

**QUALIDADE DE VIDA DOS INDIVÍDUOS COM DOENÇAS  
CARDIOVASCULARES CRÔNICAS E DIABETES MELLITUS\***  
**Life quality of patients with chronic cardiovascular  
Diseases and diabetes mellitus**

Mercedes Trentini 1  
Denise G. V. da Silva 2  
Cleusa R. Martins 2  
Maria C. Antônio 2  
Claudete E. Tomaz 3  
Rosana Duarte 4

**RESUMO**

*Este trabalho teve como objetivo verificar a qualidade de vida de pacientes com doenças crônicas e diabetes mellitus e foi baseado nas conceitualizações do termo qualidade de vida propostas por Wenger et al. (1984). Para esses autores, a qualidade de vida pode ser medida com base na capacidade funcional, nas percepções e sintomas dos indivíduos em condições crônicas de saúde. A amostra consistiu de 94 pacientes, sendo 35 com doenças cardiovasculares fazendo tratamento em unidades de internação e ambulatorial (GRUPO I), 29 pacientes com doenças cardiovasculares em reabilitação específica (GRUPO II), e 30 pacientes com diabetes mellitus em tratamento ambulatorial (GRUPO III). Os dados foram coletados utilizando-se o questionário McMaster Health Index desenvolvido por Chambers (1984). Em síntese, os resultados mostraram que em relação a função física, percepção quanto à saúde e satisfação com a vida, os pacientes do GRUPO II tiveram qualidade de vida melhor do que os pacientes do GRUPO I e do GRUPO III.*

**Unitermos:** *qualidade de vida, doenças crônicas.*

**ABSTRACT**

*The purpose of this study was to verify the chronically ill patient's quality of life. The study conceptual framework was derived from the quality of life conceptualization according to Wenger et al. (1984). In this framework the main components of quality of life were viewed as a functional capacity, perception and symptoms. The study sample consisted of 94 chronically ill patients. Of these, 35 were in and out-patients with cardiovascular diseases (GROUP I), 29 patients were on a special rehabilitation program for cardiovascular patients (GROUP II), and 30 were diabetic patients (GROUP III). The McMaster Health Index questionnaire developed by Chambers (1984) was used for data collection. The findings revealed that patients of the GROUP II showed better quality of life than the patients of GROUP I and GROUP III in relation to the physical function, health perception, and life satisfaction.*

**Key words:** *quality of life, chronic diseases.*

**INTRODUÇÃO**

A literatura mostra que vários estudos foram conduzidos na área da saúde com o objetivo de estudar a qualidade de vida de indivíduos. No entanto, em nenhum destes estudos o conceito qualidade de vida foi operacionalizado em todas as suas dimensões. Pa-

ra Peterson citado por Holmes e Dickerson (1987) o termo qualidade de vida representou as respostas dos indivíduos a fatores físicos, mentais e sociais. Kagan, Kagan (1983) pesquisaram quatro dimensões da qualidade de vida: profissional, sexual, social e emocional. Para Penckofer e Holms (1984), qualidade de vida pode ser medida pela satisfação com a vida percebida pelos indivíduos incluindo satisfação com a família, com a vida social, sexual e satisfação com as atividades físicas e trabalho.

No presente estudo o termo "qualidade de vida" será tratado com base no modelo de qualidade de vida proposto por Wenger et al. (1984). Este modelo aborda três dimensões do termo qualidade de vida quais sejam: a) Capacidade funcional, incluindo di-

\* Trabalho realizado no Departamento de Enfermagem da UFSC e financiado pelo CNPq - Processo 403882/87.

1 Professora do curso de mestrado em Enfermagem da UFSC, coordenadora no projeto.  
2 Professoras no Departamento de Enfermagem da UFSC.  
3 Enfermeira bolsista de aperfeiçoamento tipo B CNPq.  
4 Enfermeira assistencial lotada no INAMPS.

menção física, social, intelectual e emocional; b) Percepções com relação ao estado de saúde e satisfação com a vida; e c) Sinais e sintomas provocados pela doença crônica, outras doenças e tratamento.

### Capacidade funcional

**Física:** incluem mobilidade, independência, capacidade para desempenhar o autocuidado necessário, referentes ao repouso, sono, capacidade para participar em atividades ocupacionais e de recreação.

**Função social:** A função social engloba os papéis sociais que o indivíduo desempenha incluindo os assumidos no trabalho, na família, na comunidade e no relacionamento com amigos e conhecidos. Pesquisas têm mostrado que satisfação com o trabalho e com o papel desempenhado na família está altamente associado com a satisfação de vida dos indivíduos (Wenger et al., 1984). Neste trabalho a função social dos participantes foi limitada às atividades sociais, como relacionamento com amigos, parentes e com pessoas para receber apoio e atividades de recreação e lazer.

