



MINISTÉRIO DA SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA
COORDENAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS CARDIOVASCULARES

Marcone José Lima Albino

CONHECIMENTO DA DOENÇA E QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES
HOSPITALIZADOS COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: um estudo transversal

Rio de Janeiro

2019

MARCONE JOSÉ LIMA ALBINO

CONHECIMENTO DA DOENÇA E QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES
HOSPITALIZADOS COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: um estudo transversal

Dissertação de Mestrado apresentada
ao Programa de Pós-Graduação em
xxx, do Instituto Nacional de
Cardiologia, como pré-requisito à
obtenção do título de Mestre em
Ciências Cardiovasculares

Orientadora: Prof^a Dra Tereza Cristina Felipe Guimarães

Co-Orientadora: Ms Viviani Christini da Silva Lima

Rio de Janeiro

2019

A336c Albino, Marcone José Lima.

Conhecimento da doença e qualidade de vida em pacientes hospitalizados com insuficiência cardíaca: um estudo transversal/ Marcone José Lima Albino – Rio de Janeiro, 2019.

74 f.

Dissertação (Mestrado Profissional em Ciências Cardiovasculares) Instituto Nacional de Cardiologia – INC

1. Insuficiência cardíaca 2. Qualidade de vida.
I. Título.

MARCONE JOSÉ LIMA ALBINO

CONHECIMENTO DA DOENÇA E QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES HOSPITALIZADOS COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: um estudo transversal

Dissertação de Mestrado apresentada
ao Programa de Pós-Graduação em
Ciências Cardiovasculares, do
Instituto Nacional de Cardiologia,
como pré-requisito à obtenção do
título de Mestre em Ciências
Cardiovasculares

Aprovada em: 16 de janeiro de 2019.

Banca Examinadora:

Prof^o Dra. Tereza Cristina Felipe Guimarães
Orientadora
Instituto Nacional de Cardiologia

Prof^o Ms Viviani Christini da Silva Lima
Co-orientadora
Instituto Nacional de Cardiologia

Prof^o Dra. Annie Seixas Bello Moreira
Instituto Nacional de Cardiologia

Prof^o Dr. Luiz Fernando Rodrigues Junior
Instituto Nacional de Cardiologia

Prof^o Dra. Liana Amorim Correa Trotte
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof^o Dra. Gabriela Bioni e Silva
Instituto Nacional de Cardiologia

Prof^o Dra. Grazielle Vils Boas Huguenin
Instituto Nacional de Cardiologia

Dedico primeiramente a Deus, sem o qual não teria conseguido superar todas as dificuldades e empecilhos da vida.

E a minha mãe Corina e meu companheiro de Vida Rafa, que me ajudaram nos momentos mais críticos e respeitaram minhas ansiedades e minha ausência e me ajudaram em muitos momentos com apoio incondicional.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus pela tenacidade, pois sem Ele não teria chegado até aqui e desenvolvido este trabalho.

A minha família, minha mãe Corina e meu companheiro Rafa, que me ajudaram e estiveram presentes em todos os momentos e me ajudaram a vencer as dificuldades e me incentivaram a continuar.

À minha orientadora, Prof. Dr. Tereza Cristina Felipe Guimarães, sempre presente e disposta a me ajudar.

À minha co orientadora Viviani Christini da Silva Lima, pela parceria de sempre e a disposição de sempre dividir um pouco do seu saber comigo.

Aos meus amigos que estavam lá, sempre ao meu lado dispostos a me ajudar: Deborah, Carla, Aline, Luis, Raissa, Thamiris, Didier, Gilberto, Raquel e Marcel. Meu muito Obrigado!

A grande dificuldade e superação de trabalhar e fazer mestrado ao mesmo tempo, que sem isso o sabor deste momento não seria especial.

A toda Equipe do setor de transplante do Instituto Nacional de Cardiologia que sempre me acolheu como família.

Quero deixar meu agradecimento também ao Professor dr Luiz Fernando Rodrigues Junior que foi essencial no desenvolvimento da parte estatística deste trabalho e a Professora Dra Liana Amorim Correa Trotte que me despertou para a importância da Alfabetização em saúde.

E, acima de tudo, agradeço aos pacientes entrevistados, que se dispuseram, respondendo aos questionários e dividindo muitas vezes suas angústias e fraquezas comigo.

[...] “O conhecimento torna a alma jovem e diminui a amargura da velhice. Colhe, pois, a sabedoria. Armazena suavidade para o amanhã.”

Leonardo da Vinci

RESUMO

ALBINO, Marcone José Lima. **Conhecimento da doença e Qualidade de vida em pacientes hospitalizados com Insuficiência Cardíaca:** um estudo transversal. 2019. Dissertação (Mestrado em Ciências Cardiovasculares) – Instituto Nacional de Cardiologia. Rio de Janeiro, 2019.

Introdução: A epidemiologia da Insuficiência cardíaca (IC) e sua evolução natural demanda preocupação quanto ao conhecimento do indivíduo sobre seu status de saúde e seus fatores de descompensação. Acredita-se que tal conhecimento contribui para o tratamento da doença e para a qualidade de vida. Dessa forma, tem-se como objetivo Geral: Avaliar a associação entre conhecimento sobre a doença e qualidade de vida dos pacientes hospitalizados com IC; Objetivos específicos: Mensurar o conhecimento sobre a doença nos pacientes internados por IC; Mensurar a qualidade de vida nos pacientes internados por IC; **Metodologia:** Estudo transversal de natureza quantitativa. Aplicou-se o questionário de conhecimento em IC criado por Bonin para medir conhecimento da doença e o questionário de Minnessota para avaliar a qualidade de vida dos pacientes hospitalizados com IC. Utilizou-se para avaliar a associação entre as variáveis o modelo de regressão linear uni e multivariada com software Stata 12. **Resultados:** Amostra de 50 pacientes, prevalecendo homens (62%), com idade média de 51 anos. Observou-se FE média de 26,6% e prevalência da classe funcional (CF) III (cerca de 58%). Dislipidemia, hipertensão e IAM prévio foram as comorbidades mais observadas. O perfil hemodinâmico mais prevalente foi o quente e congesto. O escore médio pelo questionário de Bonin foi 36, estratificando o conhecimento da amostra sobre a doença como aceitável. O escore médio pelo questionário de Minnessota foi 79, estratificando a qualidade de vida da amostra como ruim. A análise multivariada revela que há relação entre conhecimento da doença e qualidade de vida. **Discussão:** Amostra jovem, de perfil sócio-clínico frágil, talvez influenciada pelo cenário ser centro transplantador. Classe funcional, número de internações e perfil hemodinâmico são preditores de pior qualidade de vida. Ter contato com alguma estratégia educativa tem impacto positivo na qualidade de vida do paciente, seja qual for a estratégia. O propósito maior do conhecimento é gerar alfabetização em saúde. **Conclusão:** Há relação diretamente proporcional entre conhecimento e qualidade de vida, mediada por fatores como escolaridade, cuidador, classe funcional dentre outros.

Palavras-chave: Conhecimento, Qualidade de vida, Insuficiência Cardíaca, Alfabetização em saúde, Enfermagem

ABSTRACT

Introduction: The epidemiology of Heart Failure (HF) and its natural evolution demands concern about the individual's knowledge about their health status and their decompensation factors. It is believed that such knowledge contributes to the treatment of the disease and to the quality of life. Thus, the general objective is: To evaluate the association between knowledge about the disease and quality of life in hospitalized patients with HF; Specific objectives: To measure the knowledge about the disease in patients hospitalized with HF; To measure the quality of life in patients hospitalized with HF; **Methodology:** Cross-sectional study of a quantitative nature. We applied the knowledge questionnaire in HF created by Bonin to measure knowledge of the disease and the Minnesota questionnaire to evaluate the quality of life of hospitalized patients with HF. The association between the variables was used to evaluate the linear regression model and multivariate with Stata software 12. **Results:** Sample of 50 patients, men (62%), with a mean age of 51 years old. FE mean of 26.6% and functional class (CF) III prevalence (about 58%) were observed. Dyslipidemia, hypertension and previous AMI were the most observed comorbidities. The most prevalent hemodynamic profile was hot and congested. The mean Bonin questionnaire score was 36, stratifying the knowledge of the sample about the disease as acceptable. The mean score for the Minnesota survey was 79, stratifying the quality of life of the sample as poor. Multivariate analysis reveals that there is a relationship between knowledge of the disease and quality of life. **Discussion:** A young sample with a fragile socio-clinical profile, perhaps influenced by the scenario as a transplantation center. Functional class, number of hospitalizations and hemodynamic profile are predictors of worse quality of life. Contact with any educational strategy has a positive impact on the patient's quality of life, whatever the strategy. The main purpose of knowledge is to generate literacy in health. **Conclusion:** There is a directly proportional relationship between knowledge and quality of life, mediated by factors such as schooling, caregiver, functional class, among others.

Key words: Knowledge, Quality of life, Heart failure, Health literacy, Nursing

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

1.Figura 1 - Fluxograma do Processo de captação dos pacientes	29
---	----

LISTA DE TABELAS

1.Tabela 1 – Perfil sócio-demográfico dos pacientes avaliados	33
2 .Tabela 2 – Perfil clínico dos pacientes avaliados	34
3.Tabela 3 – Número de internações / estratégias educativas	35
4.Tabela 4 – Escore de conhecimento dos pacientes sobre sua insuficiência cardíaca	35
5.Tabela 5 – Escore de qualidade de vida de Minnessota dos pacientes com Ic	36
6.Tabela 6 – Regressão univariada utilizando qualidade de vida como variável dependente	37
7.Tabela 7 – Regressão multivariada utilizando qualidade de vida como variável dependente	39

LISTA DE ABREVIATURAS

BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CF	Classe Funcional
DATASUS	Departamento de Informática do SUS/MS
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
FEVE	Fração de Ejeção do ventrículo esquerdo
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IC	Insuficiência Cardíaca
MLHFQ	<i>Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire</i>
NYHA	<i>New York Heart Association</i>
PUBMED	Site de Publicações Médicas que acessa o banco de dados MEDLINE (<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>)
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
SUS	Sistema Único de Saúde
MS	Ministério da Saúde

Sumário

1.INTRODUÇÃO.....	14
1.1.Questão a ser investigada	17
1.2.Objetivos do estudo	17
1.2.1.Objetivos Gerais	17
1.2.2.Objetivos específicos.....	17
1.3.Relevância /Justificativa.....	17
2.REFERENCIAL TEMÁTICO	19
2.1.A produção científica brasileira na IC sobre conhecimento e qualidade de vida.....	19
2.2.Conhecimento.....	22
2.3.Qualidade de Vida	24
2.4.Alfabetização em saúde.....	25
3.METODOLOGIA.....	28
3.1.Tipo de estudo	28
3.2.Cenário do estudo	28
3.3.Critérios de inclusão/exclusão.....	28
3.4.Coleta de dados.....	28
3.5.Recrutamento dos pacientes	29
3.6.Amostra	32
3.7.Questões éticas	32
3.8.Análise estatística	32
4.RESULTADOS	34
4.1.Perfil sócio-clínico dos pacientes	34
4.2.Escores de conhecimento e qualidade de vida.....	37
4.3.Análises de regressão univariada e multivariada.....	38
5.DISSCUSSÃO	42
6.CONCLUSÃO.....	46
7.LIMITAÇÕES DO ESTUDO	47
REFERÊNCIAS	48
APÊNDICE	54
ANEXO	60

1.INTRODUÇÃO

Com o aumento progressivo da expectativa de vida da população mundial, aumenta o número de casos de doenças crônicas, dentre os quais se destaca a Insuficiência Cardíaca (IC). A IC se caracteriza como uma síndrome de último estágio da maioria das doenças cardiovasculares e é evidenciada por um conjunto de sinais e sintomas como congestão pulmonar, fadiga e dispneia (1).

Existem cerca de 26 milhões de pessoas com IC e 5 milhões de novos casos são diagnosticados a cada ano no mundo, o que mostra o impacto na economia, na mortalidade e na qualidade de vida para a saúde mundial (2).

Projeções indicam que em 2030 haverá cerca de 8 milhões de novos casos da doença o que mostra o impacto para a saúde pública mundial (1).

Segundo dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS), a IC é a principal causa de internação hospitalar no país, representando cerca de 19% das internações por doenças do aparelho circulatório. Ocorrem cerca de 340.000 admissões por IC e cerca de 26.000 óbitos devido a esta síndrome, o que mostra seu impacto na saúde pública nacional (3).

Desta forma, há uma grande preocupação com o impacto causado por esta síndrome nas atividades da vida diária do indivíduo e com a forma como este indivíduo percebe a progressão de suas limitações (2).

