

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

FERNANDA BRAGA AZAMBUJA

Análise da Qualidade de Vida de Pacientes com Cardiopatia Isquêmica e

Diabete Mellitus Tipo 2 :

Contribuição para a Educação em Saúde na Enfermagem

Porto Alegre

2004

FERNANDA BRAGA AZAMBUJA

Análise da Qualidade de Vida de Pacientes com Cardiopatia Isquêmica e

Diabete Mellitus Tipo 2 :

Contribuição para a Educação em Saúde na Enfermagem

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Disciplina de 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

2004

“No fim tudo acaba bem. E se não foi assim, é
porque não era o fim ainda”.

Fernando Pessoa

AGRADECIMENTOS

Inicialmente agradeço à Professora Maria da Graça Oliveira Crossetti pela orientação, disponibilidade, paciência e ensinamentos no desenvolvimento deste trabalho de conclusão de curso.

Aos colegas do Projeto de Pesquisa do qual fui bolsista de Iniciação Científica. Obrigada ao Doutor Ricardo Kuchenbecker e às Enfermeiras Mariur Beghetto e Michelli Assis, que me incentivaram na realização deste trabalho.

Aos meus familiares, em especial minha mãe, que sempre esteve ao meu lado nos momentos mais difíceis.



SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 OBJETIVOS	12
2.1 Geral	12
2.2 Específicos	12
3 METODOLOGIA	13
3.1 Tipo de Estudo	13
3.2 Campo de Estudo.....	13
3.3 População de Estudo	14
3.4 Amostra	14
3.5 Critérios de Inclusão no Estudo	14
3.6 Coleta de Dados	15
3.7 Análise dos Dados.....	17
3.8 Aspectos Éticos	17
4 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	18
4.1 Perfil sócio-demográfico	18
4.2 Análise da Qualidade de Vida	22
4.3 Desfechos de Saúde.....	28
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
REFERÊNCIAS	34
APÊNDICE A DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E DESFECHOS DE SAÚDE.....	37
APÊNDICE B TERMO DE CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO.....	38
ANEXO 1 QUESTIONÁRIO PARA ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA - SF-36	39
ANEXO 2 APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA	44

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1. Perfil dos pacientes segundo o sexo	18
Tabela 2. Perfil dos pacientes segundo o estado civil	19
Tabela 3. Perfil dos pacientes segundo a escolaridade.....	19
Tabela 4. Tempo de diagnóstico do Diabete Mellitus tipo 2	20
Tabela 5. Tempo de diagnóstico da Cardiopatia Isquêmica.....	20
Tabela 6. Perfil dos pacientes segundo a ocupação	22
Tabela 7. Tempo médio da primeira reinternação.....	28
Gráfico A. Capacidade Funcional	24
Gráfico B. Dor.....	24
Gráfico C. Vitalidade	25
Gráfico D. Saúde Mental.....	25
Gráfico E. Aspectos Emocionais.....	25
Gráfico F. Aspectos Sociais	25
Gráfico G. Estado Geral de Saúde	26
Gráfico H. Limitação Física	27
Quadro 1. Dimensões de Saúde SF 1 e SF 2.....	23
Quadro 2. Causas das reinternações hospitalares.....	29
Quadro 3. Procedimentos médicos realizados.....	30

1 INTRODUÇÃO

A Cardiopatia Isquêmica (CI) e o Diabete Mellitus (DM) em comorbidade oferecem muitos danos à saúde, já que uma doença pode agravar a outra e contribuir para aumentar o número de complicações. Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2002), diabéticos apresentam risco maior de doença vascular aterosclerótica, como doença coronariana, doença arterial periférica e doença vascular cerebral. A doença cardiovascular é a principal responsável pela redução da sobrevida de pacientes com diabetes, sendo a causa mais freqüente de mortalidade. Pacientes diabéticos representam cerca de 30% dos pacientes que internam em unidades coronarianas intensivas com dor precordial.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001a), as doenças do aparelho circulatório retratam um importante problema de saúde pública no Brasil. Constituem a primeira causa de morte em nosso país, segundo os registros oficiais do Sistema de Informação sobre Mortalidade. Em 2000, corresponderam a mais de 27% do total de óbitos.

O DM também é considerado um problema de importância crescente em saúde pública. Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2002), a incidência e prevalência desta doença estão aumentando, alcançando proporções epidêmicas. O DM acarreta altos custos para seu controle metabólico e tratamento de suas complicações. Está associada a complicações que comprometem a produtividade, a sobrevida e a qualidade de vida dos indivíduos.

A Sociedade Portuguesa de Diabetes (2004) afirma que, o DM por ser uma doença crônica, requer educação e cuidados de saúde contínuos para a prevenção de complicações agudas e redução do risco de complicações tardias, mantendo assim a qualidade de vida das pessoas acometidas por esta doença.

Souza *et al* (1997) realizaram um estudo com 46 pacientes diabéticos e identificaram dentre os aspectos mais afetados pela doença: trabalho, estudo e atividades do lar (38,5%), seguido por capacidade física (25,6%) e relacionamento familiar (10,3%), aspectos estes, geram impacto direto na vida dessas pessoas.

Em um estudo realizado no Hospital de Caridade Doutor Astrogildo de Azevedo em Santa Maria, constatou-se que, para alguns pacientes cardiopatas o aspecto físico era imprescindível na busca de uma melhor qualidade de vida, no entanto, a grande maioria dos pacientes deu importância ao bem-estar emocional, à convivência com as pessoas mais importantes de sua vida, à religião (BOTTOLI, CAMPONOGARA e RODRIGUES, 2002).

De acordo com Laurenti (2003), a questão sobre qualidade de vida vem assumindo importância, sob vários aspectos, nos últimos anos, particularmente no que diz respeito a sua avaliação ou mensuração. O autor afirma que a sobrevivência de doentes, especialmente com doenças crônicas, aumentou bastante devido ao avanço terapêutico e tecnológico. Percebe que há o interesse em fazer a avaliação da qualidade de vida nestes casos, já que frequentemente permanecem complicações ou seqüelas com as quais os indivíduos sobrevivem vários anos.

Segundo Seidl e Zannon (2004), no Brasil, vem crescendo o interesse pelo tema qualidade de vida no campo da saúde. Apesar de não haver definição consensual sobre o conceito qualidade de vida, este assunto parece estar fortalecendo-se como uma variável importante na prática clínica e na produção de conhecimento desta área. As autoras vêem o seu desenvolvimento como uma possibilidade de mudanças nas práticas assistenciais e no fortalecimento de novos padrões do processo saúde-doença, podendo colaborar para a superação de modelos de atendimento eminentemente biomédicos, que não valorizam aspectos socioeconômicos, psicológicos e culturais importantes nas ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde.

