37,00), *vitalidade* (40,00), *aspectos sociais* (25,00), *aspectos emocionais* (0,0) e *saúde mental* (12,00). Verifica-se que os sujeitos há 13 anos em tratamento apresentam as maiores médias nas dimensões: *dor* (61,00) e *capacidade funcional* (55,00).

Constata-se que, ao comparar as dimensões de saúde segundo a variável “tempo de tratamento”, os indivíduos há 3, 6 e 10 anos em tratamento apresentam menos comprometimento da qualidade de vida na dimensão *aspectos sociais* enquanto os indivíduos há 13 anos em tratamento têm menos comprometimento da qualidade de vida na dimensão *dor*. No entanto, a dimensão de saúde *limitação física* é a que mais compromete a qualidade de vida dos indivíduos independente do tempo de tratamento.

Maruschka (1997) estudou pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento há mais de 3 meses e constatou que a qualidade de vida dos pacientes em hemodiálise, em relação aos que realizavam diálise peritoneal, estava prejudicada nas dimensões de saúde *capacidade funcional*, *aspectos emocionais*, *saúde mental* e *dor*.

O quadro 5 apresenta as médias e desvio padrão para as dimensões de saúde segundo a ocupação dos sujeitos avaliados, divididos de acordo com o tipo de ocupação.

Quadro 5. Escalas para dimensão de saúde expressas como média e desvio padrão segundo a ocupação através do SF-36.

Ocupação		Capacidade funcional	Limitação física	Dor	Estado de saúde	Vitalidade	Aspectos sociais	Aspectos emocionais	Saúde mental
AI [#]	M	40,00	0,0	33,33	53,50	49,16	60,41	5,55	46,66
	DP	19,49	0,0	17,84	19,56	5,84	21,53	13,60	24,22
AS/I [*]	M	52,50	50,00	26,00	76,00	62,50	100,00	50,00	72,00
	DP	53,03	70,71	22,62	22,62	17,67	0,0	70,71	39,59
D [♦]	M	0,0	0,0	22,00	65,00	40,00	50,00	33,33	28,00
	DP	-	-	-	-	-	-	-	-
Emp [•]	M	25,00	25,00	51,00	32,00	40,00	100,00	0,0	68,00
	DP	-	-	-	-	-	-	-	-

[#] Aposentado por invalidez.

^{*} Aposentado por tempo de serviço ou idade.

[♦] Desempregado em função da doença.

[•] Empregado.

Observa-se que a dimensão *limitação física* apresenta médias inferiores para os indivíduos com as seguintes ocupações: aposentado por invalidez (0,0) e desempregado em função da doença (0,0), no entanto, os indivíduos aposentados por tempo de serviço ou idade apresentaram a menor média na dimensão *dor* (26,00) e os empregados na dimensão *aspectos emocionais* (0,0). A dimensão de saúde *aspectos sociais* possui a melhor média para os indivíduos de todas ocupações: aposentado por invalidez (60,41), aposentado por tempo de serviço ou idade (100,00), desempregado em função da doença (50,00) e empregado (100,00). Ao analisar as dimensões segundo a ocupação dos participantes do estudo verifica-se que a dimensão *limitação física* é a que mais compromete a qualidade de vida dos indivíduos aposentados por invalidez e desempregado em função da doença, ao passo que a dimensão *aspectos sociais* é a que menos compromete a qualidade de vida dos indivíduos independente do tipo de ocupação.

Vieira (2000), em seu estudo, concluiu que a qualidade de vida está prejudicada, principalmente na dimensão *limitação física*, e em menor grau em relação à *saúde mental* e *aspectos sociais*.

O quadro 6 demonstra as dimensões de saúde (média e desvio padrão) comparadas segundo o estado civil dos indivíduos avaliados.

Quadro 6. Escalas para dimensão de saúde expressas como média e desvio padrão segundo o estado civil através do SF-36.