O conhecimento sobre a doença pode, de maneira geral, ser útil para evitar um desfecho negativo no prognóstico, tal como número de internações, na medida em que este pode minimizar os sintomas e conseqüentemente impactar na qualidade de vida do indivíduo (4).

Serviços de saúde e os profissionais de saúde são os principais difusores de informações sobre IC, além de veículos de comunicação como a internet. Deve ser levado em consideração o grau de escolaridade do indivíduo, assim como o nível de acesso a estas informações, o que terá impacto no seu conhecimento, tratamento, qualidade de vida do indivíduo (4).

O conhecimento em saúde relacionado a doenças crônicas está diretamente associado a tomada correta de decisões, no que se refere a detecção precoce de sinais e sintomas de descompensação por parte do paciente e favorece o uso dos serviços de saúde (5).

A falta de conhecimento dos pacientes sobre sua enfermidade contribui para falta de adesão ao tratamento, isolamento social, piora das comorbidades, falta de autocuidado e conseqüente piora da qualidade de vida (2).

Os estudos de Cajita e O'Connell corroboram estas afirmações à medida que refere que pouco conhecimento sobre condições de saúde pode ser uma barreira para o auto cuidado e isso impacta nas taxas de internação e conseqüente aumento da mortalidade em doenças crônicas (6).

Como a IC é considerada uma doença crônica, o conhecimento pode ter aspecto positivo sobre a qualidade de vida nos pacientes acometidos com essa síndrome. Através da implementação de um processo educativo, melhora-se o conhecimento desses pacientes sobre sua condição clínica, e conseqüentemente, pode-se melhorar a sua qualidade de vida, além de diminuir o número de internações (7).

Entretanto, as informações fornecidas ao paciente para produção de conhecimento nem sempre são realizadas de forma correta, uma vez que o diagnóstico de IC pode ser secundário a outro problema cardíaco, como infarto do miocárdio, por exemplo. Assim, as informações só são fornecidas na maioria das vezes em uma internação devido a IC descompensada. Tal fato é relevante pois o conhecimento seria um dos fatores para evitar as internações por descompensação (5).

No contexto da educação em saúde para a transmissão da informação, observa-se que a melhor forma para aumentar o envolvimento do paciente ao tratamento proposto pode estar relacionado com a clareza na passagem das informações, além do envolvimento direto e total do paciente com o tratamento e o profissional de saúde (8).

Através da prática clínica, percebe-se que o conhecimento pode impactar na qualidade de vida, na medida em que se observa que o indivíduo que conhece sobre sua condição clínica, pode prevenir os agravos de sua doença e ter melhor qualidade de vida. A partir do exposto, começa-se a refletir se conhecimento sobre esta síndrome pode exercer um papel favorável na qualidade de vida do indivíduo.

Qualidade de vida pode ser definida de acordo com a percepção que a pessoa possui de sua vida e a partir disso, devem ser considerados os âmbitos como cultural, seus valores, sentimentos, expectativas e necessidades, ou seja, qualidade de vida não deve ser entendida apenas com a saúde física e mental do

indivíduo, mas também a condição de que este esteja bem consigo mesmo e com o mundo que o cerca e seja capaz de responder de forma satisfatória e ter controle em relação a tudo que ocorre a sua volta em sua vida cotidiana (9).

Muitos fatores podem afetar a qualidade de vida dos pacientes com IC. Dentre elas, incluem-se a idade, estado civil, suporte social, educação, fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE), classe funcional de NYHA (*New York Heart Association*), tempo de diagnóstico da IC, outras comorbidades (como diabetes, dislipidemia), assim como insônia, ansiedade e depressão podem impactar a qualidade de vida dos indivíduos com IC (10).

Com base nesta definição, infere-se que a IC afeta diretamente diversas esferas do que pode ser considerada uma qualidade de vida satisfatória. Análises objetivas da qualidade de vida podem ser realizadas através da aplicação de questionários específicos e validados para este fim. Os resultados destes questionários fornecem dados para a elaboração de intervenções e estratégias adequadas para cada tipo de paciente e sobre cada enfermidade específica.

Observou-se que apesar dos conceitos de conhecimento e qualidade de vida serem subjetivos e abstratos podem ser medidos através de questionários. Atualmente, o questionário mais utilizado internacionalmente para avaliar qualidade de vida é o *Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire* (MLHFQ), que traz um escore da qualidade de vida dos pacientes acometidos com IC e possui alto grau de confiabilidade (11).

O MLHFQ é composto de 21 questões que relacionam diversos domínios de atividades de vida diária do indivíduo (limitações físicas e psicossociais) e possui padrão de resposta que varia entre 0 (sem limitação) e 5 (grande limitação) (11).

Para avaliar o conhecimento dos pacientes, Oh e Ghisi (12) realizaram uma revisão sistemática em 2016 que avaliou 12 questionários de conhecimento em IC onde foi mostrado que o *Atlanta Heart Failure Knowledge test* obteve melhor avaliação e desempenho acerca da avaliação do conhecimento dos pacientes com esta patologia. Embora este questionário seja o mais apropriado para avaliação do conhecimento não há validação deste questionário para a cultura brasileira, o que representa uma impossibilidade de uso deste questionário no Brasil.

Atualmente, existem dois questionários para avaliação de conhecimento em pacientes com Insuficiência cardíaca validados para a cultura brasileira. O primeiro, validado para o Brasil em 2011, é composto de 14 questões e perpassam sobre o

conhecimento sobre a fisiopatologia, tratamento medicamentoso e autocuidado do indivíduo (13). O segundo, criado em 2014, é composto de 19 questões, sendo mais completo uma vez que não perpassam somente questões relacionadas a fisiopatologia e tratamento farmacológico da doença, mas também relaciona os hábitos de vida, prática de exercícios físicos, dieta e ingestão de líquidos (2). Este questionário foi utilizado para pacientes em reabilitação cardíaca a nível ambulatorial.

1.1. Questão a ser investigada

Dessa forma, tem-se como questão a ser investigada: Existe associação entre conhecimento sobre a doença e qualidade de vida nos pacientes internados com IC?

1.2. Objetivos do estudo

1.2.1. Objetivos Gerais

- Avaliar a associação entre conhecimento sobre a doença e qualidade de vida nos pacientes internados com IC;

1.2.2. Objetivos específicos

- Mensurar o conhecimento sobre a doença nos pacientes internados por IC;
- Mensurar a qualidade de vida nos pacientes internados por IC;

1.3. Relevância /Justificativa

A relevância deste estudo perpassa pela epidemiologia da IC e os números expostos sobre esta síndrome, que está aumentando no Brasil e no mundo. Isso representará um aumento dos gastos com essa síndrome.

Desta forma, faz-se necessário compreender como o conhecimento sobre a doença afeta a qualidade de vida dos portadores de IC, para que assim possam ser adotados processos de melhorias na prática cotidiana.

Na literatura existem estudos que tratam sobre a qualidade de vida e conhecimento dos pacientes de IC de forma isolada. Há ainda artigos que tratam da relação entre conhecimento e qualidade de vida com outras variáveis como autocuidado e adesão ao tratamento.

Há estudos parecidos em populações diferentes que buscam correlacionar estes conceitos, como por exemplo, um estudo que se propõe em avaliar uma população de idosos diabéticos em que afirma que na medida em que este paciente adquire mais conhecimento sobre a doença, pode haver uma mudança de comportamento que pode afetar diretamente a qualidade de vida do indivíduo e que no entanto fatores secundários podem influenciar esta relação, como idade, escolaridade, ocupação, religião, outras comorbidades, alcoolismo, tabagismo e hábitos de vida em geral. Para chegar a este resultado, foram utilizados outros instrumentos que medem qualidade de vida e conhecimento da doença específicos para esta população (14).

Estes estudos serviram como base para a construção desta dissertação evidenciando novos caminhos de atuação do enfermeiro nas temáticas conhecimento e qualidade de vida em IC.

2.REFERENCIAL TEMÁTICO

2.1.A produção científica brasileira na IC sobre conhecimento e qualidade de vida

Para conhecer a produção científica na área do conhecimento e qualidade de vida em IC, realizou-se uma revisão específica da literatura, com início no período de janeiro de 2017, na qual foi utilizada os seguintes descritores de saúde segundo DeCS: Insuficiência cardíaca, conhecimento, qualidade de vida, alfabetização em saúde e enfermagem, publicados nas bases de dados PubMed e BVS, entre 2007 e 2018.

Para acessar as informações contidas nos artigos selecionados, elaborou-se um protocolo de análise com os seguintes critérios de inclusão: (a) serem disponibilizados nas bases selecionadas e abordarem a temática estudada; (b) publicados no período de 2008 a 2018; (c) estarem disponíveis na íntegra para leitura e análise.

O estudo de Balduino, Mantovani e Lacerda (15), de natureza qualitativa, trata do processo do cuidar de enfermagem aos pacientes portadores de insuficiência cardíaca crônica. Este estudo se deu através de uma entrevista semi-estruturada com os enfermeiros, seguindo-se de uma análise dos seus conteúdos, onde se verificou que durante a consulta de enfermagem, o enfermeiro exerce papel fundamental no esclarecimento de dúvidas acerca da doença e que isto reflete diretamente na qualidade de vida desses pacientes, na medida em que um dos papéis exercidos por este profissional se dá na educação em saúde, um dos pilares para o sucesso do tratamento.

Atualmente, um questionário bastante utilizado para avaliar a qualidade de vida em pacientes com IC é o *Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire*. É um questionário composto de 21 questões que acessam informações acerca das limitações que a Insuficiência cardíaca impõe no indivíduo no âmbito biopsicossocial, onde deve ser considerado para análise o último mês para responder aos questionamentos. A escala varia de 0 a 5, onde 0 representa sem limitação e 5 limitação máxima e quanto maior o score alcançado mais grave pode ser classificada o grau de IC e maior será a classe funcional de NYHA para

esse paciente (11).

Sobre conhecimento, O estudo de Castro (16), de natureza quantitativa, propõe-se a avaliar a adesão ao tratamento dos pacientes com IC e este estudo revela que o enfermeiro é peça fundamental no sucesso do tratamento, na medida em que funciona como educador atuando na motivação do paciente quanto a adesão ao tratamento, bem como seu autocuidado, além de propor estratégias que favoreçam o conhecimento e o sucesso do tratamento.

Ainda neste estudo, os autores ainda afirmam que deve-se envolver a família do paciente nesse processo de cuidado e orientá-los acerca da detecção precoce dos fatores de descompensação para que os acometidos por esta doença obtenham melhor qualidade de vida e possam dessa forma conviver melhor com esta patologia. Por fim, este estudo ainda revela que os pacientes com conhecimento prévio eram mais aderentes ao tratamento não farmacológico e que isso incide diretamente no número de internações.

No que se refere ao uso de questionários, o estudo de Klein (17), de natureza quantitativa propõe-se a analisar a adaptação transcultural de um questionário sobre conhecimento para pacientes com IC, onde o mesmo revela que o processo de adaptação transcultural é um processo complexo e isto afeta diretamente o manejo do paciente, pois certas variáveis devem ser levadas em consideração tais como diferenças culturais, nível sócio educacional entre outros. Este estudo ainda afirma que a equipe de enfermagem deve elaborar estratégias de educação e orientações para o autocuidado sempre de forma consistente e atualizada, principalmente no que se refere a conteúdos relacionados ao uso regular das medicações, restrição de sal e líquidos da dieta, atividade física regular e controle de peso.

O estudo de Rabelo (18), de natureza quantitativa, se propõe a analisar de que forma o conhecimento sobre a doença afeta o autocuidado dos pacientes com IC, demonstrando como resultado que a quanto mais conhecimento sobre sua doença, sua sintomatologia, seus fatores de descompensação, maior era o autocuidado deste paciente e isto incide diretamente no manejo da doença e no número de re-internações, o que pode ter impacto na qualidade de vida.

O estudo de Freitas e Puchel (19), qualitativo, de natureza exploratória, tem como objetivo caracterizar a percepção do conhecimento dos pacientes com IC. Este estudo conclui que através da auto percepção do conhecimento adquirido

pelos pacientes durante as consultas de enfermagem no ambulatório, podem-se realizar mudanças de hábitos de vida que contribuem para melhora do auto cuidado e conseqüente diminuição das internações por descompensação.

O estudo de Bonin (20), comparou o nível de conhecimento dos pacientes que participavam de um programa de reabilitação cardíaca com pacientes que não participavam deste tipo de programa. Observou-se que os pacientes que participavam da reabilitação cardíaca possuíam um nível maior de conhecimento sobre sua síndrome, pois tinham mais contato com as orientações dadas juntos aos profissionais, o que comprova que através da educação em saúde efetiva, pode-se atingir um nível de conhecimento mais elevado.