Neste contexto, percebe-se que o tema qualidade de vida vem assumindo grande importância, porém, não existe ainda um único conceito que o defina. Existem sim, várias definições constituídas por fatores subjetivos e objetivos, e por isto varia de pessoa para pessoa, quase sempre tendo influência de fatores sentimentais, culturais, religiosos,... (BOTTOLI, CAMPONOGARA e RODRIGUES, 2002).

O grupo de estudos sobre qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde - WHOQOL Group (1995), define qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Quando questionados pacientes cardiopatas através de instrumento aberto em estudo realizado em um hospital de Santa Maria, sobre o significado do termo qualidade de vida, todos tiveram a percepção de que ela vai além da presença ou ausência de saúde, envolvendo domínios físicos e psicológicos dos indivíduos (BOTTOLI, CAMPONOGARA e RODRIGUES, 2002).

Para as autoras acima citadas, tal percepção dos pacientes mostra que a assistência de Enfermagem tem que ser individualizada, valorizando os aspectos subjetivos, não se preocupando apenas com o uso de recursos tecnológicos. Afirmam que, para tanto, faz-se necessário o resgate e a valorização do cliente enquanto pessoa que tem sua forma de pensar, agir, sentir.

A avaliação dos cuidados em saúde está cada vez mais dirigida para as medições da qualidade de vida. Questionários que avaliam a qualidade de vida têm sido utilizados em pesquisas clínicas de forma a identificar problemas que interferem no bem estar e no estilo de vida dos pacientes. Logo, estes instrumentos avaliadores vêm assumindo grande importância como medida efetiva para avaliação de grupos de doentes, eficácia medicamentosa e

caracterização geral das populações estudadas (SOCIEDADE PORTUGUESA DE DIABETES, 2004).

Diversos autores têm desenvolvido e testado instrumentos para mensurar a qualidade de vida dos pacientes com diferentes enfermidades, entre eles o Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey (SF-36).

Em sua tese de doutorado, Ciconelli (1997) apresenta uma tradução e validação do SF-36. Define-o como um instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida, de fácil compreensão e administração, produzido originalmente na língua inglesa. Constituído por 36 questões englobadas em oito dimensões de saúde: *capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental*. Apresenta um escore final de 0 a 100, no qual zero corresponde ao pior estado geral de saúde e 100 ao melhor estado de saúde.

Tal instrumento já vem sendo utilizado para medir a qualidade de vida de pacientes com diferentes danos crônicos. Ciconelli *et al* (1999) aplicou o SF-36 em pacientes portadores de Artrite Reumatóide, Meinão (2001) em pacientes portadores de Lúpus Eritematoso Sistêmico, Romão (2001) avaliou a qualidade de vida de pacientes com Insuficiência Renal Crônica, Pereira (2000) utilizou o questionário em pacientes submetidos a transplante cardíaco, Martinez (1998) em portadores de Fibrose Pulmonar Idiopática, entre outros autores.

Em uma revisão da produção científica das universidades públicas de São Paulo de pesquisas sobre qualidade de vida, Dantas, Sawada e Malerbo (2003) constataram que dentre os instrumentos genéricos usados pelos pesquisadores os mais frequentes foram: Medical Outcomes Studies 36-item Short-Form (SF-36) e Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers, usados, respectivamente, em 18 (34%) e 4 (7,5%) estudos. Os instrumentos da Organização Mundial de Saúde, WHOQOL-100 e WHOQOL-bref foram empregados em 2

(3,8%) e 1 (1,9%) estudos, respectivamente. O que evidencia a aceitabilidade e aplicabilidade do SF-36.

Quando utilizado este instrumento para avaliar a qualidade de vida de um grupo de pacientes portadores de CI e DM tipo 2, Assis (2003) em seu trabalho de conclusão de curso constatou que, tal grupo de pacientes tinha sua qualidade de vida afetada, valendo-se de algumas dimensões de saúde como por exemplo *limitação física*.

Acredita-se que a Enfermagem possa atuar nesse contexto a medida em que tem papel fundamental na educação para a saúde, podendo colaborar no manejo clínico da doença e conseqüentemente na melhora da qualidade de vida de pacientes portadores de CI e DM.

O enfermeiro por formação profissional é capacitado para promover a saúde individual, familiar e coletiva, tanto nas instituições de saúde como na comunidade. A promoção da saúde é um processo de capacitação para que indivíduos e grupos possam assumir o controle de sua própria saúde (VANZIN e NERI, 2000).

Em um estudo realizado na Universidade Federal de São Paulo com pacientes asmáticos que tinha por objetivo desenvolver um modelo de pós-consulta (de enfermagem) padronizado para avaliar o aprendizado e acompanhar a evolução clínica do paciente durante um programa de educação, BETTENCOURT *et al* (2002) afirmam como resultado uma melhora significativa na identificação dos problemas relacionados ao manejo da doença e também melhora nos índices de qualidade de vida. Refere que o enfermeiro tem um papel reconhecido na saúde coletiva, tendo como objetivo a educação em saúde.

Para Vanzin e Nery (2000), a consulta de enfermagem é a atenção prestada ao indivíduo, à família e à comunidade de modo sistemático e contínuo, realizada pelo profissional enfermeiro com a finalidade de promover a saúde mediante o diagnóstico e tratamento precoces.

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2002), o tratamento do DM tem como uma de suas estratégias a educação objetivando a mudança do estilo de vida, podendo esta ocorrer se houver uma estimulação constante ao longo do acompanhamento dos pacientes. Ressalta-se, ainda, a importância do tratamento concomitante de outros fatores de risco cardiovascular como sendo essenciais para a redução da mortalidade cardiovascular. Neste contexto, acredita-se ser importante o papel do enfermeiro no processo de cuidar.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar a qualidade de vida de pacientes com CI e DM tipo 2 de acordo com as dimensões de saúde do SF-36, visando contribuir para uma adequada prática de educação em saúde na enfermagem para esta população.

2.2 Específicos

Verificar se existe diferença significativa na qualidade de vida no que se refere às dimensões de saúde do SF-36 entre pacientes com CI e DM tipo 2 que recebem orientação para a saúde e os que não recebem.

Identificar os desfechos de saúde ocorridos no período de acompanhamento dos pacientes em nível de internação hospitalar e atendimento ambulatorial.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um ensaio clínico randomizado. Segundo Fletcher, Fletcher e Wagner (2003), neste tipo de estudo os pacientes a serem estudados são divididos aleatoriamente em dois grupos de prognósticos comparáveis, no qual apenas um dos grupos é exposto a uma intervenção que se acredita seja útil. Observa-se o curso clínico de ambos os grupos e quaisquer diferenças na evolução são atribuídas à intervenção.

Para Motta e Wagner (2003), o ensaio clínico randomizado é um estudo de intervenção onde dois ou mais grupos são alocados aleatoriamente a terapias ou intervenções tendo seus desfechos comparados.