**Função intelectual:** Esse componente inclui memória, consciência, confiança na sua capacidade de tomar decisões e fazer julgamentos (Wenger et al., 1984). Para o presente estudo, capacidade intelectual incluiu somente memória referente a fatos atuais e fatos passados.

**Função emocional:** O estado emocional do indivíduo está altamente associado a sua qualidade de vida. O indivíduo pode mostrar mudanças no seu modo de ser, geralmente provocado por algum acontecimento que causa impacto para ele. Quando acontece algo desagradável, como por exemplo uma doença, o indivíduo pode mostrar sentimentos de raiva, culpa, hostilidade, depressão, abandono, medo e preocupação com o futuro e sentimentos de perda de controle e instabilidade (Wenger et al., 1984). Esse conjunto de emoções tem a ver com a qualidade de vida dos indivíduos quanto ao estado de saúde e satisfação com a vida.

### Percepções

A qualidade de vida de um indivíduo pode estar influenciada pela percepção que ele tem do seu estado de saúde. Por exemplo, um indivíduo com uma determinada doença crônica pode ter condições de permanecer no emprego e trabalhar normalmente, no entanto, isso depende de como ele vê e acredita nessa sua capacidade para o trabalho. A satisfação com a vida de um indivíduo depende em grande parte de seu sistema de valores e crenças (Wenger et al., 1984). A operacionalização deste conceito neste estudo consistiu em identificar como os participantes se senti-

ram em relação a sua saúde, a sua função social, física e emocional e sua satisfação com a vida em geral.

### Sinais e sintomas

A qualidade de vida pode ser alterada pela severidade dos sintomas da doença crônica e por intercorrências clínicas ou complicações paralelas como dor ou dispnéia, quantidade de medicação exigida para aliviar os sintomas e alteração de exercícios. Poucos tratamentos são livres de efeitos colaterais; os sintomas que esses efeitos colaterais induzem podem aumentar ou reduzir o potencial dos benefícios do tratamento (Wenger et al., 1984).

A idéia deste estudo teve origem na necessidade sentida por docentes do departamento de enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) de iniciar um trabalho envolvendo pesquisa e assistência com indivíduos em condições crônicas de saúde. Os resultados de um estudo dirigido por Trentini et al. (1990) mostraram que a maioria dos indivíduos que participaram do estudo tiveram internações hospitalares repetidas a fim de controlar os sintomas da doença. O estudo ainda mostrou que os motivos destas reinternações eram associados a não aderência ao regime de tratamento (dieta, exercícios, medicamentos). Com base naqueles resultados decidiu-se verificar a qualidade de vida de uma amostra maior de indivíduos em condições crônicas de saúde para verificar suas condições físicas e emocionais. Decidiu-se estudar indivíduos com problemas cardiovasculares crônicos e diabetes mellitus porque foram as doenças que tiveram alta frequência num estudo realizado por Trentini et al. (1989). Entre os indivíduos com problemas cardiovasculares incluiu-se um GRUPO de indivíduos com participação assídua em um programa de reabilitação física para pessoas com doenças cardiovasculares. Ao se incluir tal grupo teve-se a intenção de verificar possíveis diferenças na qualidade de vida destes com outros fora do programa. Portanto, este estudo objetivou:

- Verificar a qualidade de vida de indivíduos com doenças cardiovasculares crônicas e diabetes mellitus quanto a: a) capacidade funcional física, social, intelectual e emocional, b) percepção quanto ao estado de saúde e satisfação com a vida e c) sinais e sintomas.
- Comparar a qualidade de vida dos pacientes com doenças cardiovasculares crônicas atendidos em unidades de internação e de ambulatório hospitalar (GRUPO I) com a qualidade de vida dos pacientes com doenças cardiovasculares crônicas fazendo reabilitação específica para pacientes com problemas cardiovasculares (GRUPO II) e pacientes com diabetes mellitus (GRUPO III).