Cajita et al realizou uma revisão sistemática com a finalidade de avaliar artigos de natureza quantitativa sobre o conhecimento em saúde dos pacientes em IC entre 2004 e 2014. Como achado, este autor relata que cerca de 40% dos pacientes tem baixo conhecimento em saúde, o que contribui diretamente para baixo nível de conhecimento em IC. Este autor ainda alerta para a necessidade de criação de estratégias por parte da equipe de saúde na identificação do baixo nível de conhecimento em saúde para melhorar o tratamento e prognóstico desta doença (6).

O único estudo encontrado com temática semelhante a desta pesquisa, foi realizado na Sérvia em 2018, por Jovanic et al que teve por finalidade avaliar a relação entre conhecimento e qualidade de vida em pacientes internados com IC. Este estudo utilizou MLHFQ para medir qualidade de vida, no entanto utilizou um questionário europeu para medir conhecimento nos pacientes. Os autores encontraram um nível de conhecimento limitado sobre a doença e uma qualidade de vida ruim, especialmente na dimensão física. Este estudo concluiu então que conhecimento pode ser um fator preditor de qualidade de vida, na medida em que há melhor tomada de decisão quanto maior o nível de conhecimento, o que pode interferir na qualidade de vida destes pacientes (5).

Através do exposto, observa-se uma limitação no que se refere a correlação direta entre conhecimento e qualidade de vida, uma vez que através dos estudos analisados, apenas observam-se inferências acerca dessa relação, sem no entanto demonstra-la diretamente.

2.2. Conhecimento

Conhecimento é conceituado e discutido desde a Antiguidade e de diversas maneiras. O filósofo Platão (428ac) conceitua conhecimento como a relação que existe entre o sujeito que deseja conhecer e o objeto a ser conhecido e que essa relação se dá de diversas maneiras (21).

Utilizando-se disto, há uma distinção clara entre os tipos de conhecimento. Há o conhecimento sensível que é o conhecimento conseguido através dos órgãos dos sentidos, sendo desta forma de apropriação tanto do ser humano quanto dos animais de forma geral e conhecimento intelectual que é conseguido através do intelecto, e da apropriação de conceitos, leis e postulados (22).

O conhecimento intelectual pode ser subdividido em:

a) Conhecimento empírico – Dito popular, do senso comum, sendo conseguido através das tradições passadas de gerações em gerações.

b) Conhecimento científico – Mais profundo, é conseguido a partir de uma metodologia específica. Tentativa de explicar o por que das coisas e como elas ocorrem.

c) Conhecimento filosófico – É o conhecimento fruto da reflexão humana, que especula sobre fenômenos e gera conceitos mais subjetivos e de cunho ideológico.

d) Conhecimento teológico – Conhecimento que se apoia em doutrinas religiosas, que se baseia em provar a existência de Deus, devendo ser aceito de maneira incontestável e absoluta.

Hessen, filósofo português estudioso na área de conhecimento, elaborou na década de 1920, inspirado pelas ideias do iluminista John Locke, a teoria geral do conhecimento em que o mesmo afirma que através da perspectiva do que está em foco, tem-se o tipo de conhecimento analisado. Desta forma, quando a perspectiva analisada encontra-se no sujeito (este é o centro de gravidade considerado) e como ele vivencia a sua relação com o objeto, tem-se o conhecimento empírico, pois é a forma como este sujeito é afetado por esta relação (23).

Quando o centro da perspectiva encontra-se no objeto, ou seja, é este quem vai determinar a relação com o sujeito, tem-se um conhecimento mais objetivo, pois este sujeito necessitará de uma metodologia específica para entender e refletir sobre este objeto. Neste caso, tem-se o conhecimento científico

(23).

Quando a perspectiva encontra-se em analisar a relação entre sujeito e objeto e que características essenciais são influenciadas nesta relação, tem-se a reflexão através do conhecimento filosófico (23).

No entanto, quando não há reflexão sobre o sujeito, o objeto ou a relação entre eles apenas a aceitação de algo existente sem problematização deste conhecimento, observa-se a existência do dogmatismo que é expresso pelo conhecimento teológico, de verdades absolutas (23).

Segundo esta análise, não existe conhecimento que se sobreponha a outro. Há apenas diferentes perspectivas acerca de como este conhecimento acontece. Outro ponto a ser estabelecido nesta relação se refere ao contexto histórico e da apropriação dos meios de produção e de conhecimento. Há certa dificuldade e resistência em se aceitar, por exemplo, que pessoas humildes, pobres e moradoras de periferia sejam capazes de produzir conhecimento e que o único conhecimento aceitável deva ser aquele produzido na academia, através do conhecimento científico. No entanto, o que se observa é que apenas há uma diferença na perspectiva de como a população em geral foca em suas experiências e vivências na tentativa de atingir conhecimento (24).

A partir do exposto, entende-se que o conhecimento discutido neste estudo é um conhecimento intelectual, resultado de um conjunto de sub tipos de conhecimentos - empírico, filosófico, teológico e científico - alcançados pelas suas experiências prévias, suas crenças e ideologias (25).

Este conhecimento é alcançado tendo como marco inicial o indivíduo e a atuação da equipe multiprofissional em seus cuidados de educação em saúde, ou seja, uma junção entre aquilo que o indivíduo produz de conhecimento através de suas vivências e aquilo que a equipe também produz de conhecimento através de seu estudo acerca da temática. Através da equipe multiprofissional o paciente recebe informações na forma de cartilhas e grupos educativos. Estas informações são as primeiras fontes para que se consolide o processo de conhecimento (25).

Através da educação em saúde, o enfermeiro exerce papel fundamental na construção do conhecimento científico. Um dos passos do processo de educação para pacientes é compreendido pela avaliação do conhecimento prévio, ou seja, aquilo que o paciente traz como experiência a respeito de seu estado de saúde, cognição, atitudes e enganos cometidos no tratamento (26).

Orientações como restrição hídrica, restrição de sódio na alimentação, peso diário e reconhecimento dos sinais de piora clínica podem ser considerados os mais importantes a serem passados ao paciente (18). Outros temas importantes a serem abordados com os pacientes são dieta, restrição hídrica, cessação do tabagismo e importância da vacinação (27). Outros autores consideram temas essenciais a serem acessados aos pacientes: monitorização diária do peso, sinais de descompensação, restrição de sódio e líquidos, realização de atividade física e contato precoce com a equipe de saúde em caso de descompensação (14).

Através do exposto, percebe-se que a educação em saúde é um processo complexo que deve levar em consideração o conhecimento prévio do paciente, além dos seus medos, anseios e expectativas em relação ao seu tratamento e sua vida.

2.3. Qualidade de Vida

Resgatando o conceito segundo a OMS: “Qualidade de vida é percepção do indivíduo de sua posição de vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (9). Dessa forma, pode-se analisar qualidade de vida num patamar mais amplo que apenas o bem-estar do indivíduo, mas também suas expectativas em relação ao futuro e seus valores alcançados ao longo da vida. Além disso, qualidade de vida não significa acrescentar anos de vida ao sujeito, mas vida aos anos que estão por vir (28).

A Qualidade de vida está relacionada ao grau de satisfação que a pessoa tem na vida familiar, amorosa, social, ambiental, psicológica e existencial (24). Ao se analisar qualidade de vida, faz-se necessário levar em consideração o indivíduo na sua dimensão íntima, interativa, social e física, ou seja, como a esta se comporta perante si e o mundo em que a cerca (29).

Desta forma, pode-se concluir que o conceito de qualidade de vida é um conceito subjetivo, amplo e individualizado, ou seja, cada pessoa irá perceber e vivenciar de forma única aquilo que considera uma qualidade de vida satisfatória.

Devido à cronicidade das doenças cardiovasculares, faz-se necessário ter atenção especial a este grupo de pacientes em especial a avaliação da qualidade

de vida, além de uma atenção especial a família e/ou rede social nesta avaliação (30).

Observa-se a necessidade de medir qualidade de vida em termos quantitativos e científicos analisáveis através de instrumentos que possibilitam entender as consequências do tratamento e da síndrome para a vida do paciente, para que as intervenções adequadas sejam implementadas (31).

A educação em saúde é a principal ferramenta para transmitir o conhecimento (encontros educativos, visitas domiciliares, monitoramento por telefone e cartilha impressa) e muito mais do que a transmissão do conhecimento, faz-se necessária uma abordagem social com a família deste paciente na tentativa de êxito do seguimento de um programa educativo (32).

Levando em consideração o exposto até aqui, faz-se necessário relacionar os conceitos apresentados e de que maneira o conhecimento sobre uma condição de saúde, pode influenciar a qualidade de vida do indivíduo.

2.4. Alfabetização em saúde

Alfabetização em saúde ou letramento em saúde (em inglês, *health literacy*) é um conceito criado pela OMS em 2008. De acordo com esta instituição, a alfabetização em saúde é conceituada como “a capacidade do indivíduo de ter acesso, entender e utilizar as informações para promover e manter uma boa saúde e melhorar a qualidade de vida” (33).

Este é um conceito iniciado nos países desenvolvidos. Soresen et al propôs um modelo de entendimento deste conceito em que afirma que há fatores modificáveis e não modificáveis que podem influenciar o nível de alfabetização em saúde do indivíduo. Segundo este autor, os fatores não modificáveis são idade e raça. Os fatores modificáveis são escolaridade e acesso a informação (34).

Outro importante ponto a ser discutido se refere em fazer a distinção entre educação em saúde e alfabetização em saúde. Embora semelhantes, são diferentes, no que se refere principalmente a sequência lógica de entendimento, onde a alfabetização em saúde é resultado do processo de educação em saúde (33).

Através da informação para educação em saúde, há temas que são discutidos com o indivíduo de acordo com suas necessidades sentidas e não sentidas. Espera-se que essa ação construa processos contínuos que resultem em conhecimento e conseqüente alfabetização em saúde.

Exemplos de temas que podem ser discutidos nas atividades de informação para educação em saúde são tabagismo, obesidade, etilismo, mudança de estilo de vida, prática de atividade física e realização de alimentação saudável, podendo variar de acordo com público alvo, a depender da escolaridade, idade, classe social e outros determinantes.

Pode-se observar a influência direta dos determinantes sociais, como o acesso a informação e seu conseqüente impacto na tomada de decisão por parte deste paciente e no gerenciamento de sua saúde, interferindo diretamente no seu prognóstico (35).

No Brasil, ainda persistem disparidades sociais e de acesso à informação, educação e serviços de saúde que necessitam ser superadas, pois devido a este cenário há impacto direto no nível precário de alfabetização em saúde e conseqüente aumento da mortalidade por diversos tipos de doenças (34).

Para que haja sucesso na realização da alfabetização em saúde deve-se disseminar um outro conceito criado pela OMS: o “*empowerment*”. *Empowerment* é entendido como “empoderar a população de forma geral de confiança, auto-estima e compreensão de seus interesses e de sua saúde”. Isto, no entanto, enfrenta barreiras como as socioeconômicas e políticas descritas anteriormente (36).

Por isso, os profissionais de saúde devem planejar e pautar suas ações tendo como meta a alfabetização em saúde. E isto só se alcança de forma interdisciplinar, olhando para as diversas situações com múltiplos saberes além de levar em consideração as limitações e os desafios inerentes a cada população sob múltiplas perspectivas (35).

Faz-se necessário criar meios para checar se a alfabetização em saúde está sendo realizado de forma efetiva, pois através da alfabetização em saúde realizada de forma satisfatória, pode-se observar aumento do auto cuidado e diminuição do impacto do avanço de doenças crônicas como a Insuficiência cardíaca (37).

O estudo de Sion et al indica que após a realização da educação em saúde,

pode-se através de um questionário mensurar se as informações fornecidas foram apreendidas de forma satisfatória para que se possa afirmar que a alfabetização em saúde foi realizada de maneira efetiva e se possa observar o impacto no auto cuidado e na vida dos pacientes estudados (37).

O estudo de Cajita et al mostra que com o avanço da internet, há o aparecimento de múltiplas informações que podem ser úteis ao paciente no processo de alfabetização em saúde e que este conhecimento adquirido deve ser considerado neste processo de alfabetização em saúde. Deve-se, no entanto, tomar cuidado, pois devido a internet ser um campo aberto, deve-se observar a fonte e a confiabilidade das informações e que isto também impacta no processo de alfabetização em saúde (38).

Por fim, o estudo de Dunley et al mostra que através do processo de alfabetização em saúde, pode-se falar que o paciente encontra-se “ativado”, ou seja, este estudo revelou que após o paciente ter sido exposto a uma estratégia educativa e estar “alfabetizado”, ele está ativado quanto ao processo de auto cuidado e responsável pelo seu tratamento, uma vez que ele conhece maneiras de não descompensação e isto tem impacto no número de internações (39).