3.2 Campo de Estudo

Estudo realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) junto às unidades de internação clínica e cirúrgica e ao serviço de ambulatório. O HCPA é um hospital universitário vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, considerado referência nacional no tratamento de muitas doenças.

3.3 População de Estudo

A população do estudo são pacientes adultos com os diagnósticos de CI e DM tipo 2 que estiveram internados nas unidades de internação clínica e cirúrgica do HCPA no período de julho de 2003 à fevereiro de 2004, com acompanhamento na zona 18 do serviço de ambulatório do hospital até agosto de 2004 e integrantes de um projeto de pesquisa principal denominado “Avaliação do impacto clínico e econômico de um plano estruturado de alta hospitalar no tratamento de pacientes portadores de Diabete Mellitus tipo 2 e Cardiopatia Isquêmica”.

3.4 Amostra

A amostra intencional compreendeu a totalidade de 42 pacientes que preencheram os critérios de inclusão do estudo e que fazem parte do projeto principal acima citado desenvolvido no HCPA.

3.5 Critérios de Inclusão no Estudo

- idade igual ou superior a 40 anos;
- residência fixa em Porto Alegre ou região metropolitana;

- não estar participando de outro estudo no momento;
- internação pelo Sistema Único de Saúde;
- não ter doença mental;
- não portar insuficiência renal crônica necessitando de método dialítico;
- não ter qualquer outra doença não cardíaca que tenha prognóstico inferior a 2 anos de vida;
- ter respondido o questionário SF-36 em dois momentos : internação hospitalar e consulta ambulatorial;

3.6 Coleta de Dados

A coleta de dados aconteceu em três momentos.

Primeiro momento – Unidade de análise: questionário SF-36 aplicado por ocasião da primeira internação hospitalar do paciente.

Segundo momento – Unidade de análise: questionário SF-36 aplicado por ocasião da última consulta de enfermagem no ambulatório do HCPA.

Terceiro momento – Unidade de análise: prontuários dos pacientes e Sistema Informatizado do HCPA – Aplicativos para Gestão Hospitalar (AGH), visando obter dados sócio-demográficos e dados referentes aos desfechos de saúde (reinternação hospitalar e procedimentos médicos) ocorridos no período de acompanhamento dos pacientes. Tais informações foram registradas em um instrumento (APÊNDICE A) elaborado pela pesquisadora. Para a consulta dos prontuários foi solicitada autorização do Serviço de

Arquivo Médico e Informações em Saúde do HCPA. A consulta ao AGH foi possível mediante senha de acesso da pesquisadora já obtida como acadêmica estagiária do hospital.

O questionário SF-36 (ANEXO 1) fora aplicado através de entrevista durante a internação hospitalar e reaplicado na última consulta de enfermagem no ambulatório, permitindo uma comparação do estado de saúde e qualidade de vida desses pacientes.

O SF-36 é constituído por 36 questões englobadas em oito dimensões de saúde: *capacidade funcional, aspectos físicos, dor e estado geral de saúde* que avaliam um componente físico, e *saúde mental, aspectos sociais, aspectos emocionais e vitalidade* que avaliam um componente mental. O questionário apresenta um escore final de 0 a 100, no qual zero corresponde ao pior estado geral de saúde e 100 ao melhor estado de saúde.

Os pacientes foram randomizados em dois grupos: intervenção e controle.

O grupo intervenção recebeu orientação de enfermagem durante a internação, em uma consulta de enfermagem após dez dias da alta hospitalar em que foram reforçadas as orientações, contato telefônico em sessenta dias após alta, consulta de enfermagem em noventa dias e uma consulta de encerramento em cento e oitenta dias depois da alta hospitalar. As orientações dadas aos pacientes seguiram as recomendações estabelecidas pela Associação Americana de Diabetes. Foram abordados hábitos saudáveis de vida (alimentação adequada, atividade física, interrupção do hábito de fumar) e manejo da doença (mecanismos e complicações da CI e DM tipo 2, uso correto de medicações, monitoramento da glicemia capilar e condutas frente a situações de hiperglicemia e hipoglicemia, reconhecimento e manejo de sinais e sintomas de angina do peito).

O grupo controle teve acompanhamento através do contato telefônico e da última consulta de enfermagem.

3.7 Análise dos Dados

Os dados foram analisados através do Programa Informatizado *SPSS 12.0*. Utilizou-se o teste estatístico T de Student para as 8 dimensões de saúde do SF-36. Considerou-se um $p \leq 0,05$ para significância estatística.

3.8 Aspectos Éticos

O presente estudo integra um projeto principal denominado “AVALIAÇÃO DO IMPACTO CLÍNICO E ECONÔMICO DE UM PLANO ESTRUTURADO DE ALTA HOSPITALAR NO TRATAMENTO DE PACIENTES PORTADORES DE DIABETE MELLITUS TIPO 2 E CARDIOPATIA ISQUÊMICA”, o qual foi aprovado pelo Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do HCPA sob o parecer número 02.066 (ANEXO 2) e cujos participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido. Tal projeto tem como pesquisador responsável Ricardo de Souza Kuchenbecker com orientação de Bruce Bartholow Duncan.

A realização do presente estudo foi autorizada pelo pesquisador responsável através de um termo de consentimento (APÊNDICE B). A pesquisadora comprometeu-se em utilizar os dados coletados exclusivamente para o presente estudo.

4 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para melhor visualização e entendimento dos resultados do presente trabalho serão apresentados gráficos, tabelas e quadros. O grupo intervenção foi convencionado como “grupo 1” e o controle como “grupo 0”.

4.1 Perfil sócio-demográfico

Caracterizando o perfil sócio-demográfico, em relação à faixa etária, os dois grupos mostraram-se semelhantes. O grupo intervenção apresentou uma idade média de 59,38 anos (DP=9,35) e o grupo controle 59,29 anos (DP=7,17).

Tabela 1. Perfil dos pacientes segundo o sexo.

Sexo	Grupo		Total
	0	1	
Feminino	16 (76,2%)	11 (52,4%)	27 (64,3%)
Masculino	5 (23,8%)	10 (47,6%)	15 (35,7%)
Total	21 (100%)	21 (100%)	42 (100%)

Fonte: AZAMBUJA, Fernanda. Coleta de dados setembro 2004. HCPA, Porto Alegre.

A tabela acima demonstra que 35,7% (n=15) da amostra estudada é do sexo masculino. Percebe-se um maior número de pacientes do sexo feminino em ambos os grupos, embora no grupo controle essa diferença seja maior: 76,2% (n=16) para 52,4% (n=11) no grupo intervenção.

Tabela 2. Perfil dos pacientes segundo o estado civil.

Estado Civil	Grupo		Total
	0	1	
Casado	12 (57,1%)	18 (85,7%)	30 (71,4%)
Solteiro	1 (4,8%)	2 (9,5%)	3 (7,1%)
Viúvo	8 (38,1%)	1 (4,8%)	9 (21,4%)
Total	21 (100%)	21 (100%)	42 (100%)

Fonte: AZAMBUJA, Fernanda. Coleta de dados setembro 2004. HCPA, Porto Alegre.