Estado civil		Capacidade funcional	Limitação física	Dor	Estado de saúde	Vitalidade	Aspectos sociais	Aspectos emocionais	Saúde mental
Casado	M	23,75	0,0	19,00	60,00	50,00	75,00	16,66	45,00
	DP	20,15	0,0	22,00	7,07	7,07	22,82	19,24	19,14
Viúvo	M	45,83	20,83	41,50	55,00	50,00	68,75	16,66	56,66
	DP	29,56	40,05	16,25	27,20	13,03	29,31	40,82	31,23

Nota-se no quadro 6 que a menor média é para a dimensão de saúde *limitação física*, que ocorre nos indivíduos casados (0,0). Os indivíduos viúvos apresentam menores médias para as dimensões *aspectos emocionais* (16,66) seguida de *limitação física* (20,83). A dimensão com maior média é *aspectos sociais* tanto para os sujeitos casados (75,00) quanto para os sujeitos viúvos (68,75). Ao comparar as dimensões de saúde com o estado civil dos sujeitos constata-se que os casados têm mais comprometimento da qualidade de vida na dimensão *limitação física* enquanto os viúvos têm mais comprometimento da qualidade de vida nas dimensões *aspectos emocionais* e *limitação física*. No entanto, a dimensão *aspectos sociais* é a que menos compromete a qualidade de vida dos sujeitos, independente do estado civil.

Brasil (2002) no seu estudo concluiu que as variáveis que mais influenciaram na mudança de qualidade de vida foram os domínios “Saúde e Funcionamento” e “Psicológico / Espiritual” do Índice de Qualidade de Vida (IQV) e que existe diferença entre a qualidade de vida antes e após o implante do marcapasso, sendo maior, o IQV após o implante.

Os autores Bunch *et al* (2003) concluíram em seu estudo que a maioria dos pacientes avaliados tiveram, aproximadamente, um índice normal de qualidade de vida, com exceção da dimensão *vitalidade* que estava diminuída.

De um modo geral a análise das dimensões de saúde através do SF-36, no presente estudo, mostrou que a *limitação física* compromete bastante a qualidade de vida de pacientes com cardiopatia isquêmica e diabetes mellitus tipo 2. Também mostrou que a escala para dimensão de saúde que menos compromete a qualidade de vida dos sujeitos do estudo é *aspectos emocionais*.

CICONELLI *et al* (1999) em seu estudo obteve resultados semelhantes ao presente estudo, no que tange às médias das dimensões de saúde. As dimensões com médias maiores foram *aspectos sociais* e *saúde mental*. Quanto às dimensões com menores médias estão *capacidade funcional* e *limitação física*.

5 CONCLUSÃO

Neste estudo em que se procurou identificar as escalas para dimensão de saúde dos pacientes com cardiopatia isquêmica e diabetes mellitus tipo 2, através do SF-36, concluiu-se que:

1) quanto a “idade”;

- para os pacientes que pertencem à faixa etária de 50 a 60 anos a dimensão que menos compromete sua qualidade de vida é *aspectos sociais* (59,37) e a dimensão *limitação física* (25,00) é a que mais compromete a qualidade de vida.
- para os pacientes com 61 a 70 anos a dimensão que menos compromete sua qualidade de vida é *aspectos sociais* (79,16) e a dimensão *limitação física* (4,16) é a que mais compromete a qualidade de vida.

2) quanto ao “gênero”;

- para os pacientes do sexo masculino a dimensão que menos compromete sua qualidade de vida é *aspectos sociais* (75,00) e a que mais compromete sua qualidade de vida é *limitação física* (12,50).
- para os pacientes do sexo feminino a dimensão que menos compromete sua qualidade de vida refere-se a *estado de saúde* (73,20) e a que mais compromete a qualidade de vida é *limitação física* (5,00).