3.METODOLOGIA

3.1.Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, de natureza quantitativa.

3.2.Cenário do estudo

A presente pesquisa foi realizada no Instituto Nacional de Cardiologia (INC), instituto de nível terciário, localizado no município do Rio de Janeiro.

3.3.Critérios de inclusão/exclusão

Foram utilizados como critérios de inclusão: Maiores de 18 anos, portadores de IC caracterizada por fração de ejeção menor que 45% ao ecocardiograma e com no mínimo de 24h de internação na instituição.

Foram excluídos os pacientes analfabetos, em cuidados de final de vida, que se encontravam na primeira internação no serviço, com barreiras de comunicação e que ainda apresentavam sintomatologia de descompensação da IC no momento da coleta de dados.

3.4.Coleta de dados

Para coleta de dados, foram aplicados os questionários de conhecimento em IC criado por Bonin em 2014 e o questionário de Minnessota para avaliação de qualidade de vida.

Escolheu-se como questionário de conhecimento, o idealizado por Bonin, criado em 2014. Esse questionário foi aplicado em 96 pacientes com IC e conta com índice de clareza satisfatório, podendo ser utilizado para avaliar o conhecimento dos pacientes com IC. Foi criado por um grupo de enfermeiros da Universidade Federal de Santa Catarina e consta nos arquivos brasileiros de cardiologia. Este questionário é composto por 19 questões, onde em cada quesito conterà a resposta completa (que terá peso 3), uma resposta incompleta (que terá peso 1), uma resposta errada

(com peso 0) e um resposta “não sei” (com peso 0). O escore varia de 0 a 57 pontos. Neste questionário quanto maior o escore, maior o conhecimento, sendo estratificado nas seguintes categorias: Entre 51-57 pontos, o indivíduo possui “ótimo conhecimento”, entre 40-50 “bom conhecimento”, 29-39 “conhecimento aceitável”, 17-28 “Pouco conhecimento” e < 17 “Conhecimento insuficiente” (2). Em contato com autora do questionário, a mesma sugere novas pesquisas em pacientes internados.

Por fim, os pacientes responderam aos 21 itens relacionados à qualidade de vida em IC, através do questionário de Minnessota (*Minnessota Living with Heart Failure MLWHF test*). Este instrumento foi criado pela Universidade de Minnessota em 1984, sendo validado para a cultura brasileira em 2008. O escore pode variar de 0 a 105 pontos. Neste questionário, quanto maior o escore, pior é a qualidade de vida e quanto menor o escore, maior é a qualidade de vida do paciente pesquisado. Para nível de estratificação da qualidade de vida, foi considerada como uma “boa qualidade de vida” escores menor ou igual a 49 pontos, “qualidade de vida regular” escores entre 50-70 pontos e “qualidade de vida ruim” escores acima de 71 pontos (7).

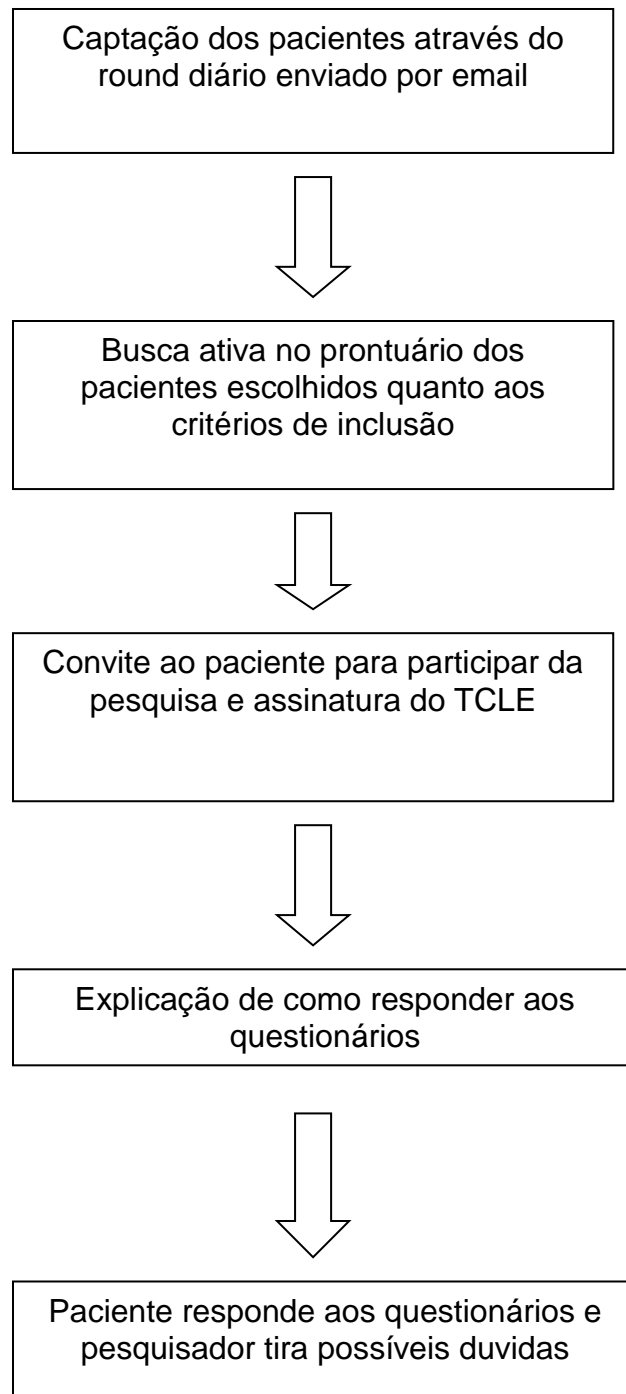
3.5.Recrutamento dos pacientes

Os pacientes foram recrutados através da folha disponibilizada diariamente após reunião da equipe multidisciplinar, conhecida como round multidisciplinar da enfermaria de Insuficiência Cardíaca e Transplante do local da pesquisa. Após este momento, foram avaliados os critérios de inclusão no prontuário do paciente, seguido da coleta por um instrumento de anamnese, criado pelo pesquisador, acerca de sexo, idade, raça, ocupação, escolaridade, religião, renda, fração de ejeção, classe funcional, etiologia da IC, comorbidades, perfil hemodinâmico, presença de cuidador, recebimento de cartilha, participação em grupo educativo para serem analisadas as características clínicas e sócio-demográficas. Para isso, foi assinado pelo pesquisador um termo de Confidencialidade para utilização destes dados apenas para fins de pesquisa, garantindo o sigilo das informações, conforme figura 1.

A seguir, os pacientes foram abordados e orientados acerca da finalidade da pesquisa, sendo convidados a participar e a assinar o TCLE. A seguir, responderam

aos 19 itens relacionados ao conhecimento em IC, através do questionário criado por Bonin. Por fim, os pacientes responderam aos 21 itens relacionados à qualidade de vida em IC, através do questionário de Minnessota (Minnessota Living with Heart Failure MLWHF test). O momento da aplicação dos questionários pode ser dividido ou não em dois momentos, de acordo com a disponibilidade e vontade do paciente. Os questionários são auto-aplicáveis e o entrevistador tirou dúvidas do paciente, caso houvessem, para se obter clareza nas respostas colhidas.

Para melhor entendimento do processo de pesquisa realizado, elaboramos um fluxograma, mostrado a seguir:



(Figura 1 - Fluxograma de recrutamento dos pacientes)

3.6.Amostra

Foi uma amostra de conveniência, para que se pudesse obter o maior número de pacientes possíveis que aceitem participar da pesquisa.

3.7.Questões éticas

Os pacientes participantes da pesquisa foram orientados previamente acerca da finalidade da pesquisa e assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em 2 vias, onde uma das vias ficou com o paciente. Além disso, o paciente foi orientado que poderia desistir da pesquisa em qualquer etapa, sem que isso lhe acarretasse danos.

A pesquisa está de acordo com a resolução 466/12 que envolve pesquisa com seres humanos. Os dados foram coletados tão logo esta pesquisa foi aprovada no Comitê de ética e pesquisa da Instituição. Estes dados foram armazenados apenas para fins de pesquisa e o sigilo dos pacientes foi garantido.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e pesquisa da instituição sob o número CAAE 78425617.6.00005272.

3.8.Análise estatística

A descrição das variáveis foi realizada após teste de distribuição das mesmas (teste de Komolgorov-Smirnov). As variáveis que apresentaram distribuição paramétrica estão descritas sob forma de média e desvio-padrão da média. Variáveis que apresentaram distribuição não-paramétrica estão apresentadas com mediana e percentil 25 e 75.

A associação dos diversos indicadores estudados e a qualidade de vida foi avaliada por modelo de regressão linear utilizando-se o software STATA 13. Para tal, inicialmente foi realizado o modelo de regressão univariado utilizando-se a qualidade de vida como variável dependente e os indicadores (idade, sexo, renda, raça, religião, estado civil, escolaridade, presença de cuidador, comorbidades, etiologia da IC, fração de ejeção, classe funcional, número de internações, estratégias educativas e conhecimento sobre a doença) como variáveis independentes.

As variáveis, cujas associações com a qualidade de vida apresentaram P-valor maior que 0,20, foram incluídas no modelo de regressão linear múltipla utilizando a qualidade de vida como variável dependente, sendo sucessivamente retiradas do modelo as que apresentaram maior P-valor, até restarem apenas as associações significativas.

O valor de P foi considerado estatisticamente significativo quando menor do que 0,05. A qualidade do ajustamento dos dados foi realizada por análise visual dos resíduos e por análise da heterocedasticidade.

4.RESULTADOS

Esta pesquisa analisou 100 % dos pacientes coletados. A amostra total foi de 50 pacientes, todos recrutados na enfermaria de Insuficiência Cardíaca e Transplante do Instituto Nacional de Cardiologia no município do Rio de Janeiro.

4.1.Perfil sócio-clínico dos pacientes

A tabela 1 apresenta o perfil sócio-demográfico dos pacientes de acordo com as variáveis investigadas.

Nota-se que na amostra há uma maior quantidade de brancos, do sexo masculino, com média de idade de 51 anos, com nível médio completo de escolaridade, seguido de nível fundamental incompleto. Se considerarmos por blocos de estudo, a maior parte encontra-se no nível fundamental de ensino. Outro ponto importante a ser destacado é que há uma parcela significativa dos pacientes estudados é aposentada, apesar de estarem em idade produtiva. A maioria dos pacientes recebe em média de 1,5 salários mínimos. Observa-se uma predominância de evangélicos e a maioria refere ter cuidador identificado.

Tabela 1 - Perfil sócio-demográfico dos pacientes avaliados

Características sócio-demográficas	N (%) / Média / DP / Mediana / (Percentil 25-75)
Idade (anos)	19 – 71 / 51,04 (47-60)
Sexo	
Masculino	31 (62%)
Feminino	19 (38%)
Fração de Ejeção (%)	8-41 / 26,66 (20-33)
Renda per capita (salários mínimos)	1-6 / 1,66
Raça	
Branca	23 (46%)
Negra	20 (40%)
Pardo	7 (14%)
Estado Civil	
Casado/União estável	26 (52%)
Solteiro	13 (26%)
Divorciado	6 (12%)
Viúvo	5 (10%)
Escolaridade	
Fundamental completo	10 (20%)
Fundamental incompleto	14 (28%)
Médio completo	17 (34%)
Médio incompleto	5 (10%)
Superior Completo	1 (2%)
Superior Incompleto	3 (6%)
Número de Aposentados	18 (36%)
Religião	
Evangélica	25 (50%)
Católica	13 (26%)
Agnóstico/acredita em Deus	6 (12%)
Ateu/Não acredita em Deus	4 (8%)
Espírita	2 (4%)
Presença de Cuidador	
Sim	44 (88%)
Não	6 (12%)

Conforme a tabela 2, são pacientes clinicamente comprometidos, sendo a maioria de CF III com média de FEVE de 26,6%. O perfil hemodinâmico mais observado foi o quente e congesto, de etiologia isquêmica e comorbidades que justificam a etiologia.

Tabela 2 - Perfil clínico dos pacientes avaliados

Características Clínicas	N (%) / Média / DP / Mediana / (Percentil 25-75)
Classe Funcional (CF)	
II	11 (22%)
III	29 (58%)
IV	10 (20%)
Etiologia	
Indefinida	23 (46%)
Isquêmica	14 (28%)
Valvar	5 (10%)
Periparto	3 (6%)
Pós Miocardite	3 (6%)
Congênita	1 (2%)
Doenças de Chagas	1 (2%)
Comorbidades	
HAS	28 (56%)
DM	16 (32%)
Dislipidemia	28 (56%)
IAM	24 (48%)
FA	19 (36%)
Depressão	10 (20%)
Perfil Hemodinâmico	
Quente e congesto	26 (52%)
Quente e seco	16 (32%)
Frio e seco	1 (2%)
Frio e congesto	7 (14%)

De acordo com a tabela 3, observou-se uma média de 2 internações no último ano por descompensação da patologia. A maioria teve acesso a alguma estratégia educativa oferecida pelo hospital, seja por meio da cartilha falando sobre a doença, seja pelo grupo educativo, observando-se uma predominância dos pacientes que receberam ambas estratégias.