### MATERIAL E MÉTODO

Este estudo é uma pesquisa tipo survey e foi de-

envolvida nas unidades médico-cirúrgicas de dois hospitais gerais, em um ambulatório hospitalar e em um serviço de reabilitação física para pacientes com problemas cardiovasculares na cidade de Florianópolis. Segundo Polit e Hungler (1978), o survey é um design que pode englobar vários e diferentes objetivos, como: descrever, explicar, prever e explorar eventos. A amostra do presente estudo foi institucional. Cinco critérios foram estabelecidos para a seleção da amostra: primeiro, os participantes deveriam ter o diagnóstico de doença cardiovascular crônica ou diabetes mellitus, segundo, os participantes deveriam estar internados ou comparecer ao tratamento ambulatorial de ou reabilitação durante o período de 01 de julho a 30 de agosto de 1988, terceiro, deveriam ter capacidade intelectual de responder perguntas e/ou ler ou de escrever, quarto, os participantes deveriam consentir e participar do estudo por livre vontade, quinto, deveriam ter idade de 16 anos e mais. A amostra final do estudo consistiu de 94 pacientes. Desses, 64 tinham doenças cardiovasculares, crônicas e 30, diabetes mellitus. Dos 64 com doenças cardiovasculares, 29 estavam vinculados a um programa de reabilitação específico para pacientes com problemas cardiovasculares e 35 estavam fazendo tratamento em unidade de internação hospitalar e em ambulatório. Os pacientes com diabetes estavam em tratamento ambulatorial.

O instrumento para coleta de dados consistiu de dois questionários: o primeiro questionário foi elaborado pelos autores deste trabalho e foi destinado a coletar informações referentes ao nível de instrução, sexo, estado civil, diagnóstico médico, profissão, residência, data de nascimento e sinais e sintomas.

O segundo questionário foi o questionário McMaster Health Index Questionnaire, desenvolvido por Chambers (1984), destinado a medir a qualidade de vida de pacientes com doenças crônicas quanto à capacidade funcional de se autocuidar e percepções. Chambers (1984) submeteu o questionário à validade de critério, conteúdo e de construto. A confiabilidade foi feita usando a técnica do teste e reteste com uma semana de intervalo. Os testes foram feitos com 30 pacientes de ambulatórios de fisioterapia e psiquiatria. Os coeficientes de confiabilidade com os pacientes de fisioterapia foram 0,53, 0,70 e 0,48 para as questões referentes a dimensão física, social, e emocional respectivamente. Os coeficientes com os pacientes de psiquiatria atingiram 0,95 para a dimensão física, 0,77 para a emocional e 0,66 para a dimensão social. Os autores não descreveram os resultados de validade. Segundo Chambers (1984), o instrumento foi usado para obter informações referentes à qualidade de vida de pacientes em fisioterapia, psiquiatria de ambulatório, diabéticos recebendo cuidados a domicílio, pacientes com artrite, esclerose múltipla, pacientes idosos em tratamento agudo, pacientes frequentando centros de reabilitação e pacientes com infarto agudo de miocárdio nos EUA.

Para este estudo o questionário McMaster Health Index foi traduzido do inglês para o português. A fim de traduzir e utilizar este questionário, foi solicitado autorização à editora Le Jacq Publishing Inc., a qual foi concedida. O questionário foi submetido a validade de tradução, para tanto foram convidados cinco professores com proficiência na língua inglesa. Para a validação foi construído um instrumento que constava dos itens do questionário sendo que cada item era seguido de uma avaliação na qual o avaliador era solicitado a dizer se a tradução era muito boa, boa, regular ou ruim. O avaliador também era solicitado a dar suas sugestões para melhorar a tradução em um espaço reservado após cada item. Todos os itens assinalados como regular ou ruim, foram modificados conforme a sugestão do avaliador.

As informações para este estudo foram coletadas durante o período de dois meses. Os informantes em tratamento ambulatorial e unidades de internação foram identificados através do prontuário, onde constava o diagnóstico médico e os pacientes em tratamento específico foram identificados através do médico responsável pelo programa de tratamento. Aos pacientes que puderam ler e escrever foi dado o questionário para ser auto-respondido; aos que por qualquer motivo não puderam ler e escrever, foram entrevistados e as pesquisadoras transcreveram as respostas no questionário. O anonimato dos respondentes foi resguardado através do sigilo rigoroso dos pesquisadores e, além disso, o nome do paciente não constou no questionário.

A análise dos dados foi feita através do computador, usando o Programa SAS com estatística descritiva como: frequência, média, correlação de Pearson, análise da variância (One-Way) e testes de múltipla comparação Scheffes. A análise da variância foi usada para comparar as três subamostras conforme Quadro 1. Para as análises da variância, as variáveis independentes foram o próprio GRUPO e a dependente foi a variável qualidade de vida. Nesse caso, a qualidade de vida foi examinada em termos de: função física, emocional, percepção quanto à saúde em geral e satisfação com a vida, atividade social, sinais e sintomas, capacidade intelectual (memória), consistindo essas as variáveis dependentes para cada teste da variância.

## RESULTADOS

### Referentes à caracterização da amostra

A amostra do estudo foi dividida em três sub-amostras (Quadro 1). O survey é um design que permite sub-dividir a amostra do estudo quando o pesquisador está interessado em descrever e comparar subamostras (Polit, Hungler, 1978). Portanto, os resultados do presente estudo serão apresentados levando em consideração as três sub-amostras.