No que se refere ao estado civil, observa-se que a maioria dos pacientes 71,4% (n=30) são casados. Este fator pode ser considerado positivo a medida em que um companheiro pode ajudar nos cuidados com a doença. No grupo intervenção o número de pacientes casados é maior, 85,7% para 57,1% no grupo controle. Observou-se uma pequena parcela de pacientes solteiros 7,1% (n=3) e viúvos 21,4% (n=9).

Tabela 3. Perfil dos pacientes segundo a escolaridade.

Escolaridade	Grupo		Total
	0	1	
Analfabeto	2 (9,5%)	3 (14,3%)	5 (11,9%)
Fundamental Incompleto	16 (76,2%)	12 (57,2%)	28 (66,7%)
Fundamental Completo	3 (14,3%)	2 (9,5%)	5 (11,9%)
Médio Incompleto	0 (0%)	2 (9,5%)	2 (4,8%)
Médio Completo	0 (0%)	2 (9,5%)	2 (4,8%)
Total	21 (100%)	21 (100%)	42 (100%)

Fonte: AZAMBUJA, Fernanda. Coleta de dados setembro 2004. HCPA, Porto Alegre.

Um baixo grau de escolaridade, de um modo geral, é constatado na tabela 3. Apenas 9,6% dos pacientes (n=4) chegaram ao nível médio, ressaltando que todos estes são do grupo

intervenção. Mais da metade da amostra estudada, 66,7% (n=28) tem apenas ensino fundamental incompleto e 11,9% (n=5) dos pacientes são analfabetos. Acredita-se que a baixa escolaridade pode dificultar a aprendizagem das orientações de saúde recebidas por estes pacientes, impedindo um adequado manejo da doença.

Segundo Castro *et al* (2003), quanto maior o grau de escolaridade, melhor a qualidade de vida. Quando aplicado o SF-36 num grupo de pacientes em hemodiálise, tais autores constataram que a dimensão de saúde *aspectos emocionais* teve correlação positiva com os anos de estudo.

Tabela 4. Tempo de diagnóstico de Diabete Mellitus tipo 2.

Tempo	Grupo		Total
	0	1	
1 — 5 anos	8 (38,10%)	6 (28,57%)	14 (33,33%)
5 — 10 anos	6 (28,57%)	5 (23,81%)	11 (26,19%)
10 — 20 anos	6 (28,57%)	5 (23,81%)	11 (26,19%)
+ de 20 anos	1 (4,76%)	5 (23,81%)	6 (14,29%)
Total	21 (100%)	21 (100%)	42 (100%)

Fonte: AZAMBUJA, Fernanda. Coleta de dados setembro 2004. HCPA, Porto Alegre.

Tabela 5. Tempo de diagnóstico de Cardiopatia Isquêmica.

Tempo	Grupo		Total
	0	1	
> 1 ano	5 (23,81%)	7 (33,33%)	12 (28,57%)
1 — 5 anos	9 (42,86%)	10 (47,62%)	19 (45,24%)
5 — 10 anos	2 (9,52%)	2 (9,52%)	4 (9,52%)
10 — 20 anos	5 (23,81%)	1 (4,76%)	6 (14,29%)
+ de 20 anos	0 (0,0%)	1 (4,76%)	1 (2,38%)
Total	21 (100%)	21 (100%)	42 (100%)

Fonte: AZAMBUJA, Fernanda. Coleta de dados setembro 2004. HCPA, Porto Alegre.

No que se refere ao tempo de diagnóstico das doenças, as tabelas 4 e 5 demonstram que apenas 33,33% dos pacientes (n=14) convivem com o DM há menos de 5 anos. Pouco mais da metade dos sujeitos 52,38% (n=22) convivem com o DM entre 5 e 20 anos. Sabem-se diabéticos há mais de 20 anos 14,29% dos pacientes (n=6), sendo 5 sujeitos do grupo intervenção e apenas 1 sujeito do grupo controle.

Segundo Scheffel *et al* (2004), a prevalência das complicações causadas pelo DM está associada com a duração da doença, portanto pode-se afirmar que a amostra estudada caracteriza-se por ser um grupo de indivíduos já com inúmeras complicações provocadas pelo DM, por conviverem com a doença já há bastante tempo.

O diagnóstico tardio e a não adesão ao tratamento também facilitam o aparecimento de complicações relacionadas à diabete. As estimativas revelam que metade dos portadores de DM não sabe que tem a doença e que boa parte dos que já têm o diagnóstico comprovado não fazem nenhum tratamento (BRASIL, 2001b).

Em relação à cardiopatia, mais da metade dos indivíduos 73,81% (n=31) descobriram ter CI há menos de 5 anos. Percebe-se então, o DM descoberto há mais tempo atuando como fator de risco para a doença coronariana que acaba por manifestar-se mais tarde, o que vem de encontro ao estudo realizado no Serviço de Endocrinologia do HCPA em que a CI apareceu como uma das complicações macrovasculares mais freqüentes em pacientes com diabetes (SCHEFFEL *et al*, 2004).

Tabela 6. Perfil dos pacientes segundo a ocupação.

Ocupação	Grupo		Total
	0	1	
Aposentado invalidez	8 (38,1%)	10 (47,6%)	18 (42,9%)
Aposentado tempo serviço/idade	3 (14,3%)	4 (19,0%)	7 (16,7%)
Do lar	7 (33,3%)	4 (19,0%)	11 (26,2%)
Empregado	2 (9,5%)	3 (14,3%)	5 (11,9%)
Não trabalha devido doença	1 (4,8%)	0 (0%)	1 (2,4%)
Total	21 (100%)	21 (100%)	42 (100%)

Fonte: AZAMBUJA, Fernanda. Coleta de dados setembro 2004. HCPA, Porto Alegre.

Demonstrando o impacto negativo que o DM tipo 2 e a CI provocam na vida destes doentes, em relação à ocupação identifica-se que 59,6% (n=25) dos pacientes são aposentados, sendo que 42,9% (n=18) são aposentadorias por invalidez. Apenas 11,9% (n=5) dos sujeitos estudados estão ativos no mercado de trabalho. Acredita-se que esse também seja um fator que possa influenciar na qualidade de vida destes indivíduos, já que a incapacidade para o trabalho pode contribuir para uma baixa auto-estima e também gerar problemas econômicos para o indivíduo e sua família. Em estudo realizado com pacientes submetidos a transplante cardíaco, também se observou um alto índice de indivíduos que não possuíam atividades laboriosas (49%) (PEREIRA, 2000).

