Avaliação da qualidade de vida de pacientes cardiopatas internados em um hospital público

Evaluation of quality of life in patients with heart disease hospitalized in a public hospital

Morgana Christmann[1], Cássia Cinara da Costa[2], Luciane Dalcanale Moussalle[3]

RESUMO

Introdução: As doenças cardiovasculares representam na atualidade um desafio para a medicina, sendo amplamente discutidas no campo da saúde, principalmente pelos altos índices de óbitos e internações por essas doenças, bem como pelo comprometimento na qualidade de vida dos pacientes. A pesquisa teve como objetivo avaliar a QV de pacientes com doenças cardiovasculares internados em um hospital público. **Métodos:** Delineou-se como um estudo de uma série de casos, com amostra consecutiva, constituída de 28 colaboradores. Foi aplicado um questionário semiestruturado para avaliar o perfil sociodemográfico e clínico e o questionário Short-form 36(SF36). **Resultados:** A amostra foi caracterizada por pacientes cardíacos idosos do gênero masculino, com média de idade de 62,14 anos. A doença que mais causou internação foi a insuficiência cardíaca congestiva. Entre os medicamentos mais utilizados, o captopril foi o destaque, e o sedentarismo foi o principal fator de risco para o desenvolvimento de doença cardíaca. Ao analisar o SF36, verificou-se que entre os domínios o que apresentou valor maior foi o estado geral de saúde e o que apresentou menores valores foi a limitação por aspectos físicos. **Conclusões:** Concluiu-se que entre o grupo estudado a QV foi identificada como baixa, reproduzindo o fato que, neste grupo, a doença cardíaca traz comprometimentos.

UNITERMOS: Avaliação, Qualidade de Vida, Doenças Cardiovasculares.

ABSTRACT

Introduction: *Cardiovascular diseases are currently a challenge for medicine and widely discussed in the health field, primarily because of the high rates of death and hospitalizations due to these diseases, but also because of the commitment to patients' quality of life (QOL). The study aimed to evaluate the QOL of patients with heart disease admitted to a public hospital.* ***Methods:*** *This was designed as a study of a series of cases, with a consecutive sample comprising 28 patients. We applied a semi-structured questionnaire, to assess the socio-demographic and clinical profile, and also questionnaire Short-form36 (SF36).* ***Results:*** *The sample was characterized by aged cardiac male patients with a mean age of 62.14 years. Congestive heart failure was the most frequent reason for hospitalization. Captopril stood out among the most widely used drugs, and sedentary lifestyle was the main risk factor for developing heart disease. An analysis of SF36 showed that general state of health had the greatest value among domains, and limitations by physical aspects had the lowest values.* ***Conclusions:*** *We concluded that QOL was low in the studied group, reproducing the fact that heart disease in this population brings impairments.*

KEYWORDS: *Evaluation, Quality of Life, Cardiovascular Disease.*

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares representam na atualidade um desafio para a medicina, sendo amplamente discutidas no campo da saúde, em função dos alertas aos países em desenvolvimento e subdesenvolvidos quanto ao crescente número de pacientes com doenças do coração e ao considerável aumento de óbitos por Doenças Cardiovasculares (DCV). Acredita-se que no ano de 2020 as DCV serão responsáveis por mais de 20 milhões de mortes/ano; em 2030, o número de mortes ultrapassará 24 milhões/ano (1, 2) .

As doenças cardiovaculares invariavelmente causam um comprometimento na Qualidade de Vida (QV) dos indivíduos pelo fato do comprometimento físico causado pela

[1] Fisioterapeuta.
[2] Fisioterapeuta. Mestre em Engenharia de Produção pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Doutora em Ciências Pneumológicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professora Adjunta da Universidade Feevale.
[3] Fisioterapeuta. Mestre em Ciências Médicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Doutora em Ciências Pneumológicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professora Adjunta da Universidade Feevale.

deteriorização da função cardíaca, como órgão fundamental para manutenção da vida (3).

Desta forma, a saúde física e psíquica do paciente estará comprometida e, diretamente, a sua qualidade de vida. Afirma-se que a saúde é um aspecto fundamental para a definição de qualidade de vida do indivíduo, pelas limitações que a própria doença traz, devendo-se levar em consideração também, em um contexto mais amplo, os aspectos biopsicossociais (2,4).