## QUADRO I

Divisão da amostra

Subamostras	n	Características
GRUPO I (CIA)	35	pacientes com doenças cardiovasculares crônicas atendidos em unidades de internação e de ambulatório hospitalar.
GRUPO II (CR)	29	pacientes com doenças cardiovasculares crônicas fazendo reabilitação específica para pacientes com problemas cardiovasculares.
GRUPO III (DM)	30	pacientes com diabetes mellitus.

Quanto ao sexo, 50 pacientes eram do sexo masculino representando 52,7% do total e 44 (47,3%) eram do sexo feminino. No GRUPO I (CIA) e GRUPO III (DM) predominou o sexo feminino com 51,4% e 72,4% respectivamente, enquanto que no GRUPO II (CR) 82,8% eram do sexo masculino. A idade dos pacientes variou entre 17 e 78 anos, sendo que os dois GRUPOS etários de maior frequência foram os de 51 a 60 e 61 a 70 anos com 29 (31%) e 30 (32%) respectivamente. Os três GRUPOS de pacientes diferem no que se refere à distribuição da frequência nos GRUPOS etários. No GRUPO I, 94,2% dos pacientes tinham 41 e mais anos enquanto que no GRUPO II esse percentual atingiu 100% e no GRUPO III apenas 73,3% tinham acima de 41 anos de idade.

Em relação ao nível mais alto de instrução dos pacientes, o primário completo teve a maior frequência com 28 (30,0%) pacientes. Estes dados quando analisados em cada GRUPO separadamente, o primário completo também teve a maior frequência nos GRUPOS I e III com 12 (34,3%) e 8 (26,6%) respectivamente. O GRUPO II, no entanto, o primário completo e o superior tiveram frequência idêntica de 8 (26,6%) sendo também as maiores frequências. Os informantes foram também solicitados a dizer há quanto tempo estavam com a doença. Os resultados estão descritos na Tabela 1.

TABELA 1

Média, mediana e desviopadrão do tempo de doença em anos para cada GRUPO. Florianópolis, 1990.

Tempo de doença	Média	Mediana	Desvio padrão
GRUPO I	08.0	08.3	07.5
GRUPO II	08.1	07.5	03.5
GRUPO III	10.7	08.3	10.1

## RESULTADOS REFERENTES AOS OBJETIVOS DO ESTUDO

## — Capacidade física

Os resultados da frequência total mostram que a maioria dos informantes 53 (57.6%) não têm capacidade de praticar esportes, sendo esta a maior frequência de incapacidade física observada. A segunda maior frequência de incapacidade 52 (55.2%) foi encontrada no item referente à incapacidade de correr mais ou menos 300 metros quando com pressa. Do total de pacientes, 27% deles tinham dificuldade de subir uma escada de um piso para outro. Os resultados da frequência referente à capacidade física, quando analisados para cada sub-amostra, indicam que um percentual mais elevado de pacientes do GRUPO II do que dos GRUPOS I e III tinham condições físicas boas.

A função física dos pacientes foi mensurada com base em escores atribuídos a cada questão num total de 16. A amplitude dos escores do total de itens referentes à capacidade física foi de 39 (24 a 63) pontos. A obtenção de maior pontuação indica melhor capacidade física. A média dos pontos obtidos por toda a amostra foi 53,41 pontos, com um desvio padrão de 6,40. A Tabela 2 mostra as médias e desvio padrão de cada GRUPO.

TABELA 2

Média e desvio-padrão dos escores da capacidade física para cada GRUPO. Florianópolis, 1990.

GRUPOS	n	Média	Desvio padrão
GRUPO I	35	50,02	6,56
GRUPO II	29	57,96	4,03
GRUPO III	30	52,90	5,50

A análise da variância (One-Way) foi usada para analisar a diferença dos escores entre os três GRUPOS. A análise foi feita usando o modelo PROC GLM, isto porque os três GRUPOS continham diferentes números de observações. O resultado mostrou uma diferença significativa ( $F = 16,34$ ,  $p = 0,05$ ) nos escores entre os GRUPOS, indicando que existe uma diferença significativa na capacidade física entre os GRUPOS I, II, III. A fim de identificar qual(is) o(s) GRUPO(s) eram significativamente diferente(s) um do outro, foi feito teste de múltipla comparação usando o Scheffé's Test. Este teste é usado para determinar quais são as diferenças significativas entre as médias dos escores dos GRUPOS (Tabela 3).