Tabela 3 – Número de internações/Estratégias educativas dos pacientes avaliados

Número de internações	0-6 / 1,94
Estratégias Educativas	
Receberam Apenas Cartilha	17 (34%)
Participaram Apenas do Grupo educativo	2 (4%)
Receberam Cartilha e participaram do grupo educativo	24 (48%)
Não receberam nenhuma estratégia educativa	7 (14%)
Frequência no Grupo educativo	0-6 / 0,94

4.2. Escores de conhecimento e qualidade de vida

De acordo com a tabela 4, a mediana do conhecimento foi de 36, o que é considerado um conhecimento aceitável sobre a doença, segundo o autor que criou o questionário.

Tabela 4 - Escore de conhecimento dos pacientes sobre sua insuficiência cardíaca

Escore de conhecimento a respeito da doença	Total de pacientes avaliados (n=50)
Valor mínimo	0
Valor máximo	55
Mediana	36
P25	26
P75	46

A tabela 5, observa-se uma mediana do escore de 79,5, o que demonstra o grau de comprometimento da qualidade de vida dos pacientes estudados. Segundo este questionário para, pacientes que apresentam escore acima de 70, são considerados pacientes que possuem qualidade de vida ruim.

Tabela 5 - Escore de Qualidade de Vida de Minnessota dos pacientes com IC

Escore de Qualidade de Vida de Minnessota	Total de pacientes avaliados (n=50)
Valor mínimo	12
Valor máximo	98
Mediana	79,5
P25	62
P75	88

4.3. Análises de regressão univariada e multivariada

Na tabela 6, pode-se observar através da análise de regressão linear, que a qualidade de vida é considerada a variável dependente em relação as outras variáveis sócio-clínicas estudadas. Observou-se significância estatística ($p < 0,05$) no que se refere a variável classe funcional uma vez que se observa piora da qualidade de vida a medida que a classe funcional aumenta. Além disso, o perfil hemodinâmico Frio e congesto conta com a pior qualidade de vida.

Observou-se ainda que, o número de internações também influencia na qualidade de vida, à medida que quanto maior o número de vezes que o indivíduo ficou internado nos últimos 12 meses, pior sua qualidade de vida. Fato importante a ser considerado, refere-se ao tema central dessa dissertação onde foi observado com significância estatística que à medida que o indivíduo possui mais conhecimento, melhor sua qualidade de vida. As demais variáveis estudadas não apresentaram significância estatística sobre a qualidade de vida.

Tabela 6 – Regressão univariada utilizando qualidade de vida como variável dependente

Variável	B	IC 95%	P- valor
Idade (anos)	+0,24	-0,20 a +0,68	0,282
Sexo (feminino)	+9,66	-21,04 a + 21,7	0,09
Escolaridade (Fundamental Incompleto)			
Fundamental Completo	-2,61	-19.67 a + 14.44	0.759
Médio Incompleto	-8,51	-29.97 a +12.95	0.428
Médio Completo	1,34	-13.52 a + 16.21	0.856
Superior Incompleto	6,28	-19.92 a + 32.49	0.631
Superior Completo	15,28	-27.36 a +57.93	0.474
Ocupação (aposentado)	3,41	-8.38 a + 15.22	0,56
Religião (Ateu)			
Agnóstico	3,08	-23.44 a + 29.61	0,81
Católico	-0,05	-23.55 a +23.44	0,99
Evangélico	-4,59	-26.72 a +17.54	0,67
Espírita	-8,25	-43.84 a +27.34	0,64
Renda	-2,85	-8.20 a +2.48	0,28
Estado civil (Solteiro)			
Casado	-0,34	-14.18 a + 13.48	0,96
Viúvo	-1,92	-23.35 a +19.51	0,85
Divorciado	7,74	-12.35 a +27.84	0,44
Presença de cuidador	-3,05	-20.53 a 14.42	0,72
Comorbidades			
HAS	-1,74	-13.18 a +9.70	0,76

Diabetes Mellitus	1,8	-13.98 a +10.37	0,76
Dislipidemia	-3,68	-15.09 a +7.71	0,51
Infarto Agudo do Miocárdio	5,16	-6.11 a +16.45	0,36
Fibrilação Atrial	-3,96	-15.75 a +7.83	0,50
Depressão	-5,97	-20.08 a +8.13	0,39
Etiologia da IC (Idiopática)			
Isquêmico	-0,25	-13.83 a +13.33	0,97
Valvar	13,99	-5.78 a +33.76	0,16
Pós Miocardite	-1,60	-26.21 a +22.99	0,89
Congênito	-24,60	-65.54 a +16.33	0,23
Periparto	14,39	-10.21 a 38.99	0,24
Chagas	13,39	-27.54 a +54.33	0,51
Fração de Ejeção	-0,43	-1.149 a +0.28	0,23
Classe Funcional (II)			
III	15,27	+1.62 a +28.91	0,02
IV	14,47	-2.36 a +31.31	0,09
Perfil Hemodinâmico (Quente e seco)			
Quente e congesto	3,52	-8.43 a +15.48	0,55
Frio e seco	27,06	-11.74 a +65.87	0,16
Frio e congesto	22,63	5.57 a +39.69	0,01
Número de internações nos últimos 12 meses	3,79	+0.82 a +6.76	0,01
Estratégias Educativas (Nenhuma estratégia)			
Somente Cartilha	-2,69	-20.59 a +15.19	0,76
Somente Grupo Educativo	-26,78	-58.73 a +5.15	0,09

Cartilha e Grupo Educativo	-3,78	-20.90 a +13.32	0,65
Freqüência no Grupo educativo	-3,33	-7.75 a +1.09	0,13
Escore de Conhecimento sobre a doença	-0,38	-0,75 a -0.02	0,03

De acordo com a tabela 7 que demonstra os resultados de análise multivariada, pode-se observar que tanto o número de internações nos últimos 12 meses quanto o conhecimento sobre a doença possuem associação direta com qualidade de vida, ambos com significância estatística ($p < 0,05$). Em relação ao número de internações, pode-se observar que quanto mais internações o indivíduo possui, pior sua qualidade de vida e pior seu escore de conhecimento sobre a doença, observando-se assim uma relação inversa entre essas variáveis.

Tabela 7 – Regressão multivariada utilizando a QV como variável dependente

Variável	B	IC 95%	P- valor
Número de Internações nos últimos 12 meses	+3,86	+1,02 a 6,71	0,009
Escore de Conhecimento sobre a doença	-0,40	-0,74 a -0,05	0,024

5.DISSCUSSÃO

Na avaliação dos dados sócio-clínicos previamente apresentados, as variáveis idade e sexo diferem do I registro Brasileiro de IC (40) (BREATHE), sobre o perfil dos pacientes com diagnóstico de IC aguda no país. Neste estudo a maioria é de mulheres, com idade média de 64 anos.

Observa-se o perfil epidemiológico dos pacientes com IC em um hospital de nível terciário no estado de Goiás (41), semelhante ao local pesquisado. Este estudo de Goiás evidenciou um perfil semelhante ao encontrado no estudo BREATHE, com média de 61 anos. Faz-se importante salientar o desafio do envelhecer com qualidade de vida, uma vez que o mundo terá um número maior de idosos com comorbidades, dentre elas a IC.

Estudo realizado em um hospital de nível terciário em Santa Catarina observou características sócio-clínicas semelhantes ao estudo BREATHE. Este estudo observou uma idade média de 66 anos, sendo a maioria do sexo masculino (42).

Diferentemente do estudo BREATHE, o estudo realizado no Instituto do Coração de São Paulo, observou um perfil semelhante ao do presente estudo, com pacientes mais jovens (média de 51 anos), do sexo masculino (43). Esta semelhança pode ser dada devido ao perfil dos respectivos hospitais que possuem uma característica em comum por serem centros transplantadores.

Globalmente, há um estudo realizado na Jordânia com objetivo de analisar a prevalência de depressão em pacientes com IC, em que mais da metade dos pacientes analisados são do sexo masculino e média de idade de 54 anos (44). Resultado semelhante foi encontrado no estudo Sérvio que se propôs a analisar a relação entre conhecimento e qualidade de vida dos pacientes internados com IC em que observou maioria dos pacientes do sexo masculino, porém com uma média de população mais idosa, com cerca de 70 anos. Isto pode estar relacionado ao fato de o continente europeu ter uma expectativa de vida mais elevada e conseqüentemente uma inversão da pirâmide etária.

No que se refere à escolaridade, observou-se uma predominância do nível médio completo, seguido do nível fundamental incompleto. Segundo último censo brasileiro de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e estatística (IBGE), cerca de metade da população brasileira possui o nível fundamental incompleto. A baixa

escolaridade pode ser fator determinante para a aquisição do conhecimento sobre a doença, o que prejudica o autocuidado interferindo na leitura de receitas médicas, bulas de medicamentos e cartilhas sobre a doença (45). Além disso, observa-se como fator limitante para a alfabetização em saúde as precárias condições socioeconômicas e de acesso saúde o que pode determinar em um prognóstico sombrio em relação a doença (36).

Em relação à raça, foi observado 46% de brancos, que está de acordo com o encontrado no estudo BREATHE e semelhantes a estudos descritos anteriormente. Um estudo realizado pela Fundação Nacional de Saúde do Brasil revelou que as mortes do aparelho circulatório são mais frequentes em negros que em brancos (46).

No entanto, faz-se necessário realizar aqui uma reflexão acerca do resultado encontrado na presente pesquisa. A partir do momento em que a maioria da população, segundo dados do IBGE, é considerada mestiça e negra respectivamente, observa-se uma incongruência com o resultado encontrado. Isto pode estar relacionado à condição na qual a população negra se encontra no panorama atual no Brasil, onde apesar da integralidade, universalidade e equidade como princípios básicos do SUS, observa-se uma dificuldade de acesso desta parcela da população aos serviços de saúde, o que é entendido segundo este autor como racismo estrutural devido ao passado histórico brasileiro. Por isso, faz-se necessário a implementação de políticas públicas que facilitem o acesso desta parcela da população para melhor cobertura da população em geral (47).

No presente estudo, 90% da população estudada acredita em Deus. Observa-se a importância da espiritualidade como estratégia de enfrentamento da doença, pois ao estar internado o paciente passa por um impacto emocional e foi observado que os pacientes que possuíam contato com a fé e a espiritualidade demonstraram coragem e vontade de viver (48).

Observou-se que a maioria dos pacientes estudados possui cuidador identificado, seja por cônjuge, filho ou até mesmo por alguém de seu convívio social (amigo, vizinho, igreja). O conceito de cuidador é entendido de maneira muito mais ampla que a pessoa que acompanha ou cuida do enfermo, mas também funcionando como elo entre a equipe de saúde e o paciente, auxiliando e estimulando o autocuidado e a adesão, além de auxiliar na administração dos medicamentos prescritos (49).

Em relação às características clínicas, como classe funcional, etiologia e perfil hemodinâmico, observou-se que as mesmas estão de acordo com o estudo BREATHE que demonstra que grande parte da população brasileira com IC está em classe funcional III, etiologia isquêmica e o perfil hemodinâmico quente e úmido (40). Outros estudos encontraram resultado semelhante em que a maioria dos indivíduos analisados estavam em CF III e IV e que isso pode ter algum impacto na qualidade de vida do paciente (50). No que se refere à etiologia, houve divergência com um estudo que encontra a maioria dos pacientes com etiologia hipertensiva, seguida de idiopática e isquêmica (51). Vale a pena salientar que não foi observado em nenhum desses estudos a etiologia chagásica, relatado no estudo BREATHE devido principalmente as condições socioeconômicas da maioria da população. O estudo de Goiás, descrito anteriormente, que traçou o perfil sócio-clínico dos pacientes, observou prevalência da etiologia chagásica (51). Isso pode ser devido à localização geográfica e da maior incidência desta doença nestes locais.

Conforme observado nesta dissertação, há relação entre conhecimento sobre a doença e qualidade de vida, o que também foi observado no estudo em idosos diabéticos, anteriormente citado na justificativa deste trabalho. Este estudo sobre diabetes afirma que indiretamente o conhecimento pode influenciar a uma mudança de comportamento e conseqüente melhora do autocuidado e da qualidade de vida, por conseguinte (14).