3) quanto ao “tempo de tratamento”;

- pacientes há 3 anos em tratamento médico possuem menos comprometimento da sua qualidade de vida na dimensão referente a *aspectos sociais* (100,00) e mais comprometimento na dimensão *aspectos emocionais* (0,0).

- pacientes há 6 anos em tratamento médico possuem menos comprometimento da sua qualidade de vida na dimensão referente a *aspectos sociais* (66,66) e mais comprometimento nas dimensões *limitação física* (0,0) e *aspectos emocionais* (0,0).

- pacientes há 10 anos em tratamento médico possuem menos comprometimento da sua qualidade de vida na dimensão referente a *aspectos sociais* (71,87) e mais comprometimento na dimensão *limitação física* (25,00).

- pacientes há 13 anos em tratamento médico possuem menos comprometimento da sua qualidade de vida na dimensão referente a *dor* (61,00) e mais comprometimento nas dimensões *limitação física* (0,0) e *aspectos emocionais* (0,0).

4) quanto a “ocupação”;

- para os pacientes aposentados por invalidez a dimensão de saúde que menos compromete sua qualidade de vida é *aspectos sociais* (60,41) e a dimensão *limitação física* (0,0) é a que mais compromete sua qualidade de vida.

- para os pacientes aposentados por tempo de serviço ou idade a dimensão de saúde que menos compromete sua qualidade de vida é *aspectos sociais* (100,00) e a dimensão *dor* (26,00) é a que mais compromete sua qualidade de vida.

- para os pacientes desempregados em função da doença a dimensão de saúde que menos compromete sua qualidade de vida é *aspectos sociais* (50,00) e as dimensões *capacidade funcional* (0,0) e *limitação física* (0,0) são as que mais comprometem sua qualidade de vida.

- para os pacientes empregados a dimensão de saúde que menos compromete sua qualidade de vida é *aspectos sociais* (100,00) e a dimensão *aspectos emocionais* (0,0) é que mais compromete sua qualidade de vida.

5) quanto ao ‘estado civil’;

- para os pacientes casados a dimensão de saúde que menos compromete sua qualidade de vida é *aspectos sociais* (75,00) e a que mais compromete é *limitação física* (0,0).
- para os pacientes viúvos a dimensão de saúde que menos compromete sua qualidade de vida é *aspectos sociais* (68,75) e a que mais compromete é *aspectos emocionais* (16,66).

As escalas para dimensão de saúde que obtiveram destaque, de um modo geral, na qualidade de vida dos indivíduos avaliados (n =10) foram *aspectos sociais* (71,25) e *limitação física* (12,50). Sendo a dimensão *aspectos sociais* a que menos compromete a qualidade de vida dos sujeitos e a dimensão *limitação física* a que mais compromete a qualidade de vida dos indivíduos participantes do presente estudo.

Embora neste estudo a amostra tenha sido pequena (n= 10), foi possível aplicar a escala SF-36 e constatar-se as dimensões de saúde dos sujeitos do estudo no que se refere à qualidade de vida, contudo diante desta casuística faz-se necessário um maior número de sujeitos para que se possa estabelecer níveis de significâncias às variáveis estudadas e assim se estabelecer generalidades.

Considerando os objetivos deste estudo e os resultados apresentados, vê-se que estes poderão oferecer subsídios para o planejamento do cuidado de enfermagem aos pacientes com cardiopatia isquêmica e diabetes mellitus tipo 2, na busca de melhorar a qualidade de vida destes pacientes.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Miriam Cristina dos Santos. **Qualidade de vida de clientes com estomas intestinais definitivos e provisórios**. 1998. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/graduacao/monografia/1998/1479712.html>. Acesso em: 15 abr. 2003, 21:51:30.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Doenças Crônico-Degenerativas. **Manual de Diabetes**. 2. ed. Brasília, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. InformeSaúde. **Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília, ano IV, nº82, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. InformeSaúde. **Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília, ano V, nº102, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. InformeSaúde. **Hipertensão Arterial**. Brasília, ano V, nº132, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus**: campanha nacional de detecção de suspeitos de diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2001c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**: proposta de educação permanente em hipertensão arterial e diabetes mellitus para os municípios com população acima de 100 mil habitantes. Brasília: Ministério da Saúde, 2001 d.