Ao examinar a Tabela 3, percebe-se que a média dos escores da capacidade física dos pacientes do GRUPO II (CR) é maior que as médias dos GRUPOS I e III. O resultado do Scheffé's Test mostra que esta diferença é suficientemente grande para ser determinada significativa. Portanto, os pacientes do GRUPO II (pacientes com problemas cardiovasculares em reabilitação sistematizada) tinham condições físicas melhores do que os pacientes com problemas cardiovasculares (GRUPO I) e dos pacientes diabéticos (GRUPO III). O resultado da múltipla comparação indicou também que não há diferença significativa entre o GRUPO I e GRUPO III quanto à capacidade física.

TABELA 3

Teste de múltipla comparação: Scheffé's Test, Florianópolis, 1990.

GRUPOS comparados	Diferença entre as médias
GRUPO I — GRUPO II	7.94*
GRUPO I — GRUPO III	2.88
GRUPO II — GRUPO III	5.06*

\* p = 0,05

— Sinais e sintomas

Entre os 13 itens listados, o do cansaço, dor e insônia foram os mais mencionados por 57%, 51,1% e 52,3% dos pacientes respectivamente. O resultado da análise da variância mostrou não haver diferença significativa entre os escores dos três GRUPOS. A quantificação desta parte foi feita atribuindo escores de 1 a 3 para cada sintoma. A amplitude dos escores totais foi de 30 pontos (15 a 45 pontos). A obtenção de mais pontos indicou menos sintomas.

— Percepção quanto à saúde em geral e satisfação com a vida.

Os resultados da frequência e percentual mostram que houve um percentual maior de pacientes do GRUPO II satisfeitos com a saúde e com a vida do que dos pacientes do GRUPO I e GRUPO III. Essa variável foi também mensurada em termos de escores que variaram de 6 a 18 pontos. Maior pontuação significou mais satisfação. A Tabela 4 mostra as médias e desvio padrão de cada GRUPO.

O resultado da análise da variância (One-Way) indica que existe uma diferença significativa ( $f = 14.21$ ,  $p = 0.001$ ) entre os três GRUPOS em relação à percepção com a saúde em geral e satisfação com a vida.

TABELA 4

Média e desvio padrão dos escores de percepção quanto à saúde em geral e satisfação com a vida. Florianópolis, 1990.

GRUPOS	Média	Desvio padrão
GRUPO I	12,31	2,91
GRUPO II	15,31	2,52
GRUPO III	11,93	2,53

O teste de múltipla comparação de Scheffé foi usado para identificar quais os GRUPOS que diferiam entre si. O resultado mostrou que o GRUPO II é significativamente diferente dos GRUPOS I e III e o GRUPO I não difere significativamente do GRUPO III. Isto significa que os pacientes do GRUPO II são mais satisfeitos com sua saúde e com a vida em geral do que os pacientes dos GRUPOS I e III. Os pacientes do GRUPO I são tão satisfeitos quanto os são os do GRUPO III.

TABELA 5

Teste de múltipla comparação — Scheffé's Test. Florianópolis, 1990

GRUPOS comparados	Diferença entre as médias
GRUPO I — GRUPO II	- 2,99*
GRUPO I — GRUPO III	0,38
GRUPO II — GRUPO III	3,37*

\* p = 0,05

— Capacidade intelectual (memória)

A capacidade intelectual incluiu memória em relação a fatos atuais e passados. A amplitude dos escores foi igual a 8 (de 1 a 9), sendo que maiores escores significava melhor condição de memória. O GRUPO I teve uma média de 7,08 e desvio padrão igual a 1,59, o GRUPO II média de 6,50 e desvio padrão 2,34 e o GRUPO III média 7,34 e desvio padrão igual a 1,49. A perda de memória foi constatada em 31,4% no GRUPO I, 17,9% no GRUPO II e 24,1% no GRUPO III. Como vemos, os pacientes do GRUPO II, apesar de serem mais velhos do que os outros pacientes, tiveram escores mais altos do que os do GRUPO I e GRUPO II. A análise da variância não mostrou diferença significativa entre os três GRUPOS de pacientes.

— Função emocional

Os dados referentes à função emocional que envolveram auto-estima, atitudes em relação ao relacionamento pessoal, perspectivas para o futuro, eventos críticos da vida e função emocional em geral. As questões do questionário eram em forma de declarações acompanhadas de uma escala de 5 pontos onde 1 significou concordo totalmente e 5 discordo totalmente. Para declarações positivas os pontos foram invertidos para o procedimento de análise, isto é, 1 = discordo totalmente e 5 = concordo totalmente. A amplitude dos pontos é de 25 a 125. A obtenção de maior pontuação significa função emocional mais positiva. Os resultados indicaram uma média de pontos igual a 60,69 e desvio padrão igual 12,13 para a amostra total. Os dados referentes a cada GRUPO estão mostrados na Tabela 6.