Mudanças que acabam exigindo dos profissionais uma nova adaptação ao tratamento, focando não apenas na doença, mas na qualidade de vida do paciente, pois ele está preocupado com as limitações que ela traz em suas atividades diárias (5).

Desta forma, a presente pesquisa teve como objetivo geral avaliar a QV de pacientes com doenças cardiovasculares internados em um hospital da região do Vale do Sinos e, como objetivo específico, identificar o perfil clínico e sociodemográfico destes pacientes.

MÉTODOS

Tratou-se de um estudo de uma série de casos, com amostra consecutiva, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob registro n° 4.08.03.09.1351 da Universidade Feevale, em conformidade com a resolução n°196 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentares de pesquisas envolvendo seres humanos.

Os critérios de inclusão abrangeram pacientes cardiopatas de ambos os sexos, maiores de 18 anos, que internaram em um hospital público por agudização e/ou descompensação de doenças cardíacas (infarto agudo do miocárdio, hipertensão arterial sistêmica, cardiopatia isquêmica, angina instável, insuficiência cardíaca congestiva), durante o período de coleta de dados (agosto-setembro/2009) e que aceitaram participar do estudo através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram excluídos pacientes que estavam internados por outras doenças de origem não cardíaca, como Insuficiência Renal Crônica (IRC), Insuficiência Respiratória Aguda (IRpA), Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), ou ainda, neoplasias malignas; alterações ortopédicas; pacientes que sofreram intervenção cirúrgica de qualquer origem nas últimas 4 semanas; pacientes com doenças neurodegenerativas que apresentassem distúrbio cognitivo.

Os instrumentos utilizados para coleta de dados foram uma entrevista semiestruturada elaborada pela autora para avaliação do Perfil Clínico e sociodemográfico e um questionário de Avaliação da Qualidade de Vida do Medical Outcome Study Short Form 36 (SF36), traduzido e validado para a língua portuguesa (Brasil) por Ciconelli et al. (6) .

O SF36 é um questionário retrospectivo (4 semanas anteriores), que contém 36 itens, incorporados em 8 dimensões: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspecto emocional e saúde mental. Estes itens graduam as respostas de 0 a 100, que indicam a maior pontuação como melhor estado de saúde, sendo que o último item (questão n°2) avalia a mudança retrospectiva de saúde comparada a um ano atrás, o qual não recebe pontuação (6, 7, 8, 9). Para a análise dos escores é realizada a ponderação dos dados, onde cada questão recebe um valor previamente estabelecido, em seguida são calculados os domínios, chamados de RAW SCALE, pois o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida. O cálculo é feito por meio da seguinte fórmula (6):

$$\text{Domínio: } \frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes - Limite inferior X 100}}{\text{Variação (Score Range)}}$$

Na fórmula, os valores de Limite Inferior e Variação (Score Range) são fixos e estão estipulados na Tabela 1, abaixo:

TABELA 1 – Valores de referência para o Calculo do Raw Scale

Domínio	Pontuação da(s) questão (ões) correspondente	Limite Inferior	Variação (Score Range)
Capacidade Funcional	03	10	20
Limitação por aspectos físicos	04	4	4
Dor	07 + 08	2	10
Estado geral de saúde	01 + 11	5	20
Vitalidade	09 (somente os itens a+e+g+i)	4	20
Aspectos sociais	06 + 10	2	8
Limitação por aspectos emocionais	05	3	3
Saúde mental	09 (somente itens b+c+d+f+h)	5	25

Fonte: Ciconelli et al., 1999

Os dados quantitativos foram avaliados através do programa Microsoft Office Excel (2007) utilizando estatística descritiva, por meio da tabela de frequência, média aritmética e seus respectivos desvios-padrões. Os procedimentos estatísticos foram realizados por meio no software SPSS (Versão 17.0), com nível de significância em $p \leq 0,05$ pelo teste t Student e intervalo de confiança de 95%.

Esta pesquisa foi desenvolvida única e exclusivamente pela pesquisadora, não havendo auxilio financeiro por qualquer entidade, nem mesmo conflito de interesses.

RESULTADOS

O presente estudo teve como amostra um grupo de 28 pacientes com doenças cardiovasculares, que internaram no período de 25 de agosto a 24 de setembro de 2009 por descompensação ou agudização da doença cardíaca.

Perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes

O perfil sociodemográfico e clínico da amostra foi caracterizado por pacientes cardíacos idosos do gênero masculino com média de idade de 62,14 anos. Os dados são apresentados em valores de média e são ilustrados nas Tabelas 2 e 3.

TABELA 2 – Distribuição das Variáveis Sociodemográficas

Variáveis	Total (%)	Variáveis	Total (%)	Variáveis	Total (%)
Gênero		**Estado Civil**		**Escolaridade**	
Masculino	60,7	Casados	39,2	Ensino Primário Incompleto	10,51
Feminino	39,4	Viúvos	25	Ensino Fundamental Incompleto	75
		Solteiros	17,9	Ensino Fundamental Completo	3,5
		Divorciados	17,9	Ensino Médio completo	7,14
				Não estudaram	3,5

Dados sublinhados referem a predominância de cada variável nesta amostra

TABELA 3 – Distribuição das Variáveis Clínicas

Variáveis	Total (%)
Diagnóstico Clínico*	
Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC)	28,6
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	25
Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)	21,4
Angina instável	21,4
Cardiopatia isquêmica	21,4
Medicações*	
Captopril	46,4
Ácido Acetilsalicílico (AAS)	42,9
Sinvastatina	25
Fatores de Risco*	
Sedentarismo	85,7
Consumo de Sódio > 3 g/dia	75
HAS	75
Histórico Familiar de doença cardíaca	75

* Pacientes apresentavam mais de um diagnóstico, utilizavam terapia combinada e fatores de risco associados
Dados sublinhados referem a predominância de cada variável nesta amostra

Análise do SF 36

Analisando os valores de média e desvio padrão expostos na Tabela 4, pode-se verificar que o domínio que apresentou valor mais próximo de 100 foi estado geral de saúde e o que apresentou menores valores foi limitação por aspectos físicos, demonstrando que no grupo estudado a doença cardíaca causa um comprometimento na qualidade de vida destes pacientes.

TABELA 4 – Análise dos Domínios do SF36

Domínio	MD±DP*	P**
1 - Capacidade Funcional	36,61 ± 23,49	0,007***
2 - Limitação por aspectos físicos	24,11 ± 33,66	0,134
3 - Dor	38,57 ± 30,38	0,029***
4 - Estado geral de saúde	65,32 ± 25,82	0,458
5 - Vitalidade	36,43 ± 21,29	0,306
6 - Aspectos sociais	46,38 ± 27,98	0,244
7 - Limitação por aspectos emocionais	29,74 ± 34,34	0,547
8 - Saúde mental	43,00 ± 25,03	0,073

*Média ± Desvio Padrão; ** valor de p - nível de significância
*** Pela análise estatística somente estes domínios apresentaram diferença significativa pelo valor de p < 0,05, ou seja, os domínios capacidade funcional e dor sofreram influência da doença cardíaca

A avaliação do valor de significância (p) demonstrou que os domínios capacidade funcional e dor foram estaticamente significativos com valor de p=0,007 e p=0,029, respectivamente, com intervalo de confiança de 95%.

DISCUSSÃO

Nas últimas décadas, o mundo vem sofrendo uma inversão da pirâmide etária, elevando a expectativa de vida em 45,9% dos idosos acima de 65 anos entre os anos de 1980 a 2000, isto em decorrência de constantes transformações demográficas, econômicas e sociais. Alguns autores citam que esta transição se deve principalmente a três fatores: o deslocamento da morbimortalidade para grupos etários mais velhos, a mudança da morbidade com a diminuição das doenças transmissíveis, aumento das doenças não transmissíveis e a queda da mortalidade (10, 11).

Quando analisamos a doença que mais causou internação, a ICC, observa-se que está de acordo com a literatura nacional, principalmente em se tratando de indivíduos idosos, como os colaboradores em questão, nos quais a deterioração das funções orgânicas ocorrem também em decorrência de fatores relacionados ao envelhecimento (12, 13).

O captopril como medicamento mais utilizado entre o grupo estudado é também citado em outros estudos. Está indicado para o tratamento da HAS, assim como para pacientes com ICC, IAM com baixa fração de ejeção, pacientes com risco de doença aterosclerótica e na prevenção de AVC (Acidente Vascular Cerebral). De acordo com o diagnóstico clínico mais incidente, a ICC descompensada, neste grupo, pode-se observar que o emprego deste fármaco está de acordo com suas indicações clínicas (14, 15, 16). Cabe ressaltar que o consumo de medicamentos foi variado com 25 tipos citados e ainda a maioria dos pacientes fazia uso de terapia combinada.