4.2 Análise da Qualidade de Vida

Segundo Neri (1993), qualidade de vida envolve fatores de natureza biológica, psicológica e sócio-cultural. Longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, competência social, produtividade, atividade, eficiência, posição social, renda, continuidade

de papéis familiares e ocupacionais e relações informais em grupos são alguns dos elementos fundamentais na qualidade e vida.

Nesse estudo se procurou analisar a qualidade de vida segundo o questionário SF-36 composto por seus 36 itens que avaliam as seguintes dimensões de saúde: capacidade funcional, limitação física, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental.

O Quadro 1 mostra como está a qualidade de vida dos sujeitos do estudo na internação hospitalar e na última consulta ambulatorial de enfermagem. Seguindo o referencial utilizado para análise deste evento, interpreta-se que quanto maior a média, melhor a qualidade de vida e menos comprometimento da saúde. Quanto menor a média, pior a qualidade de vida e mais comprometimento naquela dimensão.

Quadro 1. Dimensões de Saúde SF 1 e SF 2.

Dimensões de Saúde	Grupo	SF1: Média \pm DP	SF2: Média \pm DP
Capacidade Funcional	1	27,86 \pm 25,81	49,52 \pm 34,67
	0	21,43 \pm 27,53	41,67 \pm 31,48
Limitação Física	1	22,62 \pm 34,37	19,05 \pm 37,83
	0	15,48 \pm 33,05	26,19 \pm 37,48
Dor	1	29,33 \pm 17,46	46,00 \pm 32,01
	0	29,14 \pm 27,39	50,00 \pm 29,60
Estado Geral de Saúde	1	51,24 \pm 27,08	57,52 \pm 26,43
	0	47,90 \pm 14,90	59,14 \pm 25,09
Vitalidade	1	48,09 \pm 13,64	56,90 \pm 15,77
	0	45,95 \pm 12,81	56,67 \pm 15,99
Aspectos Sociais	1	58,93 \pm 31,41	80,95 \pm 21,51
	0	63,69 \pm 25,59	68,45 \pm 27,56
Aspectos Emocionais	1	28,57 \pm 36,95	50,79 \pm 49,01
	0	34,92 \pm 41,47	50,79 \pm 46,69
Saúde Mental	1	47,05 \pm 24,13	64,19 \pm 23,27
	0	50,48 \pm 24,77	69,33 \pm 23,47

Fonte: AZAMBUJA, Fernanda. Coleta de dados setembro 2004. HCPA, Porto Alegre.

A análise do Quadro 1 permite concluir que, de forma geral, houve uma melhora na qualidade de vida tanto no grupo intervenção, como no grupo controle. O SF-36 quando reaplicado no ambulatório durante a última consulta de enfermagem, teve médias maiores do que quando foi aplicado pela primeira vez na internação hospitalar.

Acredita-se que esse fato possa demonstrar o impacto negativo que a agudização da doença e a hospitalização provoca na vida dos indivíduos, refletindo desta forma diretamente em sua qualidade de vida. A internação hospitalar pode tornar o paciente mais vulnerável tanto pelo próprio estado de saúde em que se encontra, como pela impossibilidade de realizar suas atividades diárias e afastamento do convívio familiar.

Segundo Siqueira *et al* (2004) a hospitalização principalmente de pacientes idosos tem muitas vezes como consequência uma diminuição da capacidade funcional que pode levar a mudanças na qualidade de vida, quase sempre irreversíveis.

A comparação entre a variabilidade (melhora e/ou piora) da qualidade de vida entre o grupo intervenção e controle medida através das 8 dimensões de saúde do SF-36, pode ser observada nos gráficos a seguir.

Gráfico A. Capacidade Funcional.

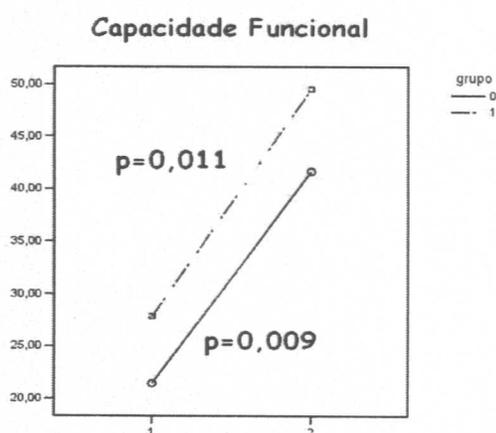


Gráfico B. Dor.

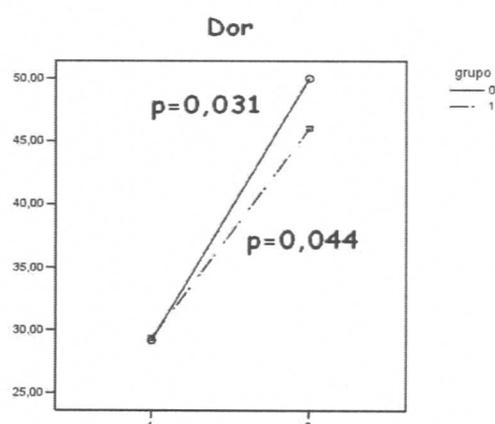


Gráfico C. Vitalidade.

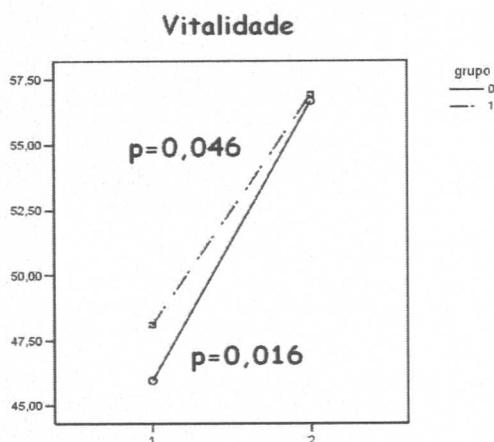
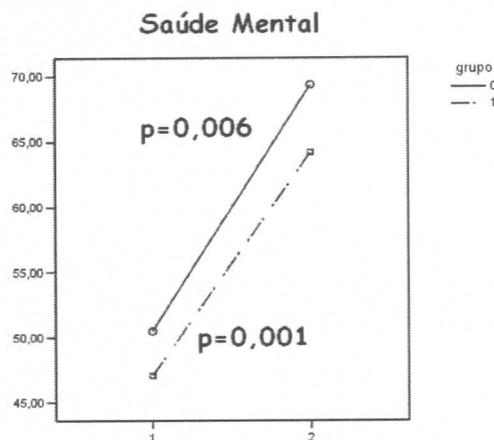


Gráfico D. Saúde Mental



A análise destes gráficos demonstra uma melhora na qualidade de vida estatisticamente significativa nas dimensões de saúde *capacidade funcional, dor, vitalidade e saúde mental* em ambos os grupos.

Os Gráficos E e F demonstram as dimensões *aspectos emocionais e aspectos sociais*.