O estudo sérvio descrito anteriormente, semelhante a presente dissertação, no qual se propôs avaliar a relação entre conhecimento sobre a doença e qualidade de vida dos pacientes com IC, observou que os pacientes analisados tinham conhecimento limitado sobre a doença e isto está diretamente relacionado ao número de reinternações. Além disso, este estudo observou que os pacientes estudados tinham uma qualidade de vida ruim conforme a presente pesquisa (5).

No que se refere à relação entre qualidade de vida e classe funcional, observou-se um estudo que propôs avaliar a existência dessa relação. Neste estudo, o autor observou que a medida que a classe funcional se agrava, há uma piora da qualidade de vida. Isto está diretamente relacionado ao surgimento de fatores típicos de descompensação, tais como cansaço, dispnéia, tosse paroxística noturna, edema de membros inferiores entre outros, o que afeta as atividades de vida diária do indivíduo o que irá refletir em sua qualidade de vida (52).

No que se refere a conhecimento e nível de escolaridade, observa-se uma influência direta entre essas variáveis, na medida que o nível de escolaridade aumenta, aumenta-se o grau de conhecimento sobre a doença (45).

Observou-se o impacto das estratégias educativas na qualidade de vida dos pacientes que tiveram acesso a alguma dessas estratégias, revelando a importância da orientação dada pela equipe multidisciplinar para que o paciente tenha maior conhecimento sobre a doença. Importante salientar que independente da estratégia educativa adotada (cartilha, grupo educativo), há um ganho no nível de conhecimento sobre a doença após a aplicação dessa estratégia e isto contribui para melhoria do autocuidado e conseqüente melhora no tratamento do paciente. Além disso, devem ser considerados os fatores sócio-econômicos e de acesso à informação e do conhecimento pregresso desse paciente que também influenciará no seu nível de conhecimento e conseqüentemente na sua qualidade de vida (32).

Por fim, faz-se necessário reconhecer o papel do enfermeiro como chave no planejamento das ações para melhor adesão ao tratamento não farmacológico. Isso se dá, através do planejamento de ações de educação em saúde com o paciente e a família, para melhorar a qualidade de vida, pois somente conhecendo os limites e dificuldades do paciente é possível evolução ou estabilização do quadro. E isso se faz necessário para manter a vida com qualidade.

6.CONCLUSÃO

Pode-se concluir através deste estudo que há relação entre conhecimento e qualidade de vida, à medida que quanto maior o conhecimento do paciente em relação a doença, melhor sua qualidade de vida.

Outros fatores devem considerados na obtenção destes escores, tais como escolaridade, presença de cuidador, classe funcional, religião, condição financeira dentre outros.

Desta forma, faz-se importante salientar perspectiva de futuros estudos que corroborem estes achados e possam possibilitar uma maior discussão acerca dessa temática dando ênfase a alfabetização em saúde, importante tema neste processo.

7.LIMITAÇÕES DO ESTUDO

As limitações do estudo foram determinadas pela coleta de dados realizadas em uma única vez e com recorte de apenas um centro e com uma população específica. Há a necessidade efetiva de se realizar mais pesquisas em relação a diferentes grupos para que possa ser mostrada a heterogeneidade da população brasileira no que concerne a seu perfil sócio-clínico, acesso a informação, serviços de saúde, seu nível de conhecimento e seu entendimento sobre qualidade de vida, dado a subjetividade deste conceito.

Observa-se ainda o que pode ser considerado um viés na medida em que a qualidade de vida pode ser piorada devido a internação como fator estressante.

REFERÊNCIAS

1. Savaresi G, Lundi L. Global Public Health Burden of Heart Failure. *Rev. Cardiac Failure*. 2017. [acesso em: 02/02/2019]; Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5494150/pdf/cfr-03-07.pdf>.
2. Bonin CDB, Santos RZ, Ghisi GLM, Vieira AM, Amboni R, Benneti, M. Construção e Validação do Questionário de Conhecimentos para Pacientes com Insuficiência Cardíaca. *Arq Bras Cardiol*. 2014. [acesso em: 17/05/2017]; Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v102n4/0066-782x-abc-20140032.pdf>.
3. Ministério da Saúde.DATASUS.
http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasua.php?area=359GAJDBJDG63536Include=/site/inf_saude.php. Acesso: 17/05/2017.
4. Borges TT, Rombaldi AJ, Knuth AG, Hallal PC. Conhecimento sobre fatores de risco para doenças crônicas: estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública*. 2015. [acesso em: 17/10/2018]; Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2009000700009&lng=en
5. Jovanic M, Zdravkovic M, Stanizavljevic D, Vranes AJ. Exploring the Importance of Health Literacy for the Quality of Life in Patients with Heart Failure. *Int J Environ Res Public Health*. 2018. [acesso em: 17/10/2018]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30115831>.
6. Cajita MI, Cajita TR, Han HR. Health Literacy and Heart Failure: A Systematic Review *J Cardiovasc Nursing* 2016. [acesso: 02/02/2019]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4577469/pdf/nihms-721762.pdf>.
7. Barbosa RR, Franklin RV, Stefenoni AV, Moraes VD, Jacques VM, Serpa RG et al. Análise da Qualidade de Vida em Homens e Mulheres Portadores de Insuficiência Cardíaca. *Rev Bras Cardiol*. 2014. [acesso em: 17/05/2017]; Disponível em: http://www.onlineijcs.com/exportarpdf/15/Art_150_Roberto_Barbosa_Artigo_Original_RBC_274.pdf.
8. Roberto LL, Noronha DD, Souza TO, Miranda EJP. Falta de acesso a informações sobre problemas bucais entre adultos: abordagem baseada no modelo teórico de alfabetização em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2018. [acesso em: 17/10/2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S14131232018000300823&script=sci_abstract&tlng=pt.
9. Organização Mundial de Saúde. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Helath Organization. *Soc. Sci. Med.*, v.41, n.10, p.403- 409,1995.
10. Aburuz, ME. Anxiety and depression predicted quality of life among patients with heart failure. *J Multidiscip Healthc.*. 2018. [acesso em : 17/10/2018]. Disponível em : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30104881>

11. Carvalho OC, Guilherme VG, Dirceu C, Fernando B, Edimar AB. Validação da Versão em Português do Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. *Arq Bras Cardiol.* 2009. [acesso em: 31/05/2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v93n1/08.pdf>.
12. Oh P, Ghisi GLM. Questionnaires designed to assess knowledge of heart failure patients. A systematic review. *Journal of Cardiovasc Nursing.* 2016. [acesso em 31/05/2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26208265>.
13. Rabelo ER, Mantovani VM, Aliti GB, Domingues FB. Adaptação transcultural e validação de um questionário de conhecimento da doença e autocuidado, para uma amostra da população brasileira de pacientes com insuficiência cardíaca. *OriginalRev. Latino-Am. Enfermagem.* 2011. [acesso em: 31/05/2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_08.pdf.
14. Sousa MC, Dias FA, Nascimento GS, Tavares DMS. Correlation of quality of life with knowledge and attitude of diabetic elderly. *Invest Educ Enferm.* 2016. [acesso em: 05/06/2018]. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v34n1/v34n1a20.pdf>.
15. Balduino AFA, Mantovani MF, Lacerda MR. Processo de cuidados enfermagem ao portador de doença cardíaca crônica. *Esc. Anna Nery.* 2009. [acesso em 31/05/2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a15.pdf>.
16. Castro RA, Aliti GB, Linhares JC, Rabelo ER. Adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca em um hospital universitário. *Rev Gaúcha Enferm.* 2010. [acesso em: 31/05/2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000200004.
17. Klein C, Linch GFC, Sousa EN, Mantovani VM, Goldmeir S, Rabelo ER. Adaptação transcultural e validação de um questionário de conhecimento sobre insuficiência cardíaca para enfermeiros. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011. [acesso em: 31/05/2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472012000100003&lng=en&nrm=iso.
18. Rabelo ER, Aliti GB, Domingues FB, Ruschel KB, Brun AL. O que ensinar aos pacientes com insuficiência cardíaca e por quê: o papel dos enfermeiros em clínicas de insuficiência cardíaca. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2012. [acesso em 31/05/2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a24.pdf.
19. Freitas MTS, Puschel VAA. Insuficiência cardíaca: expressões do conhecimento das pessoas sobre a doença. *Rev. esc. enferm. USP.* 2013. [acesso em: 31/05/2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000400922&lng=en&nrm=iso.
20. Bonin CDB, Santos RZ, Erkmann N, Souza VF, Assis AV, Benetti M. Conhecimento Sobre a Insuficiência Cardíaca em Participantes e não Participantes de Reabilitação.

International Journal of Cardiovascular Sciences. 2016. [acesso em: 31/05/2017]. Disponível em: <http://www.onlineijcs.org/sumario/29/pdf/v29n6a05.pdf>.

21. Soares M. Construção e crítica da teoria das idéias na filosofia de Platão. Tese. [Doutorado em Filosofia]. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. 2010.

22. Batista JO, Mocrosky LF, Mondini F. Sujeito e objeto na produção do conhecimento científico. ACTIO. 2017. [acesso em: 30/05/2018]. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/actio/article/download/6885/4619>.

23. Jofili, Z. Piaget, Vygotsky, Freire e a construção de conhecimento na escola. UFRPE. 2002. [acesso em: 17/10/2018]. Disponível em: <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/7560/7560.PDF>.

24. Rios ERG, Franchi KMB, Silva RM, Amorim RF et al. Senso comum, ciência e filosofia - elo dos saberes necessários à promoção da saúde. Ciênc. saúde coletiva. 2015 [acesso em: 17/10/2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232007000200026&script=sci_abstract&tlng=pt.

25. Braga WFL. O conhecimento. ACTIO. 2017. [acesso em: 30/05/2018]. Disponível em: <http://fcd.br/Arquivos/Artigos/12/OConhecimento.pdf>.

26. Nascimento NW, Braga MS. Insuficiência Cardíaca: conhecimento de pacientes em tratamento ambulatorial. J Health Sci Inst. 2015. [acesso em: 30/05/2018]. Disponível em: https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2015/02_abr-jun/V33_n2_2015_p156a159.pdf.

27. Santana JF, Neto JLT, Bravo DS, Costa AB. Desafios e potencialidades da alfabetização em saúde no contexto do empoderamento: revisão sistemática da literatura. Interscientia. 2017. [acesso em: 30/05/2018]. Disponível em: <https://periodicos.unipe.br/index.php/interscientia/article/download/488/466/>.

28. Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). Rev Bras Psiquiatr. 1999. [acesso em: 30/05/2018]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v21n1/v21n1a06.pdf>.

29. Aleda MH, Karen SY, Nancy MA, Kenneth FF, Holly LM, Matthew MM et al. Relationships between health literacy and heart failure knowledge, self-efficacy, and self-care adherence. Res Social Adm Pharm. 2013. [acesso em: 18/05/2017]; Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3923851/pdf/nihms505813.pdf>.

30. Turra K, Trentin C, Ribeiro DS, Mantovani MF, Polak YNS. As repercussões da doença cardiovascular na qualidade de vida em adultos: Relato de experiência. Cogitare Enferm. 2001. [acesso em: 30/05/2018]. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/44902/27334>.

31. Souza JGS, Pamponet MA, Souza TCS, Pereira AR, Souza AGS, Martins AMEB. Instrumentos utilizados na avaliação da qualidade de vida de crianças brasileiras. *Rev Paul Pediatr*. 2014. [acesso em: 30/05/2014]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rpp/v32n2/pt_0103-0582-rpp-32-02-00272.pdf.
32. Rodriguez-Gazquez MA, Holguin EA, Cortes RA. Efetividade de um programa educativo em enfermagem no autocuidado em pacientes com insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012. [acesso em: 30/05/2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/pt_12.pdf.
33. Roberto LL, Noronha DD, Souza TO, Miranda EJP. Falta de acesso a informações sobre problemas bucais entre adultos: abordagem baseada no modelo teórico de alfabetização em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2018. [acesso em: 17/10/2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S14131232018000300823&script=sci_abstract&tlng=pt.
34. Ribeiro KG, Andrade LOM, Aguiar JB, Moreira AEMM et al. Educação e saúde em uma região em situação de vulnerabilidade social: avanços e desafios para as políticas públicas. *Interface (Botucatu)*. 2017. [acesso em: 17/10/2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832018005009101&script=sci_abstract&tlng=pt.
35. Marques ZRL, Escarce AG, Lemos SMG. Letramento em saúde e autopercepção de saúde em adultos usuários da atenção primária. *CoDAS*. 2018.[acesso em: 17/10/2018]. Acesso em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2317-17822018000200307&script=sci_abstract&tlng=pt.
36. Rangel AP, Lima FVP, Oliveira AC, Barbosa CM et al. Estratégias de empoderamento em saúde: Dialogando o plano municipal e o relatório da conferência de saúde. *GS*. [acesso em: 17/10/2018]. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/ojs311/index.php/rgs/article/view/10431>.
37. Son YJ, Shim DK, Seo EK, Seo EJ. Health Literacy but Not Frailty Predict Self-Care Behaviors in Patients with Heart Failure. *International Journal of Environmental Research* . [Acesso em: 20/12/2018]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30404140>.
38. Cajita MI, Rodney T, Xu J, Hldeck M, Han AH. Quality and Health Literacy Demand of Online Heart Failure Information. *J Cardiovasc Nurs*. 2017 . [acesso em: 20/12/2018]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26938508>.
39. Dunlay SM, Griffin JM, Redfield MM, Roger VL. Patient Activation in Acute Decompensated Heart Failure. *J Cardiovasc Nurs*. 2017 . [acesso em: 20/12/2018]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27631119>.
40. Albuquerque DC, Neto JDS, Bacal F, Rohde LEP, Pereira SB, Berwanger O, Almeida DR. I Registro Brasileiro de Insuficiência Cardíaca – Aspectos Clínicos, Qualidade Assistencial e Desfechos Hospitalares. *Arq Bras Cardiol*. 2014. [acesso

em: 30/05/2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abc/v104n6/pt_0066-782X-abc-20150031.pdf.