O sedentarismo, como principal fator de risco apontado neste grupo, corresponde também aos dados ilustrados na literatura, onde se observa o sedentarismo como maior fator de risco entre a população com mais de 65 anos, entre outros (3, 17, 18).

"As DCV representam a principal causa de incapacidade e mortalidade entre os idosos brasileiros" (3). Assim sendo, é presumível que a QV destes sujeitos esteja prejudicada, já que um contexto geral da vida diária estará afetado pela incapacidade física que a doença cardíaca traz.

Muitos são os autores que avaliam a QV em diferentes doenças, principalmente as crônicas, que acabam por comprometer de um modo geral o cotidiano, a função física e psíquica de um indivíduo (6).

Este estudo demonstrou que, estatisticamente, apenas os domínios capacidade funcional e dor foram significativos,

p=0,007 e p=0,029, respectivamente, ou seja, estavam afetados pela doença e que estes mesmos domínios demonstraram-se superiores no gênero masculino, o que fora também observado por Nogueira et al. (19).

O item Capacidade Funcional teve um baixo valor quando analisado pelos escores do SF36, demonstrando que entre os indivíduos entrevistados há comprometimentos, o que pode ser justificado pelas doenças como artrose, problemas de coluna que invariavelmente limitam as atividades físicas normais dos pacientes. Para outro autor, a funcionalidade do indivíduo está diretamente relacionada à intensidade, frequência e duração do episódio de dor, que acompanha principalmente a população idosa (20).

Estudo realizado para avaliar o impacto de doenças crônicas nos pacientes idosos demonstrou que o item capacidade funcional apresentou maior significância em relação a idade, sendo o único item que declinou progressivamente com o seu avançar, o que foi reforçado por outra pesquisa que estudou a QV de aposentados (21, 22). No entanto, para outro autor, a dor é um fator que interfere significativamente na QV destes indivíduos, porém, não é estabelecida relação entre maior ou menor idade para a presença de dor (23).

O domínio limitação por aspectos físicos foi o que apresentou menores pontuações com média e desvio padrão de 24,11 ± 33,66, demonstrando que neste grupo, os aspectos físicos apresentam uma influência significativa na QV dos pacientes cardiopatas aqui estudados. Estatisticamente, o valor de p=0,134, não demonstrou significância. Dados que são reforçados por outros estudos que identificaram o maior comprometimento de QV relacionado a limitações por aspectos físicos em pacientes com idade mais avançada, destacando que quando comparado com a literatura nacional, este domínio em geral apresenta ainda menores escores (21, 22).

O domínio estado geral de saúde apresentou o escore mais alto 65,32 ± 25,82, porém não significativamente estatístico (p=0,458).

Dados estes que estão em consonância com um estudo realizado com aposentados, que verificou no domínio estado geral de saúde baixo escores com média de 59,0±20,0 pontos, dado que se assemelha ao encontrado nesta pesquisa com 65,32 ± 25,82 pontos em média, o que, para este mesmo autor, significou baixos escores se comparados ao demais domínios (22). Porém, nesta pesquisa, foi o item que teve médias mais altas, demonstrando que o estado geral de saúde do grupo estudado é superior ao citado no estudo anterior, mas baixo se comparado aos demais domínios.

Contudo, nesta pesquisa, pode-se observar que para estes idosos, a percepção sobre o seu estado geral de saúde era boa, o que pode ser justificado pelo baixo nível de escolaridade que pode ter dificultado a compreensão do questionário (24).

O domínio vitalidade não demonstrou significância estatística no grupo estudado, demonstrado pelo valor de p=0,306. Uma pesquisa que realizou a avaliação da QV de pacientes com hemodiálise verificou os menores escores no item vitalidade com média 58±22, dados que para amostra do autor traduziram-se como baixos. Porém, quando formos comparar com os dados aqui apresentados, este item teve escores ainda mais baixos com 36,43 ± 21,29. Este dado pode ser justificado pela idade avançada nos pacientes aqui estudados (24).