BRASIL, Virginia Visconde. **Qualidade de vida do portador de marcapasso cardíaco definitivo: antes e após implante**. 2001. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2001. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista4_1/mascpass.html. Acesso em: 19 jul. 2003, 16:31:03.

BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994.

BUNCH, J.T. *et al.* Long-term outcomes of out-of-hospital cardiac arrest after successful early defibrillation. **The New England Journal of Medicine**, v. 348, n. 26, p. 2626-2633, jun26, 2003.

CICONELLI, Rosana Mesquita. **Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey (SF-36)"**. Centro Paulista de Economia da Saúde, São Paulo, 1997. Disponível em: http://www.cpes.org.br/mesquita_doutor.pdf. Acesso em: 05 abr. 2003, 23:51:36.

CICONELLI, Rosana Mesquita. *et al.* Tradução para a língua portuguesa do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 143-150, mai./jun. 1999.

DAVIDSON, M. B. **Diabetes mellitus: diagnóstico e tratamento**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

DUNCAN, B. B; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

FERREIRA, Cláudia Adriana Sant'Anna. **Qualidade de vida de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) em oxigenoterapia domiciliar**. 2001. 71p. Dissertação (Mestrado em Fisiopatologia experimental) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001. Disponível em: <http://www.capes.gov.br/agdw/frRelatórioTeses.html>. Acesso em: 07 abr. 2003, 17:50:30.

GOLDIM, J. R. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde**. Porto Alegre: Dacasa, 1997.

GROSS, J. L; NEHME, M. Detecção e tratamento das complicações crônicas do Diabetes melito: Consenso da Sociedade Brasileira de Diabetes e Conselho Brasileiro de Oftalmologia. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 279-284, jul./set. 1999.

LUIZ, Valéria de Azambuja. **Percepção de Qualidade de Vida do Paciente Renal Crônico em Hemodiálise**. 2002. 38f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

MARUSCHKA, P. *et al.* Quality of life in patients on chronic dialysis: self-assessment 3 months after the start of treatment. **American Journal of Kidney diseases**, v. 29, n. 4, p.584-592, apr. 1997.

MEINÃO, Ivone Minhoto. **Utilização de recursos e custos em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico**. 2001. Tese (Doutorado) – Centro Paulista de Economia da Saúde, São Paulo, 2001. Disponível em: http://www.cpes.org.br/ivone_doutor.pdf. Acesso em: 06 maio 2003, 12:16:44.

NERI, A. L. (org). **Qualidade de Vida e Idade Madura**. São Paulo: Papyrus, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Divisão de Saúde mental. Grupo WHOQOL. **Versão em Português dos Instrumentos de Qualidade de Vida (WHOQOL): 1998**. Porto Alegre, 2001. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/whowol-100.html>. Acesso em: 05 abr. 2003, 21:32:16.

POLANCZYK, C.A. *et al.* Prevalência de diabetes mellitus e intolerância à glicose em adultos residentes em Porto Alegre. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 36, n. 4, p. 280-284, 1992.

POLIT, Denise F; HUNGLER, Bernadete P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

SILVEIRA, I.C.. Crescimento do diabetes no mundo. **Jornal Brasileiro de Medicina**, Rio de Janeiro, v. 76, n. 5, p. 45, maio, 1999.

SOUZA, Aline Iara de. **Envelhecimento, Estratégias de Saúde e Qualidade de Vida em uma Vila Popular do Município de Porto Alegre**. 2002. 97f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

VIEIRA, Deise. Santos. **Avaliação da Qualidade de Vida de Pacientes Renais Crônicos em Hemodiálise de Ambulatório**. 2000. 37f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000.