41. Nogueira PR, Rassi S, Correa KS. Perfil Epidemiológico, Clínico e Terapêutico da Insuficiência Cardíaca em Hospital Terciário. *Arq Bras Cardiol* 2010. [acessado em: 14/08/2018]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v95n3/aop09910.pdf>.

42. Poffo MR, Assis AV, Fracasso M, Filho OML, Alves SMM, Bald AP et al. Perfil dos Pacientes Internados por Insuficiência Cardíaca em Hospital Terciário. *International Journal of Cardiovascular Sciences*. 2017. [Acesso em: 14/08/2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ijcs/v30n3/pt_2359-4802-ijcs-30-03-0189.pdf.

43. Silva CP, Bacal F, Pires PV, Mangini S, Issa VS, Moreira SFA et al. Perfil do Tratamento da Insuficiência Cardíaca na Era dos Betabloqueadores. *Arq Bras Cardiol*.2007. [Acesso em: 14/08/2018]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v88n4/18.pdf>.

44. Aburuz, ME. Anxiety and depression predicted quality of life among patients with heart failure. *J Multidiscip Healthc.*. 2018. [acesso em : 17/10/2018]. Disponível em : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30104881>.

45. Rodrigues FFL, Santos MA, Teixeira CRS, Gonela JT, Zanetti ML. Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus. *Acta Paul Enferm*. 2012. [Acesso em: 14/08/2018]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n2/a20v25n2.pdf>.

46. Ministério da Saúde. Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade / Fundação Nacional de Saúde. - Brasília: Funasa, 2005. [Acesso em 14/08/2018]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/pop_negra/pdf/saudepopneg.pdf.

47. Werneck, J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saude soc.* 2016. [acesso em: 17/10/2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902016000300535&script=sci_abstract&tlng=pt.

48. Pinto AC, Marchesini SM, Zugno PI, Zimmermann KG, Dagostin VS, Soratto MT. A importância da espiritualidade em pacientes com câncer. *Rev.Saúde.Com* 2015. [Acesso em: 14/08/2018]. Disponível em: <http://www.uesb.br/revista/rsc/v11/v11n2a02.pdf>.

49. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Guia prático do cuidador / Brasília. 2008. [Acesso em: 06/08/2018]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf.

50. Zaponi RS, Frez AR, Mora CTR, Ruaro JA, Daniel CR. Avaliação da qualidade de vida de portadores de insuficiência cardíaca congestiva e sua correlação com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Acta Fisiatr*. 2015. [Acesso em: 14/08/2018]. Disponível em:

<http://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/114537/112364>.

51. Loures VA, Noronha MFA, Bastos RG, Giradi JM. Aspectos clínicos e epidemiológicos da insuficiência cardíaca. HU Revista, Juiz de Fora. 2009. [Acesso em: 14/08/2018]. Disponível em:

<https://hurevista.ufjf.emnuvens.com.br/hurevista/article/download/379/240>.

52. Naso FCD, Pereira JS, Beatrice SC, Bianchi RG, Dias AS, Monteiro MB. A classe da NYHA tem relação com a condição funcional e qualidade de vida na insuficiência cardíaca. Fisioter Pesq. 2011. [Acesso em: 14/08/2018]. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/fp/v18n2/10.pdf>.

APÊNDICE

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR DA PESQUISA (Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde)

Gostaria de convidá-lo a participar da pesquisa “**Conhecimento da doença e Qualidade de Vida nos Pacientes com Insuficiência Cardíaca**” que apresenta os seguintes objetivos:

Objetivos Gerais

- Avaliar a correlação entre conhecimento da doença e qualidade de vida nos pacientes internados com IC;

Objetivos específicos

- Mensurar o conhecimento da doença nos pacientes internados por IC;
- Mensurar a qualidade de vida nos pacientes internados por IC;

A insuficiência cardíaca é um tema importante, pois com o aumento na expectativa de vida, vem aumentando também o número de casos desta doença.

Você poderá perguntar o que julgar necessário antes de concordar em participar do estudo, ou a qualquer momento, e receberá do pesquisador os esclarecimentos adequados sobre seus direitos, riscos (risco mínimo podendo estar relacionado a lembrar de situação desconfortável da doença, mas sem risco físico) e benefícios em participar do estudo e poderá se recusar a participar ou desistir em qualquer momento.

Sua identidade será mantida de forma confidencial. Os resultados do estudo podem ser publicados e os dados poderão ser utilizados em desdobramentos de pesquisa, mas sua identidade não será revelada sem seu consentimento por

escrito. A dissertação de mestrado poderá ser consultada pelo comitê de ética e pelas autoridades de saúde.

Li e entendi, concordo e participo livremente com todas as informações sobre esse estudo e todas as minhas perguntas foram respondidas a contento. Portanto, consinto voluntariamente em participar deste estudo.

Pesquisador: Marcone José Lima Albino – Instituto Nacional de Cardiologia – Rua das Laranjeiras, 374 – 5º andar - Laranjeiras - Rio de Janeiro. Telefone: 99746-9309.

Orientadora: Professora Dra. Tereza Cristina Felipe Guimarães - Instituto Nacional de Cardiologia – Rua das Laranjeiras, 374 – 5º andar - Laranjeiras - Rio de Janeiro.

Data ____/____/____

Pesquisador responsável

Assinatura do informante

OBS: Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética e Pesquisa do Instituto Nacional de Cardiologia, localizado a Rua das Laranjeiras, 374 – 5º andar - Laranjeiras - Rio de Janeiro.

APÊNDICE B - Instrumento de coleta de dados – Perfil sócio demográfico dos pacientes

Nome: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

Idade: _____ Raça: _____

Escolaridade: _____

Ocupação: _____

Renda: _____

Presença de cuidador: () Sim () Não

Problemas de Saúde:

() Hipertensão Arterial

() Diabetes

() Dislipidemia

() Infarto Agudo do Miocárdio Prévio

() Fibrilação Atrial

() Depressão

() Outro: _____

Etiologia da IC: _____

Fração de Ejeção: _____

Classe Funcional: _____

Perfil hemodinâmico: _____

Numero de Internação nos Últimos 12 meses: _____

Recebeu cartilha de orientação: () Sim () Não

Participou do grupo educativo? _____

Qual Frequência no grupo educativo nos últimos 12 meses? _____

APÊNDICE C – Termo de confidencialidade

Eu, MARCONE JOSÉ LIMA ALBINO, pesquisador responsável pela pesquisa intitulada “**Conhecimento da doença e Qualidade de vida em pacientes com Insuficiência Cardíaca**”, declaro que conheço e cumprirei as normas vigentes expressas na **Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012** do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e em suas complementares.

Assumo mediante este Termo, o compromisso de, ao utilizar dados e/ou informações coletadas no(s) prontuários do(s) **participantes** (s) da pesquisa, assegurar a confidencialidade e a privacidade dos mesmos.

Rio de Janeiro, 30/08/2017

Marcone José Lima Albino

CPF: 014.247.213-18

APÊNDICE D – ORÇAMENTO DO PROJETO DE PESQUISA

Orçamento do Projeto de Pesquisa

Título da pesquisa:

“Conhecimento da doença e Qualidade de vida em pacientes com Insuficiência Cardíaca”

Itens a serem financiados		Valor total R\$
Especificações	Quantidade	
Papel A4	2 resmas	40,00
Tinta para Impressora (Cor preta)	1 toner	35,00
		Total Geral R\$75

Ass. Pesquisador _____

APÊNDICE E – CRONOGRAMA

CRONOGRAMA DA PESQUISA																										
ATIVIDADES	2017										2018										2019					
	1º SEMESTRE				2º SEMESTRE						1º SEMESTRE					2º SEMESTRE					1º SEMESTRE					
	mar	Abr	Mai	jun	jul	ago	Set	out	Nov	Dez	Jan	fev	mar	Abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	jan	fev	Mar	
Escolha do tema	X																									
Pesquisa bibliográfica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Delimitação do objeto de estudo	X	X																								
Apresentação do projeto				X																						
Submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa							X	X	X	X																
Coleta de dados											X	X	X	X	X	X										
Análise dos dados																X										
Discussão																X	X	X	X	X	X	X				
Qualificação																			X							
Conclusão																					X	X				
Revisão																						X				
Submissão da dissertação a banca																							X			

ANEXO

ANEXO A - Instrumento de coleta de dados – *Minnesota Living With Heart Failure*

Nome _____

Data ___/___/___

Durante o último mês seu problema cardíaco o impediu de viver como você queria por quê?

DATA:						
PONTUAÇÃO:						
1-Causou inchaço em seus tornozelos e pernas						
2-Obrigando você a sentar ou deitar para descansar durante o dia						
3-Tornando sua caminhada e subida de escadas difícil						
4-Tornando seu trabalho doméstico difícil						
5-Tornando suas saídas de casa difícil						
6-Tornando difícil dormir bem a noite						
7-Tornando seus relacionamentos ou atividades familiares e amigos difícil						
8-Tornando seu trabalho para ganhar a vida difícil						
9-Tornando seus passatempos, esportes e diversão difícil						
10-Tornando sua atividade sexual difícil						
11-Fazendo você comer menos as comidas que você gosta						
12-Causando falta de ar						
13-Deixando você cansado, fatigado ou com pouca energia						
14-Obrigando você a ficar hospitalizado						
15-Fazendo você gastar dinheiro com cuidados médicos						
16-Causando a você efeitos colaterais das medicações						
17-Fazendo você sentir-se um peso para familiares e amigos						
18-Fazendo você sentir uma falta de auto controle na sua vida						
19-Fazendo você se preocupar						
20-Tornando difícil você concentrar-se ou lembrar-se das coisas						
21-Fazendo você sentir-se deprimido						
NÃO	MUITO POUCO	POUCO	MAIS OU MENOS	MUITO	DEMAIS	
0	1	2	3	4	5	

**ANEXO B - Instrumento de coleta de dados – Questionário de
Conhecimento em IC**

Nome _____

Data ____/____/____

1. A Insuficiência Cardíaca (IC) é:

- a) Uma doença que acomete pessoas idosas devido ao enfraquecimento do coração.
- b) Um problema cardíaco que ocasiona uma diminuição da quantidade de sangue para os tecidos, podendo causar alterações pulmonares e vasculares.
- c) Uma alteração das artérias do coração que se manifesta desde a infância.
- d) Não sei.

2. Qual grupo de fatores abaixo tem maior influência no desenvolvimento da IC:

- a) Fatores ambientais (clima) e idade (menor de 65 anos).
- b) Alterações na dieta: sobrepeso/obesidade.
- c) Doença arterial coronariana, hipertensão arterial e doença de Chagas.
- d) Não sei.

3. Em relação aos sintomas de uma pessoa que tem IC, marque a alternativa correta:

- a) Dor de cabeça durante o exercício físico.
- b) Palpitações durante realização de um esforço.
- c) Desconforto torácico, falta de ar e fadiga (cansaço).
- d) Não sei.

4. Ainda sobre a IC:

- a) A ingestão de sódio (sal) e hídrica (de líquidos) em excesso podem agravar os sintomas da doença e piorar a condição do paciente com IC.
- b) A falta de ar está associada com a presença de líquido nos pulmões.
- c) Os sintomas de uma pessoa com IC podem ser prevenidos apenas com mudanças no estilo de vida.
- d) Não sei.