No domínio aspectos sociais, não houve significância estatística (p=0,224). Fato que para outros autores justifica que a convivência social de um indivíduo está intimamente relacionada à percepção da QV (25).

Estatisticamente, o valor de p=0,0547 não demonstrou significância no domínio limitação por aspectos emocionais quando feitas as comparações para a análise. Estes dados estão de acordo com outro estudo, onde não houve variação de acordo com as doenças, o que pode ser justificado pela exclusão de pacientes com alteração cognitiva também nesta pesquisa (21).

Nesta pesquisa, o domínio saúde mental teve escores baixos, com média de 43,00 ± 25,03, que quando comparado aos demais ainda é superior, sendo que o resultado não foi estatisticamente significativo, com um valor de p=0,073.

Pesquisadores explicam que os aspectos mentais são atingidos inicialmente pelo impacto da doença, com a qual o sujeito entra em "luto" pela perda da saúde, assim como quando se perde um familiar (26).

Quando questionados sobre como os colaboradores classificariam sua saúde agora, quando comparados a um ano atrás, 53,57% referiram estar "pouco pior agora do que a um ano atrás"; em seguida, 21,42% apontaram como "muito pior agora do que a um no atrás"; 10,71% assinalaram estar "quase a mesma coisa de um ano atrás"; 7,14% "um pouco melhor agora do que um ano atrás" e 3,57% "muito melhor agora do que a um ano atrás".

O que pode ser observado é que, entre os pacientes que relataram "um pouco pior agora do que um no atrás", estavam os que tinham alguma doença cardíaca que descompensou neste período ou pacientes que sofreram IAM recentemente, o que reflete um comparativo negativo já que a um ano sua saúde apresentava-se em boas condições.

Diante dos resultados apresentados é importante ressaltar que este estudo tem limitações metodológicas. Inicialmente, cita-se o pequeno período de coleta de dados, que fora necessário devido a prazos estipulados para apresentação da pesquisa. Um período maior traria maiores possibilidades de uma amostra significativa e representativa. Outra limitação importante é a amostra diminuta, principalmente por se tratar de um hospital geral de médio porte onde os casos de alta complexidade são encaminhados diretamente a outros centros de referência em cardiologia da região. Ainda, a amostra foi constituída por pacientes cardíacos não delimitando uma doença específica, ou seja, uma insuficiência cardíaca certamente causará pior qualidade de vida do que uma hipertensão arterial sistêmica descompensada. Mesmo diante a estes fatos, observa-se a relevância do estudo em demonstrar que o tratamento não deve ser focado apenas na doença mas na qualidade de vida como um todo.

CONCLUSÃO

Concluiu-se que neste grupo as doenças cardiovasculares inevitavelmente acarretaram alterações na capacidade física, mental e perceptiva dos indivíduos, reduzindo sua qualidade de vida em geral. Desta forma, grande parte das AVD's e vida social ficam comprometidas pela incapacidade de desempenhar estas atividades, o que compromete mais ainda quando esta pessoa é idosa, pelas alterações que surgem com a idade avançada, ocasionando uma piora na QV.

Enfatiza-se que não apenas a função física seja considerada quando um paciente é avaliado, mas sim sua qualidade de vida, demonstrando por meio dela que o tratamento realmente foi eficaz.