Gráfico E. Aspectos Emocionais

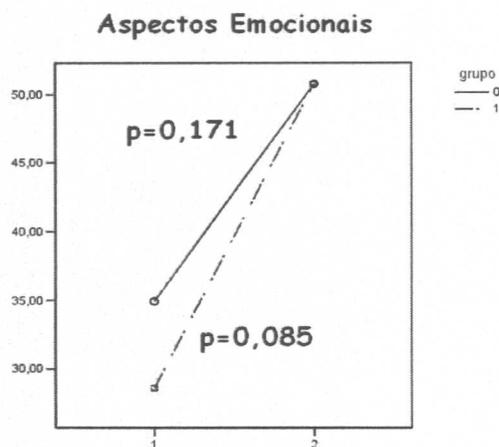
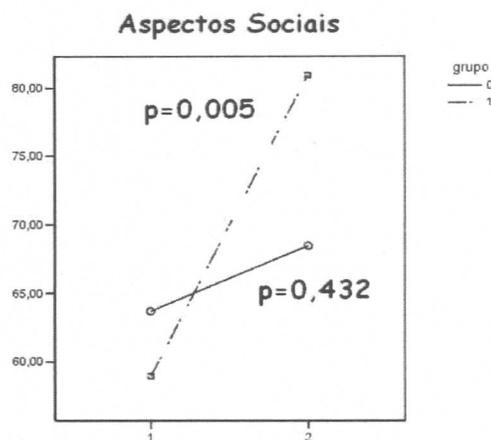


Gráfico F. Aspectos Sociais

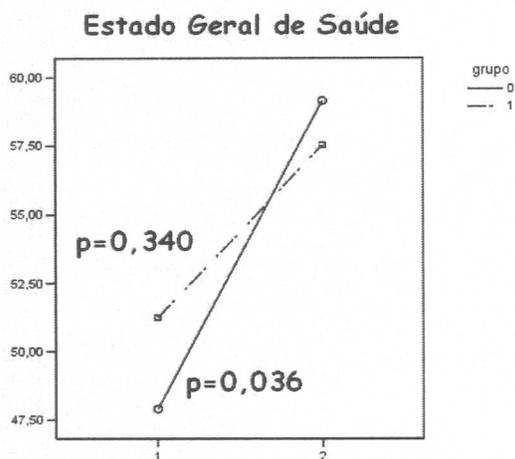


As médias do SF 2 submetido aos pacientes no ambulatório, conforme evidenciou os Gráficos E e F, também foram melhores em ambos os grupos nas dimensões de saúde *aspectos sociais e aspectos emocionais*, porém nota-se uma melhora mais acentuada entre o grupo intervenção em relação ao grupo controle. Observa-se significância estatística para a

dimensão *aspectos sociais* no grupo intervenção. Percebe-se então, que a intervenção de enfermagem pareceu ter influência na qualidade de vida relacionada aos aspectos sociais e emocionais, ressaltando a importância do profissional enfermeiro que é capaz de valorizar não só os aspectos físicos da doença, mas também os aspectos psicológicos tão importantes na qualidade de vida destes indivíduos.

No que se refere à dimensão *estado geral de saúde*, o Gráfico G nos mostra o seguinte:

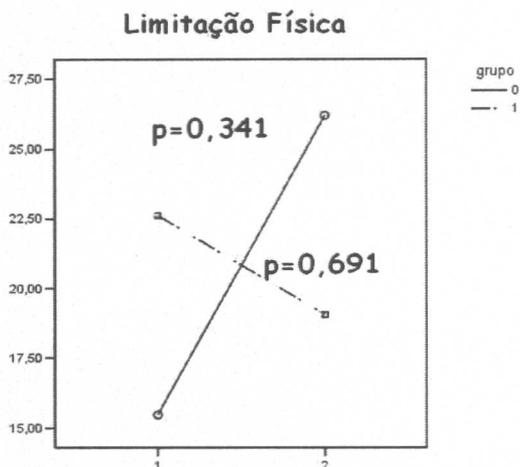
Gráfico G. Estado Geral de Saúde.



Apreende-se deste gráfico que na dimensão *estado geral de saúde*, ambos os grupos apresentaram melhora da qualidade de vida, porém esta melhora foi mais significativa no grupo controle com $p=0,036$. No grupo intervenção não se observou significância estatística. Infere-se que este resultado possa ser atribuído ao número mais elevado de pacientes do sexo feminino no grupo controle em relação ao grupo intervenção. Analisando pela ótica do gênero, acredita-se que as mulheres tendem a preocupar-se mais com as questões de saúde, sendo então diferentes as percepções de saúde entre pacientes do sexo masculino e feminino.

Ainda com relação à análise das dimensões de saúde, se avaliou a dimensão *limitação física*, que assim se apresentou no Gráfico H:

Gráfico H. Limitação Física.



Contrário do que se imaginava, depreende-se do Gráfico H que, na dimensão de saúde *limitação física* houve um decréscimo na média, sugerindo uma piora da qualidade de vida no grupo intervenção, embora tal resultado não seja significativo estatisticamente ($p > 0,05$).

A dimensão de saúde com menores médias observadas nesse estudo, portanto considerada como mais comprometedora à saúde, foi a *limitação física*. Resultado semelhante foi encontrado em outros estudos onde se aplicou o SF-36, como o de Castro *et al* (2003) em pacientes com insuficiência renal em hemodiálise e Assis (2003) em pacientes também diabéticos e cardiopatas isquêmicos.

4.3 Desfechos de Saúde

Dos 42 pacientes participantes do estudo, 18 (42,86%) tiveram pelo menos uma reinternação hospitalar no período de acompanhamento. Se forem consideradas todas as reinternações, somam um total de 36, sendo que 22 (61,11%) são do grupo controle e 14 (38,89%) das reinternações são do grupo intervenção. O tempo médio relativo à primeira reinternação pode-se observar na tabela 7.

Tabela 7. Tempo médio da primeira reinternação.

Tempo	Grupo		Total de reinternações
	0	1	
0 —— 30 dias	5 (50,0%)	2 (25,0%)	7 (38,89%)
31 —— 60 dias	4 (40,0%)	1 (12,5%)	5 (27,78%)
61 —— 120 dias	0 (0%)	3 (37,5%)	3 (16,67%)
+ de 120 dias	1 (10,0%)	2 (25,0%)	3 (16,67%)
Total	10 (100%)	8 (100%)	18 (100%)

Fonte: AZAMBUJA, Fernanda. Coleta de dados setembro 2004. HCPA, Porto Alegre.

A tabela 7 demonstra que 12 (66,67%), ou seja, mais da metade das reinternações ocorreram de forma precoce com menos de sessenta dias da alta hospitalar. Tal fato talvez possa ser atribuído a um plano de alta hospitalar mal planejado. A falta de informação adequada ao paciente no momento em que este sai do hospital e tem que continuar os cuidados com a saúde no domicílio faz com que ele retorne ao hospital antes do previsto. Se analisados os grupos separadamente, percebe-se que 90% das reinternações do grupo controle ocorreram com menos de sessenta dias. No grupo intervenção, este número cai para 37,5%.