TABELA 6

Média e desvio padrão dos escores de função emocional. Florianópolis, 1990

GRUPOS	Média	Desvio padrão
GRUPO I	60,26	17,22
GRUPO II	59,42	09,03
GRUPO III	62,36	06,65

O GRUPO II (CR), apesar dos resultados mostram melhores condições físicas, foi o GRUPO que obteve a média mais baixa na área de função emocional indicando que esse GRUPO de pacientes parece pensar mais negativamente em relação a si mesmos e a

vida em geral quando comparados com os GRUPOS I e III. Essa diferença na média de pontuação pode ter sido influenciada por muitas variáveis não consideradas neste estudo. A correlação de Pearson não mostrou correlação significativa entre a função emocional e as variáveis pesquisadas neste estudo. Os resultados referentes a esta parte emocional são limitados devido à dificuldade encontrada em responder as questões pelos pacientes com pouca instrução. Isto talvez tenha influenciado essa diferença na média dos escores entre os GRUPOS, pois a maioria dos pacientes do GRUPO II tinha um nível de instrução mais elevado do que os pacientes do GRUPO I e GRUPO III e talvez possam ter tido maior compreensão das questões. A análise da variância (One-Way) mostrou que esta diferença entre as médias dos GRUPOS não é significativa.

As variáveis integrantes do conceito "qualidade de vida" (função física, emocional, satisfação, sinais e sintomas e memória), bem como as variáveis idade e tempo de duração da doença foram correlacionadas entre si usando a correlação de Pearson. Os resultados indicam correlação significativa ( $r = 0,46$ ) entre a satisfação com a saúde e a vida em geral e a função física significando que os pacientes com melhores funções físicas são mais satisfeitos em relação a vida e saúde em geral. A variável sinais e sintomas teve uma correlação ( $r = 0,38$ ) com a função física e com a satisfação ( $r = 0,34$ ) mostrando que os pacientes que obtiveram maior número de pontos em relação aos sinais e sintomas (menos sintomas) tinham melhores funções físicas e tinham percepções positivas de sua saúde e eram mais satisfeitos com a vida em geral. A capacidade intelectual (memória) está correlacionada com a variável sinais e sintomas ( $r = 0,21$ ) e com a idade ( $r = 0,25$ ) mostrando que os pacientes que obtiveram menos escores nos sinais e sintomas tiveram menos escores também na memória, indicando menos sintomas e mais memória. Quanto à idade, a correlação negativa indica que os pacientes mais velhos tinham menos memória (Tabela 7).

TABELA 7

Correlação entre as variáveis integrantes do conceito "qualidade de vida" e idade e tempo de duração da doença. Florianópolis, 1990.

	1	2	3	4	5	6	7
1 - Função física	-						
2 - Função emocional	0,06	-					
3 - Satisfação com a vida e a saúde	0,46*	-0,05	-				
4 - Sinais e sintomas	0,38*	-0,01	0,34*	-			
5 - Memória	0,08	0,14	0,14	0,21	-		
6 - Idade	-0,15	0,06	0,08	0,13	-0,25	-	
7 - Tempo de duração da doença	-0,11	0,04	-0,17	-0,21	-0,08	0,09	-

\*  $p < 0,05$

#### — Atividades sociais e de recreação

O resultado desta parte está apresentado em frequência e percentual. Os pacientes do GRUPO II foram os que tiveram uma maior porcentagem em todas as atividades levantadas. Isto quer dizer que os pacientes do GRUPO II tiveram mais atividades sociais do que os do GRUPO I e GRUPO III. Devido a esta pequena amplitude dos escores referentes a essa questão, não foi possível testar estatisticamente a diferença entre os GRUPOS.

#### COMENTÁRIOS

No que se refere a função física, os informantes deste estudo, como um todo, obtiveram uma média de escores acima do ponto médio, que foi de 43 pontos. Isto mostra que os pacientes que participaram do estudo tinham uma condição física mais inclinada para adequada, do que para o contrário. Quando comparados os três GRUPOS, o GRUPO II (CR), apesar de ser o GRUPO mais idoso, parece ter uma função física melhor do que o GRUPO I (CIA) e GRUPO III (DM). Vários fatores podem ter influenciado nesse resultado. Os pacientes do GRUPO II (CR) vêm fazendo reabilitação através de um programa sistematizado de exercícios físicos durante 1 a 2 horas, 2 a 3 vezes por semana, com acompanhamento médico e técnico. A literatura sugere que exercícios físicos provavelmente ajudam a melhorar e manter as funções físicas. Burish e Bradley (1983), afirmaram que a participação em programas de atividades físicas ajudam a aumentar o senso de bem-estar e diminui a ansiedade e depressão em pacientes infartados. Sallis et al. (1986), conduziu um estudo com o objetivo de comparar exercícios físicos e fatores de risco, examinou dois GRUPOS de pacientes com doenças cardiovasculares, um GRUPO deles fazia exercícios físicos e outro não. O resultado mostrou uma diferença significativa no nível de colesterol e triglicídeos entre os pacientes que faziam e os que não faziam exercícios. A frequência do pulso também foi mais baixa nos pacientes que faziam exercícios. Estes mesmos autores encontraram também uma relação entre nível de educação e as variáveis exercícios físicos e fatores de risco, mostrando que pessoas com um nível de educação mais alto são mais propensas a fazerem exercícios físicos e têm também fatores de risco diminuídos. No presente estudo o nível de educação pode também ter influenciado na função física. Como vimos, dos 29 pacientes do GRUPO II, 51,7% tinham instrução a nível colegial ou superior, enquanto que no GRUPO I somente 11,5% tinham colegial/superior e no GRUPO III o nível mais alto foi o colegial, com 13,3% dos pacientes.