NOTA

Este artigo é parte do Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Fisioterapia de Morgana Christmann pela Universidade Feevale.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Azambuja MIR, Foppa M, Maranhão MFC, Achutti AC. Impacto econômico dos casos de doença cardiovascular grave no Brasil: uma estimativa baseada em dados secundários. Arq Bras de Cardiol. 2008;91(3):163-171.
2. Rebelo FPV, Garcia AS, Andrade DF, Werner CR, Carvalho T, resultado clínico e econômico de um programa de reabilitação cardiopulmonar e metabólica. Arq Bras de Cardiol. 2007;88(3):321-328.
3. Serrano Junior CV (Ed.). Tratado de cardiologia SOCESP. 2. ed. Barueri, SP: Manole; 2009.
4. Seild EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Cad Saúde Pública. 2004;(20):580-588.
5. Souza EM, Quadros AS, Maestri R, Albarrán C, Leite RS. preditores de mudança na qualidade de vida após um evento coronariano agudo. Arq Bras de Cardiol. 2008;91(4):252-259.
6. Ciconelli RM, Ferras MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação da qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). Rev Bras Reumat.1999;39(3):143-150.
7. Aranha LLM, Mirón Canelo JA, Alonso MS, Del Pino JM, Sáenz MCG. Qualidade de vida relacionada à saúde em espanholas com osteoporose. Rev Saúde Pública. 2006;40(2):298-303.
8. Cunha TMB. Cotta RMA, Souza BK, Oliveira BG, Ribeiro ALP, Sousa LAP. Correlação entre classe funcional e qualidade de vida em usuários de marcapasso cardíaco. Rev Bras Fisiot. 2007;11(5):341-345.
9. Gonsalvez FDP, Marinho PEM, Maciel MA, Galindo Filho VC, Dornellas de Andrade A. avaliação da qualidade de vida pós-cirurgia cardíaca na fase i da reabilitação através do questionário MOS SF 36. Rev Bras Fisiot. 2006;10(1):121-126.
10. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis- DCNT 2008. Série Pacto pela saúde. 2006.
11. Barros MBA, Chester LGC, Carandina L, Torre GD. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. Rev Ciên Saú Coletiva. 2006;11(4):911-926.
12. Lessa I. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil. Rev Bras Hipert. 2001;8(4):383-92.
13. Guimarães JI et al. (Coord). Revisão das II diretrizes da sociedade brasileira de cardiologia para o diagnóstico e tratamento da insuficiência cardíaca. Arq Bras Cardiol. 2002;79 suppl.4:1-30.
14. Cotta RMM, Siqueira Batista KC, Sena Reis R, Souza GAD, Dias G, Ferreira de Castro FA, et al. Perfil sociossanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família no município de Teixeiras, MG. Rev Ciên Saúde Coletiva. 2009;14 (4): 1251-1260.
15. Jr. Mion D, et al. (Coord). V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Soc Bras Nefrologia. 2006.
16. 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;88(4):475-479.
17. Jaconodino CB, Amestoy SC, Thoferhn MB. Conhecimento dos pacientes acerca dos fatores de risco relacionados às doenças cardiovasculares. Rev Cog Enfer. 2007;12(4):466-71.
18. Zaitune MPA, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Fatores associados ao sedentarismo no lazer em idosos, Campinas, São Paulo, Brasil. Cad Saú Públ do Rio de Janeiro.2007;23(6):1329-1338.
19. Nogueira CRSR, Hueb W, Takiuti ME, Girardi PBMA, Nakano T, Fernandes F . qualidade de vida após revascularização cirúrgica do miocárdio com e sem circulação extracorpórea. Arq Bras Cardiol. 2008;91(4):238-244.
20. Dellaroza MSG, Pimenta CAM, Matsuo T. Prevalência e caracterização da dor crônica em idosos não institucionalizados. Cad Saú Públ do Rio de Janeiro. 2007;23(5):1151-1160.
21. Campolina AG, Dini PS, Ciconelli RM. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo. Rev Ciên Saú Colet. 2008;0987/2008.
22. Pimenta FAP, Simil SS, Tôrres HOG, Amaral CFS, Rezende CF, Coelho TO, et al. Avaliação da qualidade de vida de aposentados com a utilização do questionário SF-36. Rev Assoc Med Bras. 2008;54(1):55-60.
23. Andrade FA, Pereira LV, Souza FAEF. Mensuração da dor no idoso: uma revisão. Rev Latino- americana Enferm. 2006;14(2):271-6.
24. Castro M, Caiuby AVS, Draibe AS, Canziani MEF. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36. Rev Assoc Med Bras. 2003;49(3):245-249.
25. Santos PR. Relação do sexo e da idade com nível de qualidade de vida em renais crônicos hemodialisados. Rev da Assoc Med Bras. 2006;52(5):356-9.
26. Favarato MECS, Favarato, D; Hueb, WA; Aldrighi, JM. Qualidade de vida em portadores de doença arterial coronária: comparação entre gêneros. Rev Assoc Med Bras. 2006;52(4):236-241.

✉ Endereço para correspondência
Morgana Christmann
Rua Eng° Régis Bittencourt, 701
93900-000 – Ivoti, RS – Brasil
☎ (51) 3563-1219 / (51) 3563-6907 / (55) 9616-4892
morgana_fst@hotmail.com

Recebido: 2/5/2011 – Aprovado: 31/7/2011