5. Com relação a prática de exercício físico acompanhado (supervisionado), realizada por pacientes portadores de alterações cardíacas, como a IC, a indicação é para:

- a) Medidas da pressão arterial e frequência cardíaca durante a prática do exercício físico.
- b) Medidas da pressão arterial e da frequência cardíaca, e observação de sinais (edema) e sintomas (falta de ar) referentes ao problema cardíaco durante a prática de exercício físico.
- c) Nenhuma monitorização ou medida, pois não é indicada a prática de exercícios físicos para pacientes com IC devido ao alto risco da doença.
- d) Não sei.

6. A classificação dos sintomas da IC é dividida em classes I, II, III e IV, e avalia o quê?

- a) As dificuldades e limitações provocadas pela doença para as atividades do dia a dia realizadas pelo paciente portador de IC.
- b) A Qualidade de Vida do paciente com IC.
- c) A quantidade de medicações utilizadas pelo indivíduo com IC.
- d) Não sei.

7. Qual alternativa indica os exames mais utilizados no diagnóstico (conhecimento) e no prognóstico (evolução) da IC:

- a) Cateterismo e tomografia.
- b) Raio X de tórax e eletrocardiograma.
- c) Teste de esteira, ecocardiograma e avaliação laboratorial.
- d) Não sei.

8. Qual a orientação nutricional mais indicada para o paciente com IC:

- a) Uso de complemento nutricional para os pacientes que consomem poucas calorias.
- b) A dieta não é fator de piora da doença.
- c) Controle do consumo de sódio (sal).
- d) Não sei.

9. Qual dos itens relacionados indica piora do prognóstico (evolução) da doença:

- a) Baixa capacidade para a realização de exercícios físicos e várias internações hospitalares.
- b) Perda de peso.
- c) Complicações gastrintestinais.
- d) Não sei.

10. O tratamento da IC inclui:

- a) Abandono da atividade profissional.
- b) Dieta nutricional e suporte psicológico.
- c) Uso de medicamentos associados à reabilitação cardíaca e à prevenção de fatores agravantes da doença.
- d) Não sei.

11. A realização do exercício físico prescrito indicado ao pacientes com IC está relacionado a:

- a) Redução dos riscos para outras doenças cardíacas.
- b) Adaptações do organismo favoráveis para a redução dos sintomas da doença e melhora na Qualidade de Vida.
- c) Não deve ser realizado pelos pacientes com IC devido ao alto risco de morte.
- d) Não sei.

12. O exercício físico para portadores de IC deve:

- a) Respeitar as necessidades individuais do paciente que serão analisadas mediante avaliação médica.
- b) Iniciar após o diagnóstico com caminhadas.
- c) Ser padronizada para indivíduos de mesmo sexo, idade e sintomas.
- d) Não sei.

13. Quais intervenções usadas no tratamento da IC podem prolongar e melhorar a Qualidade de Vida dos pacientes:

- a) Tratamento medicamentoso + repouso prolongado + tratamento cirúrgico.
- b) Tratamento medicamentoso + tratamento cirúrgico em alguns casos.
- c) Tratamento medicamentoso + mudança do estilo de vida + tratamento cirúrgico em alguns casos
- d) Não sei.

14. Assinale uma das consequências da IC não tratada:

- a) Risco de infarto agudo do miocárdio.
- b) Progressivo enfraquecimento do músculo cardíaco com piora dos sintomas e risco de morte.
- c) Aumenta os níveis de gordura no sangue.

d) Não sei.

15. Com relação ao autocuidado da pessoa com IC, é importante:

- a) O conhecimento da doença pelo paciente com IC e pelos familiares melhora a Qualidade de Vida de pessoas com IC.
- b) A quantidade de internações hospitalares de pessoas com IC ocorre com pacientes mais graves.
- c) A realização de exercício físico aumenta a depressão e a ansiedade de pessoas com IC.
- d) Não sei.

16. A recomendação para a prática de exercício físico para pacientes com IC deve incluir:

- a) Exercício aeróbio (caminhadas) associado ao exercício resistido (fortalecimento muscular), além de exercícios de alongamento.
- b) Exercícios de alongamento associados aos exercícios de flexibilidade.
- c) Prática de exercícios localizados para a redução de peso.
- d) Não sei.

17. Quais os possíveis efeitos colaterais que os medicamentos utilizados no tratamento da IC podem causar?

- a) Hipotensão arterial (diminuição da pressão arterial) e disfunção sexual.
- b) Tosse e desidratação.
- c) Dermatites (doenças da pele) e distúrbios intestinais.
- d) Não sei.

18. O que a pessoa com IC precisa saber:

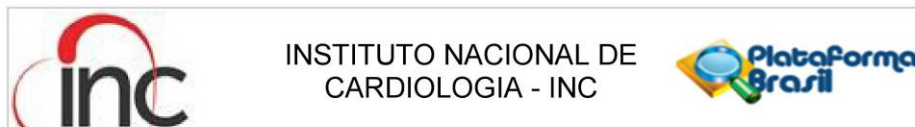
- a) Pessoas com IC apresentam depressão e é indicado o acompanhamento de psicólogos.

- b) Que o conhecimento sobre a doença ajuda as pessoas na identificação dos sinais e sintomas da IC.
- c) O acompanhamento e o tratamento de doenças não cardíacas (exemplo: diabetes) não são importantes para a saúde dos pacientes com IC.
- d) Não sei.

19. Das alternativas abaixo, quais são os medicamentos que podem ser utilizados no tratamento da IC:

- a) Diuréticos (furosemida, lasix e hidroclorotiazida).
- b) Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina (IECA), ou seja captopril e enalapril; betabloqueadores (carvedilol, propranolol, atenolol, selozok e nebivolol); diuréticos (furosemida, lasix e hidroclorotiazida).
- c) Nitratos (isordil e monocordil).
- d) Não sei.

ANEXO C – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Conhecimento x Qualidade de vida em pacientes com Insuficiência Cardíaca Crônica

Pesquisador: MARCONE JOSÉ LIMA ALBINO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 78425617.6.0000.5272

Instituição Proponente: Instituto Nacional de Cardiologia - INC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

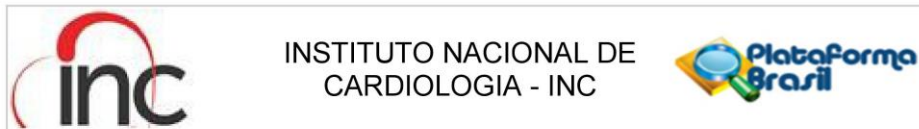
Número do Parecer: 2.431.147

Apresentação do Projeto:

Com o aumento progressivo da expectativa de vida da população mundial, em especial dos países em desenvolvimento como o Brasil, aumenta a incidência dos casos de doenças cardiovasculares, dentre os quais se destaca a Insuficiência Cardíaca (IC). Desta forma, deve-se refletir sobre o impacto que a Insuficiência Cardíaca pode causar na vida do indivíduo e na sua rotina e que neste aspecto há necessidade de avaliar a qualidade de

vida e o conhecimento em pacientes acometidos com esta patologia. Dessa forma, a presente pesquisa tem a seguinte questão a ser investigada: Existe correlação entre qualidade de vida e conhecimento da doença nos pacientes internados com IC? Será coletado em um primeiro momento no prontuário do paciente, um instrumento de anamnese, criado pelo pesquisador, acerca de sexo, idade, raça, ocupação, escolaridade, fração de ejeção, classe funcional, etiologia da IC e comorbidades, para serem analisadas as características clínicas deste grupo de pacientes. Para isso, será assinado pelo pesquisador um termo de Confidencialidade para utilização destes dados apenas para fins de pesquisa, garantindo o sigilo das informações. A seguir, os pacientes responderão aos 19 itens relacionados ao conhecimento em IC, através do questionário criado por Bonin et al. Por fim, os pacientes responderão aos 21 itens relacionados a qualidade de vida em IC, através do questionário de Minnessota (Minnessota Living with Heart Failure MLWHF test). O momento da entrevista pode ser dividido ou não em dois momentos, de acordo com a disponibilidade e vontade do paciente. Caso surjam dúvidas, o entrevistador poderá tirar

Endereço: Rua das Laranjeiras 374 - 5º andar
Bairro: Laranjeiras **CEP:** 22.240-006
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3037-2307 **E-mail:** cepinclaranjeiras@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.431.147

duvidas do paciente para que haja clareza nas respostas colhidas. A amostra será definida como amostra de conveniência, para que se possa obter o maior numero de pacientes possíveis que aceitem participar da pesquisa no período de 90 dias a partir da aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Instituição.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Avaliar a correlação entre conhecimento e qualidade de vida nos pacientes internados com IC;

Objetivo Secundário:

- Mensurar o conhecimento nos pacientes internados por IC;
- Mensurar a qualidade de vida nos pacientes internados por IC;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

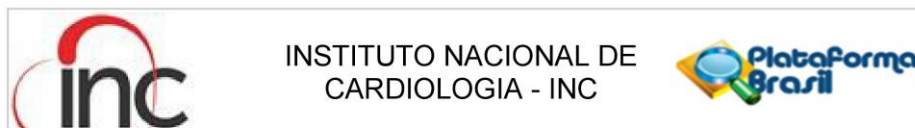
A presente pesquisa oferece risco mínimo podendo estar relacionado a lembrar de situação desconfortável da doença, mas sem risco físico.

O presente trabalho apresenta grande relevância pela epidemiologia da IC e os números expostos sobre as doenças cardiovasculares, que está aumentando no Brasil. Além disso, projeções indicam que em 2025 haverá cerca de 30 milhões de indivíduos idosos e que isso representará uma multiplicação em pacientes com IC e maiores gastos com essa doença.

Desta forma, faz-se necessário compreender como o conhecimento do paciente afeta a qualidade de vida destes pacientes acometidos com IC, para que assim possa ser criado uma intervenção que possa minimizar os sintomas e atuar de forma positiva na vida destes indivíduos. Este trabalho justifica-se na medida em que há estudos na literatura que tratam apenas sobre a qualidade de vida dos pacientes com IC e sobre conhecimento dos pacientes com esta enfermidade, de forma isolada. No entanto, não há registros na literatura que correlacionam os scores de conhecimento e qualidade de vida e se estes scores são correlacionáveis ou não, demonstrando a necessidade de estudarmos a existência desta relação. A partir deste estudo, pode-se observar interferência direta na prática profissional dos enfermeiros e da equipe de saúde em geral, pois através da observação da existência da relação do conhecimento e qualidade de vida dos pacientes com IC, pode haver a implementação de condutas apropriadas para este perfil de paciente, na tentativa de uma melhora na qualidade de vida e consequente diminuição do numero de internações.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Endereço: Rua das Laranjeiras 374 - 5º andar	
Bairro: Laranjeiras	CEP: 22.240-006
UF: RJ	Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3037-2307	E-mail: cepinclaranjeiras@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.431.147

Este trabalho é relevante na medida em que há estudos na literatura que tratam apenas sobre a qualidade de vida dos pacientes com IC e sobre conhecimento dos pacientes com esta enfermidade, de forma isolada. A proposta de associação entre o conhecimento dos pacientes e a qualidade de vida pode acarretar na implementação de condutas apropriadas para este perfil de paciente, na tentativa de uma melhora na qualidade de vida e consequente diminuição do número de internações.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados os termos obrigatórios.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O TCLE necessita esclarecimentos mais detalhados para melhor entendimento dos participantes da pesquisa. Acrescentar o nome do responsável pelo CEP e o contato telefônico do CEP - Pendência cumprida.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme Resolução CNS/MS 466/12 Capítulo XI Item 2.d cabe ao pesquisador responsável elaborar e apresentar os relatórios parciais e final ao Comitê de Ética em que foi submetido o projeto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1001640.pdf	22/11/2017 00:03:42		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Confidencialidade_Marcone_mod.doc	22/11/2017 00:03:15	MARCONE JOSÉ LIMA ALBINO	Aceito
Folha de Rosto	Nova_Folha_de_rosto_Marcone.pdf	05/10/2017 13:57:36	MARCONE JOSÉ LIMA ALBINO	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.doc	22/09/2017 01:39:24	MARCONE JOSÉ LIMA ALBINO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_MARCONE_FINAL.doc	22/09/2017 01:38:11	MARCONE JOSÉ LIMA ALBINO	Aceito
Cronograma	cronograma.doc	22/09/2017	MARCONE JOSÉ	Aceito

Endereço: Rua das Laranjeiras 374 - 5º andar

Bairro: Laranjeiras

CEP: 22.240-006

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3037-2307

E-mail: cepinclaranjeiras@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.431.147

Cronograma	cronograma.doc	01:33:26	LIMA ALBINO	Aceito
------------	----------------	----------	-------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 12 de Dezembro de 2017

Assinado por:
Yolanda Maria Cyranka
(Coordenador)

Endereço: Rua das Laranjeiras 374 - 5º andar
Bairro: Laranjeiras **CEP:** 22.240-006
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3037-2307 **E-mail:** cepinclaranjeiras@gmail.com