O poder aquisitivo dos pacientes pode também ter influenciado na função física, pois num estudo conduzido por Trentini et al. (1989) sobre a aderência ao regime terapêutico de pacientes crônicos, vários pacientes informaram que não seguiam o tratamento como deveria ser porque não tinham condições finan-

ceiras suficientes, principalmente para adquirir medicamentos e seguir o regime alimentar. Como vemos, os pacientes do GRUPO II também se destacaram quanto ao rendimento salarial, onde 63,3% dos pacientes recebiam acima de 4 salários, enquanto que somente 25,0% do GRUPO I e 10,5% do GRUPO III tinham rendimento nesta faixa salarial.

A função física foi um fator importante na satisfação com a vida para os pacientes do GRUPO I e GRUPO III evidenciado na correlação de Pearson onde teve coeficientes de  $r = 0,43$  e  $0,45$  respectivamente. Isto, porém, não ocorreu com os pacientes do GRUPO II. É provável que esta diferença seja devido às próprias condições físicas dos pacientes do GRUPO II, as quais podem ser consideradas boas quando comparadas com as dos GRUPOS I e III. Para os pacientes do GRUPO II, melhores condições físicas não implica necessariamente em maior satisfação com a vida, pois provavelmente este GRUPO de pacientes não está centrado na sua doença. Os resultados deste estudo mostraram que os pacientes do GRUPO II são mais satisfeitos com a vida do que os pacientes do GRUPO I e do GRUPO III, portanto, a variável "satisfação" nos pacientes do GRUPO II poderá estar associada a outros fatores não incluídos neste estudo.

Para os pacientes do GRUPO I, a satisfação com a vida e a saúde estava significativamente correlacionada com os sinais e sintomas, enquanto que para os GRUPOS II e III a correlação não foi significativa. Apesar do resultado da análise da variância não ter mostrado diferença significativa entre os três GRUPOS, observou-se que um maior percentual dos pacientes do GRUPO I relataram presença de todos os sinais e sintomas listados exceto em dois itens. No item da dor, por exemplo, enquanto que 83,3% dos pacientes do GRUPO II disseram não ter dor, os do GRUPO I e GRUPO III somente 32,4% e 31,0% respectivamente não acusaram dor. Este destaque do GRUPO II, principalmente no que se refere a presença de dor, seja talvez devido aos exercícios físicos praticados por esses pacientes. Em vários estudos com pacientes crônicos foi encontrado uma associação entre a dor e atividades físicas. Mooney e Pace, citado por Burish e Bradley (1983), de 90 pacientes 70% deles tiveram diminuição da dor com o aumento de atividades físicas e 58% tomaram menos analgésicos após iniciarem as atividades físicas do que antes. Semelhantes resultados foram encontrados num estudo com 100 pacientes onde foi verificada uma diminuição significativa da dor em pacientes que aumentaram os exercícios físicos (Brena, Bradford citado por Burish, Bradley 1983).

Quanto às condições de memória, o GRUPO II foi o que teve a menor média, significando uma memória mais prejudicada do que os GRUPOS I e III. Para os três GRUPOS a memória está inversa e significativamente correlacionada com a idade, mostrando que os pacientes mais velhos tinham menos memória do que os mais jovens. Esse fato explica essa di-

ferença entre o GRUPO II e os GRUPOS I e III, pois os pacientes do GRUPO II tinham todos 41 e mais anos, enquanto que nos outros dois GRUPOS havia pacientes mais jovens.