Estes dados podem indicar efetividade da orientação recebida pelo grupo intervenção, valorizando o papel do enfermeiro. Percebe-se então que um plano de alta hospitalar

adequado pode não só retardar a reinternação como também diminuir este evento, proporcionando melhor qualidade de vida ao sujeito e menos custos às instituições de saúde.

O Quadro 2 identifica as causas principais das reinternações hospitalares durante o período de acompanhamento dos pacientes e o Quadro 3 mostra os procedimentos médicos realizados durante estas reinternações.

Quadro 2. Causas das reinternações hospitalares.

Causa da Reinternação	Total
Angina instável	6
Úlcera de membro inferior	4
Infecção de ferida operatória	4
Infarto Agudo do Miocárdio	3
Edema Agudo de Pulmão	3
Diminuição da Função Renal	3
Asma	3
Acidente Vascular Cerebral Isquêmico	1
Doença renal hipertensiva	1
Pielonefrite Aguda	1
Colecistite	1

Fonte: AZAMBUJA, Fernanda. Coleta de dados setembro 2004. HCPA, Porto Alegre.

Quadro 3. Procedimentos médicos realizados.

Procedimento	Total
Amputação de Membro Inferior	6
Angioplastia com implante de <i>STENT</i>	5
Desbridamento cirúrgico	5
Cateterismo Cardíaco	4
Revascularização do Miocárdio	3
By pass	2
Colangiografia	2
Cintilografia miocárdica	1
Reintervenção de Aneurismectomia	1
Colocação de Cateter de Tenckhoff	1
Ressutura de Esterno	1
Endoarterectomia Carotídea	1

Fonte: AZAMBUJA, Fernanda. Coleta de dados setembro 2004. HCPA, Porto Alegre.

Dentre os principais motivos que levaram os pacientes desse estudo a retornarem ao hospital de forma não planejada, caracterizando suas reinternações, estão angina instável, úlcera de membros inferiores, infecção de ferida operatória, infarto agudo do miocárdio, edema agudo de pulmão e diminuição da função renal. Não foram consideradas as reinternações de caráter eletivo. Os procedimentos médicos mais realizados durante as reinternações hospitalares foram amputação de membro inferior, angioplastia com implante de *STENT*, desbridamento cirúrgico e cateterismo cardíaco.

Segundo Ministério da Saúde (BRASIL 2001b) dentre as complicações mais freqüentes provocadas pelo DM estão: infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, insuficiência renal crônica, amputação dos pés e pernas, amaurose, aborto e morte perinatal. Dados do Sistema de Informação Hospitalar mostram que o número de internações por diabetes é elevado. No ano de 1999, foram gastos R\$ 33 milhões com hospitalizações no Sistema Único de Saúde provocadas pelo DM. Esses custos estão relacionados com a alta taxa

de permanência hospitalar do paciente diabético e com a severidade das complicações que, muitas vezes, demandam procedimentos de alta complexidade.

Segundo Castro *et al* (2003) a presença de doença crônica, a necessidade de tratamento contínuo, idade avançada e a presença de comorbidades, fatores presentes na amostra estudada, podem interferir na qualidade de vida das pessoas. Tais autores constataram em um estudo com pacientes em hemodiálise que os indivíduos diabéticos tinham qualidade de vida pior em relação às dimensões de saúde do SF-36 que os não diabéticos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os objetivos desse estudo, concluiu-se que:

- No que se refere à qualidade de vida analisada através das dimensões de saúde do

SF-36:

- 1) Nas dimensões *capacidade funcional, dor, vitalidade e saúde mental*, não houve diferença significativa entre o grupo intervenção e controle, não havendo desta forma diferença entre pacientes que receberam orientação para a saúde e os que não receberam.
- 2) Nas dimensões *aspectos emocionais e aspectos sociais* observou-se melhora da qualidade de vida no grupo intervenção, sugerindo influência positiva da intervenção de enfermagem.
- 3) A dimensão *estado geral de saúde* teve melhora significativa no grupo controle.
- 4) A dimensão *limitação física* foi a que apresentou menores médias, tanto no grupo intervenção como no grupo controle, sendo considerada a mais comprometedora à saúde na percepção dos pacientes segundo o questionário SF-36.

- No que se refere aos desfechos de saúde:

- 1) Em relação às reinternações hospitalares, o grupo controle teve 22 (61,11%) reinternações e o grupo intervenção teve 14 (38,89%), demonstrando que a intervenção de enfermagem é um determinante desta condição.
- 2) Dentre os principais motivos de reinternação observou-se: angina instável (6 vezes), úlcera de membros inferiores e infecção de ferida operatória (4 vezes), infarto agudo do miocárdio, edema agudo de pulmão, diminuição da função renal e asma (3 vezes).

- 3) Os procedimentos médicos mais realizados durante as reinternações hospitalares foram: amputação de membro inferior (6 vezes), angioplastia com implante de *STENT* e desbridamento cirúrgico (5 vezes), cateterismo cardíaco (4 vezes) e revascularização do miocárdio (3 vezes).

Percebe-se a partir dos resultados apresentados nesse estudo, a necessidade do estabelecimento de cada vez mais condutas preventivas adequadas e direcionadas a pacientes portadores de doenças crônicas em geral, de maneira a proporcionar um processo contínuo de educação para a saúde, mesmo que este seja um processo lento e difícil.

Acredita-se que as novas tecnologias e tratamentos existentes podem beneficiar consideravelmente a recuperação dos pacientes portadores de DM tipo 2 e CI. Entretanto, a prevenção deve ser considerada mais eficaz que a cura, já que permite o estabelecimento de condutas para o controle e manejo da doença evitando a instalação de complicações. Daí a importância de políticas preventivas de educação em saúde, uma vez que, o dano depois de instalado produz impacto negativo na vida dos indivíduos como foi constatado na amostra observada.

Considerando as características da amostra estudada, ao serem analisadas as 8 dimensões de saúde do SF-36 aplicado em dois momentos diferentes, a intervenção da enfermagem não foi suficiente para melhorar a qualidade de vida de uma maneira geral dos sujeitos acompanhados. Tal fato talvez seja atribuído ao perfil crônico e incapacitante do DM e da CI, contudo, com este estudo concluiu-se que a Enfermagem deve ter um papel mais efetivo no controle adequado de alguns fatores de risco, cabendo ao enfermeiro buscar esse espaço, onde possa exercer plenamente sua função como educador para a saúde.