YAMADA, Beatriz Farias Alves. **Qualidade de vida de pessoas com úlceras venosas crônicas**. 2001. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001. Disponível em: <http://www.143.107.178.10:4500/ALEPH/por/EEN/EE/DIRECT?DIRECT=SYSNO&V>. Acesso em 19 jul. 2003, 17:55:07.

ANEXO A - Questionário de Qualidade de Vida SF-36

Instruções: Esta pesquisa denominada AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM CARDIOPATIA ISQUÊMICA E DIABETES MELLITUS TIPO 2 SUBSÍDIOS PARA O CUIDADO EM ENFERMAGEM questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro ou em dúvida em como responder, por favor tente responder o melhor que puder. A devolução deste questionário preenchido já pressupõe seu aceite em participar deste estudo.

1. Em geral, você diria que sua saúde é :

(circule uma)

Excelente	Muito boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2. Comparada a um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora ?

(circule uma)

Muito melhor	Um pouco melhor	Quase a mesma	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. **Devido a sua saúde**, você teria dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

(circule um número em cada linha)

Atividades	Sim. Dificulta muito	Sim. Dificulta um pouco	Não.Não dificulta de modo algum
a. Atividades vigorosas , que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos	1	2	3
b. Atividades moderadas , tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa	1	2	3
c. Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d. Subir vários lances de escada	1	2	3
e. Subir um lance de escada	1	2	3
f. Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g. Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h. Andar vários quarteirões	1	2	3
i. Andar um quarteirão	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4. Durante as **últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, **como consequência de sua saúde física**?

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
--	-----	-----

a. Você diminuiu a quantidade de tempo que dedicava-se ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria ?	1	2
c. Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d. Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p.ex: necessitou de um esforço extra) ?	1	2

5. Durante as **últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, **como consequência de algum problema emocional** (como sentir-se deprimido ou ansioso) ?

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que dedicava-se ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria ?	1	2
c. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz ?	1	2

6. Durante as **últimas 4 semanas**, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos , amigos ou em grupo?

(circule uma)

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7. Quanta dor **no corpo** você teve durante as **últimas 4 semanas**?

(circule uma)

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito Grave
1	2	3	4	5	6

8. Durante as **últimas 4 semanas**, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho, fora de casa e dentro de casa)?

(circule uma)

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as **últimas 4 semanas**. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Em relação **as últimas 4 semanas**.

(circule um número para cada linha)

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a. Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c. Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6

e. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f. Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g. Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i. Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas **4 semanas**, quanto do seu tempo a sua **saúde física ou problemas emocionais** interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

(circule uma)

Todo o tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11. O quanto **verdadeiro** ou **falso** é cada uma das afirmações para você?

(circule um número em cada linha)

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa
a. Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5

b. Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c. Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d. Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação
COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE

RESOLUÇÃO

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0000921) analisaram o projeto:

Projeto: 02-066 **Versão do Projeto:** 09/05/2002 **Versão do TCLE:** 09/05/2002


Pesquisadores:

- BRUCE B. DUNCAN
- RICARDO KUCHENBECKER
- CARISI ANNE POLANCZYK
- OTAVIO NEVES DA SILVA BITTENCOURT
- MICHELE EIFLER MACHADO
- JANINE DE SOUZA GONÇALVES
- JORGE LUIZ GROSS

Título: AVALIAÇÃO DO IMPACTO CLÍNICO E ECONÔMICO DE UM PLANO ESTRUTURADO DE ALTA HOSPITALAR NO TRATAMENTO DE PACIENTES PORTADORES DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 E CARDIOPATIA ISQUÊMICA

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, inclusive quanto ao seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do GPPG/HCPA.

Porto Alegre, 09 de maio de 2002.


Prof. Themis Reverbél da Silveira
Coordenadora do GPPG e CEP-HCPA