Na parte emocional, os três GRUPOS tiveram uma média de pontos abaixo da média do ponto mediano, mostrando que a maioria dos pacientes dos três GRUPOS tinham tendências a um baixo nível de autoestima, visão mais negativa referente ao relacionamento pessoal e a respeito de eventos críticos em geral. Não houve uma diferença significativa entre os GRUPOS, no entanto o GRUPO II apresentou uma média mais baixa. Essa visão negativa dos pacientes com doença crônica pode talvez ser explicado pelo fato de que a própria doença crônica e especialmente a cardíaca e a diabete constituem um stress por serem doenças potencialmente incontroláveis provocando medo e insegurança (Burish, Bradley, 1983). Ainda, Seligman (1975) sugere que o estado psicológico de desamparo resulta quando os indivíduos encontram eventos aversivos sobre os quais eles nada podem mudar, neste caso a cronicidade de sua doença.

Embora os resultados em relação às atividades sociais e de recreação sejam apresentados em frequência somente, o maior percentual de pacientes do GRUPO II relatou terem mais atividades sociais do que os pacientes dos GRUPOS I e III. No entanto, não podemos tirar conclusões a respeito de qual o GRUPO tem mais ou menos atividades sociais e de recreação, pois esta parte do instrumento não permite comparações. Brown et al. (1981) desenvolveram uma pesquisa com pacientes crônicos e os resultados mostraram uma associação entre a satisfação dos pacientes com a vida e atividades sociais. Neste estudo, no entanto, não foi feita esta relação devido à natureza dessa parte do instrumento.

Para Wenger et al. (1984) a principal meta terapêutica para a maioria dos pacientes com doença crônica não é a cura, mas é uma melhora resultante da redução dos sintomas ou da severidade da doença ou da limitação da progressão da doença. Segundo ainda esses autores, a avaliação de novas terapias para as doenças crônicas não deve ser confinada somente a uso de medidas biomédicas, mas deve incluir outras medidas alternativas que considerem as dimensões do status social com critérios resultantes tais como: habilidade de autocuidado diário, habilidade de assumir os papéis sociais, estabilidade emocional e satisfação com a vida.

## CONCLUSÕES

Em relação a função física, percepção quanto a saúde e satisfação com a vida, os pacientes com doença cardiovascular fazendo reabilitação específica (GRUPO II) mostraram melhores condições de vida quando comparados com os pacientes com doença crônica cardiovascular fazendo tratamento em unidades e ambulatório hospitalar (GRUPO I) e pacientes com diabetes mellitus (GRUPO III).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 BROWN, J.S., RAWLINSON, M.E., HILLES, N.C. Life satisfaction and chronic disease: exploration of a theoretical model. **Medical Care**, Philadelphia, v.19, n.11, p.1136-1146, Nov. 1981.
- 2 BURISH, T.G., BRADLEY, L.A. **Coping with chronic disease**. Research and applications. New York: Academic Press, 1983.
- 3 CHAMBERS, L.W. The McMaster health index questionnaire. In: WENGER et al. **Assesment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies**. New York: Le Jacq, 1984.
- 4 HOLMES, S., DICKERSON, J. The quality of life: design and evaluation of a self-assessment instrument for use with cancer patients. **International Journal of Nursing**, v.24, n.1, p.15-24, 1987.
- 5 KAGAN, A.R., KAGAN, J.D. The quality of wich life? **American Journal of Clinical Oncology**, v.6, p.117-118, 1983.
- 6 PENCKOFER, S.H., HOLMS, K. Early appraisal of coronary revascularization on quality of life. **Nursing Research**, New York, v.33, n.2, p.60-65, Mar./Apr. 1984.
- 7 POLIT, D.F., HUNGLER, B.P. **Nursing researsch: principles and methods**. Philadelphia: J.B. Lippincolt, 1978.
- 8 SALLIS, J.F. et al. Vigorous physical activity and cardiovascular risk factors in young adults. **Journal of Chronical Diseases**, Oxford, v.39, n.2, p.115-120, 1986.
- 9 SELIGMAN, M.E.P. **Helplessness: an depression, development and health**. San Francisco: W.H. Freman, 1975.
- 10 TRENTINI, M. et al. Ocorrência de doenças crônico-degenerativas em indivíduos atendidos em instituições de saúde de Florianópolis. **Revista do Centro de Ciências da Saúde**, Florianópolis: UFSC, 1989. no prelo.
- 11 ——. Indivíduos em situação crônica de saúde: motivos de hospitalização. **Revista do Centro de Ciências da Saúde**. Florianópolis: UFSC, 1990. no prelo.
- 12 ——. **Aderência ao regime de tratamento de indivíduos com doenças crônicas**. Trabalho apresentado no 41.º Congresso Brasileiro de Enfermagem, Florianópolis, 1989.
- 13 WENGER, N.K. et al. **Assesment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies**. New York: Le Jacq, 1984.

---

Endereço do autor:

Author's address:

Mercedes Trentini  
Av. Hercílio Luz, 125/704  
88020 — Florianópolis, SC