REFERÊNCIAS

ASSIS, Michelli Cristina Silva de Assis. **Avaliação da Qualidade de Vida em Pacientes com Cardiopatia Isquêmica e Diabete Mellitus tipo 2 – Subsídios para o Cuidado em Enfermagem**. 2003. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

BETTENCOURT, Ana Rita de Cássia *et al.* Educação de pacientes com asma: atuação do enfermeiro. **Jornal de Pneumologia**, v.28, n.4, p.193-200, 2002.

BOTOLLI, Claudiane; CAMPONOGARA, Silviamar; RODRIGUES, Zeli. Qualidade de Vida ao Cardiopata: Um Desafio Para a Enfermagem. **Revista Médica HSVP**, Santa Maria, v.14, n.31, p.17-19, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. **Plano de reorganização da atenção à Hipertensão e ao Diabetes Mellitus**. Brasília, 2001a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Informe Saúde. **Campanha Nacional de Detecção do Diabetes**. Brasília, ano V, n.116, 2001b.

CASTRO, Mônica *et al.* Qualidade de Vida de Pacientes com Insuficiência Renal Crônica em Hemodiálise avaliada através do Instrumento Genérico SF-36. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.49, n.3, p.245-249, 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/rmesquita_doutor.pdf. Acesso em: 13 mai.2004.

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.

DANTAS, Rosana Aparecida Spadoti; SAWADA, Namie Okino; MALERBO, Maria Bernadete. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.11, n.4, p. 532-553, jul./ago. 2003.

FLETCHER, Robert H.; FLETCHER, Suzanne W.; WAGNER, Edward H. **Epidemiologia Clínica: Elementos Essenciais**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

LAURENTI, Ruy. A mensuração da qualidade de vida. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.49, n.4, p.349-366, 2003.

MARTINEZ, Tiekio Yamamoto. **Impacto da dispnéia e parâmetros funcionais respiratórios em medidas de qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com fibrose pulmonar idiopática**. Centro Paulista de Economia da Saúde, São Paulo, 1998. Disponível em: http://www.cpes.org.br/tiekio_mestre.pdf. Acesso em: 13 mai.2004.

MEINÃO, Ivone Minhoto. **Utilização de recursos e custos em pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico**. Centro Paulista de Economia da Saúde, São Paulo, 2001. Disponível em: http://www.cpes.org.br/ivone_doutor.pdf. Acesso em: 13 mai.2004.

MOTTA, Valter T.; WAGNER, Mario B. **Bioestatística**. Caxias do Sul: Editora da Universidade de Caxias do Sul, 2003.

NERI, Anita Liberalesso. **Qualidade de Vida e Idade Madura**. São Paulo: Papirus, 1993.

PEREIRA, Wilson Lopes. **Qualidade de vida após transplante cardíaco – análise de pacientes operados na Universidade Federal de São Paulo**. Centro Paulista de Economia da Saúde, São Paulo, 2000. Disponível em: http://www.cpes.org.br/lpereira_mestre.pdf. Acesso em: 13 mai.2004.

ROMÃO, Maria Aparecida Fadil. **Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em programa de hemodiálise**. Centro Paulista de Economia da Saúde, São Paulo, 2001. Disponível em: http://www.cpes.org.br/romao_mestre.pdf. Acesso em: 13 mai.2004.

SEIDL, Eliane Maria Fleury; ZANNON, Célia Maria da Costa. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.580-588, mar./abr. 2004.

SHEFFEL, Rafael Selbach *et al.* Prevalência de complicações Micro e macrovasculares e de seus fatores de risco em pacientes com Diabetes Melito do tipo 2 em atendimento ambulatorial. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.50, n.3, p.263-67, 2004.

SIQUEIRA, Ana Barros *et al.* Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.38, n.10, out 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Consenso Brasileiro sobre diabetes.** Diagnóstico e classificação do diabetes melito e tratamento do diabetes melito tipo 2, 2002.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE DIABETES. **Qualidade de Vida na Diabetes.** Disponível em http://www.spd.pt/grupos_de_estudo/QV_intro.html. Acesso em: 1 jul. 2004.

SOUZA, Tânia Theodoro *et al.* Qualidade de Vida da Pessoa Diabética. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v.31, n.1, p.150-164, abr. 1997.

WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science and Medicine**, v.41 n.10 p.1403-9, 1995.

VANZIN, Arlete Spencer; NERY, Maria Elena da Silva. **Consulta de Enfermagem: Uma necessidade social?** 2ª ed. Porto Alegre: RM&L Gráfica, 2000.

APÊNDICE A

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E DESFECHOS DE SAÚDE

1. Nome: _____
2. Prontuário: _____
3. Idade: _____
4. Sexo: F () M ()
5. Estado Civil: Casado () Solteiro () Viúvo () Separado ()
6. Escolaridade:
 () Analfabeto () Ensino Fundamental Incompleto () Ensino Fundamental Completo
 () Ensino Médio Incompleto () Ensino Médio Completo () Ensino Superior
7. Ocupação:
 () Aposentado por invalidez () Aposentado por tempo de serviço ou idade () Do lar
 () Empregado () Não trabalha devido a doença
8. Tempo de diagnóstico DM: _____
9. Tempo de diagnóstico CI: _____
10. Internação de arrolamento : de ___/___/___ a ___/___/___
11. Última consulta ambulatorial: ___/___/___
12. Número de reinternações: _____

Data e motivo 1ª: _____	Data e motivo 4ª: _____
Data e motivo 2ª: _____	Data e motivo 5ª: _____
Data e motivo 3ª: _____	Data e motivo 6ª: _____

13. Procedimentos Médicos:
 - _____
 - _____

APÊNDICE B**TERMO DE CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO**

Eu, Ricardo de Souza Kuchenbecker, pesquisador responsável do Projeto “**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**” autorizo a realização do presente estudo denominado “**Análise da Qualidade de Vida de Pacientes com Cardiopatia Isquêmica e Diabete Mellitus Tipo 2 Contribuição para a Educação em Saúde na Enfermagem**”. Estou ciente dos objetivos e da justificativa desse estudo já que este é integrante do projeto de pesquisa principal.

A pesquisadora tem permissão para consultar os registros do projeto, bem como utilizá-los para a realização de seu trabalho de conclusão de curso e deve comprometer-se em manter sigilo que assegure a privacidade dos dados obtidos na pesquisa.

Pesquisador Responsável

Dr. Ricardo de Souza Kuchenbecker

ANEXO 1

QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO PARA ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA - SF-36

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

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?

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?

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

g. 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?**

	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) ?

	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?

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

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

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)?

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 **às últimas 4 semanas**.

	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 tranqüilo?	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.)?

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?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
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

ANEXO 2

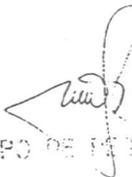
APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA



HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROJETOS POR AUTOR

FERNANDA BRAGA AZAMBUJA

Projeto	Título	Entrega	Resposta	Situação
02-066	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	20/2/2002	9/5/2002	APROVADO


RCPA
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO