

QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS COM DOENÇAS CARDIOVASCULARES: POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL

Quality of life of hospitalized patients with cardiovascular disease: Possibilities for Occupational Therapy intervention

Calidade de vida de pacientes ingresados con enfermedades cardiovasculares: posibilidades de intervención de la Terapia Ocupacional

José Roberto dos Santos

Terapeuta ocupacional, Associação Pestalozzi de Maceió
roberto.san82@yahoo.com.br

Stéphany C. C. A. G. Reis

Universidade Federal de São Carlos, UFSCar
stephanyccaguedes@gmail.com

Monique Carla da S. Reis

Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas UNICISAL
moniecmal@hotmail.com

Analice B. A. de L. Soares

Santa Casa de Misericórdia de Maceió
analice@gmail.com

Adriana Lobo Jucá

Universidade Federal de Pernambuco UFPE
adrianajuca@gmail.com

Resumo

As doenças cardiovasculares são responsáveis pela crescente morbidade e mortalidade no Brasil que causam incapacidades e dificuldades no desempenho ocupacional de cardiopatas, além de apresentar declínio na qualidade de vida devido ao avanço da doença e às complicações presentes no organismo. Este estudo se propôs a identificar a percepção da qualidade de vida por pacientes cardiopatas em seis domínios, os quais podem interferir nas atividades cotidianas destes. Para tanto, foi realizada uma pesquisa transversal quantitativa com 21 pacientes cardiopatas internados em um hospital na cidade de Maceió, Alagoas. Foi utilizado o instrumento genérico de qualidade de vida Perfil de Saúde de Nottingham e análise de regressão linear multivariada, adotando-se o valor de $p < 0,05$ para as variáveis estatisticamente significativas. Os resultados mostraram que os domínios habilidades físicas, dor, sono e reações emocionais apresentaram significância estatística. Conclui-se que a percepção da qualidade de vida relacionada à saúde, dos sujeitos pesquisados, mostrou-se negativa. Portanto, diante desta observação, o terapeuta ocupacional, após avaliar a qualidade de vida desta população do estudo, tem subsídios para intervir com atividades propícias para a melhora na qualidade de vida de pacientes cardiopatas.

Palavras-chaves: Qualidade de Vida, Terapia Ocupacional, Doenças Cardiovasculares.

620

Abstract

In Brazil, cardiovascular diseases are responsible for increased morbidity and mortality, disability and difficulties in occupational performance of heart disease patients as well as shown a decline in quality of life due to disease progression and complications present in the body. This study aimed to identify the perception of cardiac patients for quality of life in six areas, which may interfere in their daily activities. Therefore, we carried out a quantitative cross-sectional study of 21 cardiac patients admitted to a hospital in the city of Maceió, Alagoas. We used the generic instrument of quality of life of Nottingham Health Profile and multivariate linear regression, adopting $p < 0.05$ for statistically significant variables. The results showed that the domains physical abilities, pain, sleep and emotional reactions presented statistical significance. We conclude that the perception of quality of life related to health of the subjects surveyed proved negative. So, on this observation, the occupational therapist, after evaluating the quality of life in this kind of population, will have subsidies to intervene with appropriate activities to improve the quality of life of cardiac patients.

Keywords: Quality of Life, Occupational Therapy, Cardiovascular Diseases.

Resumen

Las enfermedades cardiovasculares son responsables de la mayor morbilidad y mortalidad en Brasil, que causan discapacidades y dificultades en el desempeño ocupacional de pacientes cardíacos y disminución en la calidad de vida debido al adelanto de la enfermedad y las complicaciones presentes en el cuerpo. Este estudio propuesto identificar la percepción de la calidad de vida para los pacientes con enfermedades del corazón en seis áreas, que pueden interferir con las actividades cotidianas. Se realizó una investigación cuantitativa con 21 pacientes ingresados en un hospital en la ciudad de Maceió, Alagoas. Se utilizó el instrumento genérico perfil de salud de Nottingham y se realizó el análisis de regresión lineal multivariante, adoptando el valor de $p < 0.05$ para las variables estadísticamente significativa. Los resultados mostraron que las habilidades físicas de los dominios, dolor, sueño y reacciones emocionales mostraron significación estadística. Parece que, la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud de los sujetos encuestados mostraron negativo. Por lo tanto, en esta nota, el terapeuta ocupacional, después de evaluar la calidad de vida de esta población de estudio, tendrá que intervenir con actividades conducentes a la mejora de la calidad de vida de los pacientes con enfermedades del corazón.

Palabras Claves: Calidad de vida, Terapia ocupacional, Enfermedades cardiovasculares.

1 INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV), segundo Mansur e Favarato¹, são as principais causas de mortalidade na população brasileira, responsável por 20 % das mortes na população com idade acima de 30 anos entre homens e mulheres, porém os autores relatam que nos últimos anos vem ocorrendo uma redução da mortalidade por DCV passando de -1,5% entre 1980-2006, para -0,8% entre 2007-2012, contudo a mortalidade por doença isquêmica do coração parou de cair entre 2007-2012, necessitando de maior acompanhamento de políticas públicas de saúde, pois as DCV causam comprometimento físico e mental no indivíduo.

As DCV invariavelmente causam um comprometimento na qualidade de vida dos indivíduos pelo fato do comprometimento físico causado pela deterioração da função cardíaca, como órgão fundamental para manutenção da vida. Assim, a saúde física e psíquica do paciente estará comprometida e, diretamente, a sua qualidade de vida. (p. 239-240)²

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia³, no ambiente hospitalar o indivíduo com doenças cardiovasculares recebe intervenção por meio da Reabilitação Cardiovascular; que é o somatório das atividades necessárias para garantir as melhores condições físicas, mentais e sociais, de forma que estes pacientes consigam, pelo seu próprio esforço, reconquistar uma posição adequada nas comunidades e levar uma vida ativa e produtiva, com Qualidade de Vida (QV).

Ao abordar o significado da QV, Lima e Whitaker⁴ assinalam que ainda não há um consenso, mesmo após este conceito ter despertado interesse em diversas áreas do conhecimento, principalmente na saúde.

No Ocidente, há uma demonstração de interesse pelas condições externas de vida, experiências, sensações subjetivas do indivíduo relacionadas ao bem-estar, porém a QV é tida como uma expressão intuitiva que envolve a percepção das pessoas que a interpreta de forma variada, sejam elas: o indivíduo, a família e a equipe de saúde, gerando dificuldade na compreensão deste conceito, sendo necessária auto interpretação por ele próprio a respeito de sua QV usando como pressuposto central a sua experiência humana, afirmam Melchior *et al*⁵, Moriel *et al*⁶ e Neves *et al*⁷.

A World Health Organization⁸ definiu genericamente QV como sendo “A percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores no qual ele vive em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”, afirmando o caráter multidimensional deste conceito.

Atualmente, as pesquisas vêm se preocupando em investigar a QV de indivíduos com doenças relacionadas ao coração, por exemplo, portadores de insuficiência cardíaca que apresentam um declínio na capacidade física, devido à presença de dispneia e fadiga⁸.

Segundo Oliveira e Orsini⁹, no Brasil as pesquisas sobre QV são bem recentes, comparadas a estudos internacionais realizados em países da Europa e nos Estados Unidos. Portanto, o aprofundamento do estudo da QV, de forma científica, é importante para traçar critérios destinados à liberação de medicamentos ou acompanhamento em programa de reabilitação de pessoas com doenças crônicas.

Autores como Dantas *et al*¹⁰ e Rossi *et al*¹¹ afirmam que avaliar a QV em pessoas com doenças crônicas tem sido uma maneira de determinar o impacto do cuidado de saúde, quando a cura não é possível, passando a ser um objeto de investigação na área da saúde extrapolando os cuidados relacionados a redução dos sintomas e prolongamento da vida bem como e, abrangendo, o modo de sobrevivência do doente e a forma como a QV se apresenta para ele próprio e para a sociedade.

Mannini *et al*¹² ao estudarem as doenças crônicas que interferem na qualidade de vida, principalmente dos brasileiros, afirmam que as DCV são as que causam maiores impactos no desempenho ocupacional dos indivíduos que apresentarão restrições em suas atividades ocupacionais tais como: o trabalho e condução de automóveis, além de tarefas cotidianas.

Segundo Leão e Sales¹³ é no cotidiano que as pessoas colocam em funcionamento suas características de personalidade, individualidade e as habilidades, mesmo que suas capacidades não sejam utilizadas de forma intensa, pois diante de um adoecimento surge mudanças na vida cotidiana, de quem adoeceu e quem está a sua volta, implicando em um melhor desempenho ocupacional.

Afirmam Law *et al*¹⁴ e AOTA¹⁵ que o desempenho ocupacional é caracterizado como a participação do indivíduo no contexto da vida diária, resultando em interações entre a pessoa, o ambiente e a ocupação realizando, ou completando uma ação selecionada, atividade ou ocupação.

O terapeuta ocupacional, por meio da análise do desempenho ocupacional de um indivíduo, irá identificar as habilidades de desempenho, os padrões de desempenho, os contextos ou ambientes e atividades entre outros, porém só serão avaliados, os aspectos selecionados e relatados por eles¹⁵.

De acordo com Cordeiro¹⁶ e Ferraro¹⁷, um dos profissionais que pode atuar na expectativa de melhorar a QV de indivíduos com cardiopatias é o terapeuta ocupacional que ajuda estes pacientes a retornar ao seu cotidiano, realizando suas atividades de vida diária (AVD) e reduzindo hábitos relacionados a fatores de riscos ligados à doença.

A atuação do terapeuta ocupacional na cardiologia busca planejar, prevenir e tratar as disfunções ocupacionais relacionadas às afecções cardiovasculares e que implicam na instalação de deficiências, incapacidades e desvantagem social, por meio de avaliação sobre os parâmetros clínicos que podem interferir na morbidade e mortalidade destes indivíduos^{12,16}.

Assim, a contribuição do terapeuta ocupacional será focada nos aspectos de *atividades cotidianas e participação social* destes indivíduos no intuito de promover independência, autonomia e satisfação com a vida¹⁶.

Este estudo tem como objetivo identificar a percepção da qualidade de vida por pacientes cardiopatas em seis domínios que podem interferir nas atividades cotidianas, assim, apresentando demanda de trabalho para terapeutas ocupacionais e possibilitar melhor planejamento para intervenção.

623

2 MATERIAIS E MÉTODOS

2.1 Tipo de estudo e local

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, realizado no Hospital do Coração de Alagoas (HCOR-AL) na cidade de Maceió-Alagoas, Brasil, entre julho e setembro de 2012.

2.2 Procedimentos e participantes

A amostra consistiu de modo independente por conveniência, após liberação da direção médica para o acesso aos prontuários, sendo disponibilizados 50 deles para a seleção dos participantes da pesquisa.

Foram aplicados os critérios de exclusão como: idade fora da faixa de investigação, doenças não associadas às DCV, participantes com alta médica ou sem condições cognitivas para participar da entrevista. Foi obtido o consentimento de vinte e um (21) participantes de ambos os sexos, com idade entre 35 a 70 anos no período pré-operatório.

Após a seleção dos participantes foi realizada uma entrevista inicial, em um único momento, no intuito de responder os questionários que identificaram os aspectos sociodemográficos, clínicos e de QV.

As variáveis pesquisadas foram categóricas (sexo, estado civil, presença de ocupação, presença de doenças associadas, chefe da família, necessidade de acompanhantes nas AVD, presença de sedentarismo) e contínuas (idade, renda, qualidade de vida através dos domínios dor, sono, habilidades físicas, reações emocionais, interação social e energia).

2.3 Instrumentos utilizados

Foram utilizados dois questionários, sendo um relacionado aos fatores sociodemográficos e outro para a mensuração da qualidade de vida.

O questionário sociodemográfico, consiste para avaliar variáveis relacionadas a idade, sexo, alfabetização, estado civil, renda, chefe da família, ocupação atual, doenças associadas, presença de acompanhantes nas atividades da vida diária e sedentarismo.

Para mensurar a qualidade de vida relacionada à saúde dos participantes, consiste em utilizar o Perfil de Saúde de Nottingham (PSN), um teste simples desenvolvido na Inglaterra e amplamente utilizado na Europa para avaliar a qualidade de vida de idosos, de portadores de doenças crônicas, debilitados, hospitalizados ou institucionalizados. No Brasil, este instrumento consiste de tradução e adaptação realizado por Teixeira-Salmela *et al*¹⁸, porem há uma escassez de bibliografia relacionado a seu uso, afirmam Linden Junior *et al*¹⁹, Mincato e Freitas²⁰, Faria *et al*²¹ e Cabral²².

O instrumento é de formato dicotômico (“sim” ou “não”), composto por 38 itens baseados na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF, agrupados em seis domínios: Nível de Energia (que avalia a falta de disposição no cotidiano), Dor (presente no dia a dia), Reações Emocionais (que investiga alterações psicológicas como ansiedade e depressão), Interação Social (que avalia a capacidade de relacionamento com outras pessoas), Habilidades Físicas (que investiga as dificuldades que o sujeito apresenta para realizar suas tarefas de vida diária e do cotidiano) e Sono (que investiga dificuldades ou problemas para dormir).

Para os cálculos dos seis domínios do PSN, Omonte²³ explica que cada domínio varia de 0 a 100 pontos, onde 0 (zero) corresponde a melhor percepção de saúde pelo participante, e 100 (cem) a pior percepção de saúde. Esses valores são obtidos pela fórmula abaixo:

$$\text{Item (Domínio)} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de questões pontuadas} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total de questões}}$$

Cada questão do PSN, nos seus determinados domínios, tem um valor fixo, sendo que, a soma de todas as questões de um domínio, caso forem afirmativas é 100, indicando grau máximo de acometimento.

Para caracterizar a amostra e a distribuição dos escores obtidos por cada domínio do PSN, utilizou-se estatística descritiva (média e desvio padrão).

Segundo Cabral *et al*²⁴ para o cálculo do valor geral do PSN, cada resposta positiva equivale ao escore de um (1) e cada percepção negativa da saúde equivale a um escore de zero (0), sendo a pontuação máxima de 38 pontos. Quanto maior esta pontuação, pior a percepção da qualidade de vida relacionada a saúde pelo participante ²¹.

2.4 Análise estatística

A análise estatística consistiu em ser realizada através do programa *Statistics Package for the Social Sciences* (SPSS versão 18, Chicago, EUA). Foram realizadas a estatística descritiva e o Teste Exato de Fisher para a comparação de proporções, Teste t de Student para as médias, desvio padrão e a análise de regressão linear múltipla pelo método Stepwise. As variáveis consideradas estatisticamente significantes que apresentaram no modelo final de regressão, foram as que obtiveram um valor de $p < 0,05$.

Esta pesquisa obteve aprovação da direção médica do HCOR-AL e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL), por meio do protocolo n° 1749.

3 RESULTADOS

Ao analisar os dados do questionário sociodemográfico, a amostra (n=21) apresentou uma média de idade de 59,95 anos ($\pm 9,55$) e 66,6 % dos sujeitos pesquisados eram do sexo

masculino e todos apresentaram uma renda superior a um salário mínimo, vigente no período do estudo.

Na tabela 1, apresenta resultados descritivos relacionados aos fatores sociodemográficos e clínicos dos participantes da pesquisa.

Variáveis	n = 21	
	N	%
Sexo		
Masculino	14	66,7
Feminino	07	33,3
Escolaridade		
>8 anos	18	85,7
<8anos	03	14,3
Estado civil		
Casado	17	81,0
Solteiro / Viúvo	04	19,0
Ocupação		
Trabalha	07	33,3
Não trabalha	14	66,7
Chefe da família		
Sim	18	85,7
Não	03	14,3
Doenças associadas		
Sim	18	85,7
Não	03	14,3
Dificuldade de realizar as AVD		
Sim	15	71,4
Não	06	28,6
Sedentarismo		
Sim	14	66,6
Não	07	33,4

Tabela 1. Descrição dos fatores sociodemográficos e clínicos dos participantes da pesquisa.

Na tabela 2, apresenta resultados das médias e desvio padrão dos domínios relacionados à percepção de qualidade de vida do PSN pelos participantes da pesquisa. Todos os domínios: nível de energia, dor, sono, reações emocionais, habilidades físicas e interação social foram estatisticamente significantes.

Domínios	Média	Desvio Padrão	Valor <i>p</i> *
Nível de energia	50,77	41,65	<0,001
Dor	36,90	34,56	<0,001
Sono	56,19	40,80	<0,001
Reações emocionais	38,58	28,64	<0,001
Habilidades físicas	38,09	23,64	<0,001
Interação social	20,00	24,49	<0,001

Tabela 2. Média e desvio padrão dos domínios do PSN relacionados à qualidade de vida.
*nível de significância $p < 0,05$ para o teste t de Student.

Na Tabela 3, encontram-se os resultados da regressão linear multivariada, no modelo final de regressão apresentando um coeficiente de determinação de $R^2 = 0,962$. As variáveis que apresentaram estatisticamente significantes foram: reações emocionais, dor, habilidades físicas e sono, que mostraram ter uma percepção negativa da qualidade de vida pelos participantes da pesquisa.

n= 21				
Domínios	Beta	B	IC* 95% para B	Valor <i>p</i> **
Reações emocionais	0,42	0,11	0,05 – 0,18	<0,01
Dor	0,39	0,09	0,05 – 0,13	<0,01
Habilidades físicas	0,28	0,09	0,40 – 0,15	0,03
Sono	0,31	0,06	0,02 – 0,10	0,04

Tabela 3. Análise dos domínios do PSN que permaneceram no modelo final de regressão linear multivariada, relacionados à percepção da qualidade de vida dos participantes da pesquisa.

*Intervalo de Confiança. **Nível de significância $p < 0,05$

Na tabela 4, observa-se a relação entre a percepção negativa dos participantes nos domínios da QV com a área de desempenho prejudicada, indicando possíveis comprometimentos no desempenho ocupacional de tais participantes, o que geram demandas para a terapia ocupacional, uma vez os comprometimentos de tais domínios interferem diretamente no desempenho das AVDs e atividades instrumentais de vida diária - AIVDs, no descanso e sono e na participação social dos participantes, acarretando limitações no cotidiano e diminuição da qualidade vida.

Domínios da *QV	Área de Desempenho relacionada
Reações emocionais	Participação social, AVDs, AIVDs e trabalho.
Habilidades Físicas	AVDs, AIVDs, trabalho, lazer e sono.
Sono	Dificuldade no descanso e preparo do sono.
Dor	AVDs, AIVDs, trabalho, lazer, descanso e sono.

Tabela 4. Relação da percepção negativa dos domínios da qualidade de vida com as áreas de desempenho dos participantes.

*QV- Qualidade de Vida.

4 DISCUSSÃO

Ao analisar a percepção da qualidade de vida relacionada à saúde dos entrevistados, por meio da utilização do PSN, observou-se que os participantes do presente estudo apresentaram percepção negativa para a qualidade de vida nos domínios Sono, Reações Emocionais, Habilidades Físicas e Dor. Os dados deste estudo apresentaram concordância com um estudo realizado por Dessotte²⁵ em relação a idade e a população estudada, com maior prevalência em homens.

Em um estudo realizado com 253 sujeitos portadores de síndrome coronariana aguda, internados em um hospital no interior de São Paulo, apresentou semelhanças com o presente estudo nos domínios Aspectos Físicos e Nível de Energia, pois os dois domínios manifestam uma relação entre eles, resultado já esperado pelos autores, pois estudos revelam que, quando o nível de energia está baixo conseqüentemente as atividades físicas e diárias, realizadas por pacientes com DCV, também estarão baixa comprometendo a qualidade de vida^{7,25}.

Outro estudo que investigou 28 pacientes cardiopatas, internados em um hospital público, também apresentou resultados parecidos em relação aos domínios relacionados a Capacidade Física, Saúde Mental e Dor. Segundo os autores do estudo², o comprometimento desses domínios reduz a qualidade de vida e compromete, em parte, as AVD. Em concordância com Dessotte²⁵ e Linder Junior *et al*¹⁹, os autores também afirmam que o processo de envelhecimento do sujeito contribui para resultados que levam a uma percepção negativa da qualidade de vida, como observado neste estudo.

Ao investigar a rotina ocupacional de 15 sujeitos implantados com cardiodesfibriladores, Mannini *et al*¹² relatam que estes pacientes apresentaram medo quanto ao aumento do uso de força em algumas atividades que requerem maior gasto energético e

sobrecarga ao sistema cardiovascular apresentando, deste modo, reações emocionais fragilizadas como a presença de sintomas depressivos, ansiedade, medo da morte e alterações na imagem corporal, como também interferências na rotina ocupacional em atividade domiciliar, física e de autocuidado, como também no desempenho dos papéis ocupacionais.

Como a pesquisa está relacionada à qualidade de vida de pacientes na fase de hospitalização, buscou-se discutir a atuação do terapeuta ocupacional nessa fase que dura entre 8 a 12 dias. Atualmente nos serviços de saúde, vem apresentando uma necessidade para reduzir a duração de pacientes com DCV internos em hospitais, afirmam Paz e Celero²⁶.

Na fase de hospitalização do paciente, o terapeuta ocupacional já pode iniciar sua intervenção a partir do primeiro ou segundo dia, após a ocorrência do processo agudo e participando do Programa de Reabilitação Cardíaca. O objetivo do terapeuta ocupacional nessa fase é prestar informações ao paciente a respeito das DCV, analisar e reeducar o desempenho das atividades de autocuidado através de treino nas AVD (alimentação, preparar e vestir roupa, banho, etc.) para recuperar a autonomia em atividades cotidianas, favorecer mobilização precoce e progressiva para evitar perda de massa muscular durante o período de repouso do paciente, como também iniciar ações educativas de mudanças de hábitos de fatores de riscos para as DCV, proporcionando o retorno do paciente às suas atividades cotidianas e sociais^{26,27,28, 29}.

Nessa fase o terapeuta ocupacional inicia sua intervenção de forma progressiva e com base nos princípios da conservação de energia, pois qualquer atividade requer gasto de energia ao sistema cardiopulmonar. Os gastos de energia em pacientes com DCV se mede pelo equivalente metabólico e as AVD se baseiam nesse equivalente metabólico em repouso²⁶ para poder observar e comparar as respostas cardiovasculares do paciente antes, durante e após a realização de qualquer atividade^{27, 28}.

O desempenho ocupacional de atividades importantes, para a maioria das pessoas, pode apresentar restrições quando o paciente é submetido a tratamento médico que cause efeito adverso na qualidade de vida, pois algumas restrições em atividades como trabalho ou condução de automóvel, por exemplo, podem ser importantes em caso de risco de lesão ou de morte, sendo necessário modificar hábitos e papeis ocupacionais¹².

O sono consistiu ser outro domínio que apresentou dificuldade pelos participantes da pesquisa. Silva *et al*³⁰ em uma pesquisa referente ao sono de pacientes internados em um

hospital, verificaram que os fatores: Interferência do Ambiente, Emocionais e, sinais e sintomas da doença contribuíram para uma piora na qualidade do sono destes pacientes, gerando uma percepção negativa da qualidade de vida.

O sono é uma das ocupações do indivíduo dentro dos aspectos do domínio da terapia ocupacional. Um bom sono estabelece um melhor envolvimento ativo do paciente em outras ocupações, desta forma a terapia ocupacional, diante da análise dessa ocupação, perceberá a participação ou não do paciente em atividades que requer cuidados em suas necessidades pessoais para o sono mantendo seu estado sem interrupção¹⁵. Alguns autores³⁰ esclarecem que há casos que a relação dor e sono trás prejuízo para a qualidade de vida, uma vez que esta relação, neste estudo, interferiu nas reações emocionais dos pacientes que apresentaram uma percepção negativa do domínio dor.

Diante dos resultados apresentados, fica clara a necessidade da atuação do terapeuta ocupacional na assistência a essa população na fase de hospitalização, porém a atuação deste profissional na cardiologia ainda é restrita no país, sendo recente sua participação no meio hospitalar em enfermarias de cardiologia¹⁶.

630

5 CONCLUSÃO

Diante dos resultados observados neste estudo, em relação à qualidade de vida de pacientes com cardiopatia na fase de hospitalização, o terapeuta ocupacional deve avaliar, ou analisar o desempenho ocupacional destes pacientes, como também, adaptar o ambiente domiciliar no pós-alta hospitalar, orientar a respeito de mudanças de hábitos e promover atividades significativas do cotidiano destas pessoas para a prevenção de agravos relacionados as DCV.

Este estudo apresentou limitações, como restritas publicações da Terapia Ocupacional atuando na cardiologia, necessitando de mais estudos sobre a prática da terapia ocupacional no serviço de reabilitação cardíaca.

Referências

1. Mansur, AP; Favarato, D. **Tendências de taxas de Mortalidade por Doenças Cardiovasculares no Brasil, 1980 -2012**. Arq. Bras. Cardiol. 2016 [online]. ahead print, PP

- 0-0. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/2016nahead/pt_0066-782X-abc-20160077.pdf>. Acesso em 20 de março de 2017.
2. Christmann, M.; Costa, CC.; Moussalle, L. D. **Avaliação da qualidade de vida de pacientes cardiopatas internados em um hospital público**. Rev. AMRIGS, Rio de Janeiro, 2011; 55(3): 239-243.
3. Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Diretriz da Reabilitação Cardíaca**. Arq. Bras. Cardiol. Rio de Janeiro, 2005; 84, (5): 431-440.
4. Lima, RAG. de; Whitaker, MCO. **Qualidade de vida nos Cuidados Paliativos**. In: De Carlo, M. M. R. P.; Queiroz, M. E. G. de. Dor e Cuidados Paliativos: Terapia Ocupacional e interdisciplinaridade. São Paulo: Roca, 2008. p.108-124.
5. Melchior, AC; Correr, CJ; Pontarolo, R; Santos, FOS; Souza, RAP. **Qualidade de vida em Pacientes Hipertensos e Validade Concorrente do Minichal – Brasil**. Arq. Bras. Cardiol. Rio de Janeiro, 2010; 94(3): 357 – 364.
6. Moriel, G; Roscani, MG; Matsubara, LS; Cerqueira, A. TAR; Bojkian Matsubara, B. **Qualidade de vida em Pacientes com Doenças Aterosclerótica Coronariana Grave e Estável**. Arq. Bras. Cardiol. Rio de Janeiro, 2010; 95(6): 691-697.
7. Neves, RT; Laham, CF; Aranha, VC; Santiago, A; Solimar. F; Souza de, MC. **Envelhecimento e doenças cardiovasculares: depressão e qualidade de vida em idosos atendidos em domicílio**. Psicol. hosp. São Paulo, 2013; 11(2): 72-98.
8. The WHOQOL Group. The World Health Organization **Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization**. Soc. Sci. Med. Oxford, 1995; 41(10): 1403-1409.
9. Oliveira, MR.; Orsini, M. **Escala de avaliação da qualidade de vida em pacientes brasileiros após acidente vascular encefálico**. Rev. Neurocienc. São Paulo, 2008. Disponível em: <http://services.epm.br/dneuro/neurociencias/235_revisao.pdf>. Acesso em: 21 junho de 2012.
10. Dantas, RAS.; Góis, CFL.; Silva, LM. **Utilização da versão adaptada da escala de qualidade de vida de Flanagan em pacientes cardíacos**. Rev. Latino-am. Enfermagem, Ribeirão Preto, 2005; 13 (1): 15 -20.
11. Rossi, RC; Vanderlei, FM; Medina, LAR; Pastre, CM; Pandovani, CR; Marques Vanderlei, LC. **Influência do perfil clínico e sociodemográfico na qualidade de vida de cardiopatas submetidos à reabilitação cardíaca**. Rev. Conscientiae e Saúde, São Paulo, 2011; 10 (1): 59-68.
12. Mannini, J.; Nascimento, JS.; Pelosi, MB. **A rotina ocupacional de pacientes implantados com cardiodesfibriladores**. Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos, 2015; 23 (1): 31-42.
13. Leão, A; Salles, MM. **Cotidiano, reabilitação psicossocial e território**. In: Matsukura, T. S; Salles, M. M (Org.). Cotidiano, atividade humana e ocupação. São Carlos, EUFSCar, 2016, p.200.

14. Law, M. Baptiste, S Carswell, A; McColl, M.A, Polatajko, H, Pooock, N. **Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM)**. Org. e Trad. de Magalhães, L.C; Magalhães, LV; Cardoso, AA. Belo Horizonte, UFMG, 2009, p. 63.
15. American Occupational Therapy Association (2014). **Occupational therapy practice framework: Domain and process** (3rd ed.) American Journal of Occupational Therapy, 68 (Suppl.1). Trad. Dutra, F.C. MS; Elui, VMC. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, 2015, 26 (ed. esp.): 1-49.
16. Cordeiro, JJR. **Cardiologia**. In: Cavalcante, A.; Galvão, C. (Org.). Terapia Ocupacional: fundamentação & prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 500-506.
17. Ferraro, R. **Disfunção Cardiopulmonar em Adultos**. In: NEISTADT, ME.; CREPEAU, EB. (Org.). Willard & Spackman: Terapia Ocupacional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 648-656.
18. Teixeira-Salmela, LF; Magalhães, LC; Souza, AC; Lima, MC; Magalhães Lima, RC; Goulart, F. **Adaptação do Perfil de Saúde de Nottingham: um instrumento simples de avaliação da qualidade de vida**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004; 20(4): 905-914.
19. Linden Junior, E; Trindade, JLA. **A avaliação da qualidade de vida de idosos de em um município do sul do Brasil**. Rev. bras. geriatra. gerontol. Rio de Janeiro, 2013; 16 (3): 473-479.
20. Mincato, PC; Freitas, CR. **Qualidade de vida de idosos residentes em instituição asilares da cidade de Caxias do Sul-RS**. RBCEH, Passos Fundo, 2007; 4(1): 127-138.
21. Faria, CDCM; Teixeira-Salmela, LF; Nascimento, VB; Costa, AP; Brito, NDP, De Paula, FR. **Comparação dos instrumentos de qualidade de vida Perfil de Saúde de Nottingham e Short Form - 36 em idosos da comunidade**. Rev. bras. fisio. São Carlos, 2011; 15 (5): 399-405.
22. Cabral, DL. Damascena, CG; Teixeira-Salmela, LF; Laurentino, GEC. **Confiabilidade do Perfil de Saúde de Nottingham após acidente vascular encefálico**. Ciênc. saúde coletiva. Rio de Janeiro, 2012; 17(5): 1313-1322.
23. Omonte, IRV. **Avaliação da qualidade de vida pelos instrumentos SF-36 e Perfil de saúde de Nottingham em pacientes submetidos à operação de Capella por via laparotômica**. 2007. 180f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.
24. Cabral, DL. **Comparação dos instrumentos SF-36 e perfil de saúde de Nottingham para avaliação da qualidade de vida de indivíduos pós Acidente Vascular Encefálico**. 2011. 101f. Dissertação (Mestrado em Fisioterapia) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2011.
25. Dessotte, CAM. Dantas, RAP; Schmidt, A; Rossi, LA. **Qualidade de vida relacionada à saúde de sujeitos internados, decorrentes da primeira síndrome coronariana aguda**. Rev. Latino-am. Enfermagem. São Paulo, 2011; 19 (5): 2-8.

26. Paz, AV; Celeiro, IR. **Contribución de la Terapia Ocupacional en la rehabilitación cardíaca: intervención, desafíos y reflexiones.** Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos, 2016; 24(4): 791-800.
27. Brunelli Wolf, BB. **Terapia Ocupacional em Cardiologia: Uma revisão integrativa de literatura.** Ribeirão Preto; HC, 2015, 46 f. Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.
28. Piédrola, RMM; Torres, MPH.; Page, JCM. **Terapia Ocupacional em los programas de rehabilitación cardíaca.** Rehabilitación, Madri, 2002; 36 (4): 227-234.
29. Cavalcante, MS. Bombig, MTN; Filho, BL; Carvalho, ACC; Paola, AAV; Póvoa, R. **Qualidade de vida de Pacientes Hipertensos em tratamento ambulatorial.** Arq. Bras. Cardiol. Rio de Janeiro, 2007; 89 (4): 245 -250.
30. Silva, LEL; Oliveira, MLC; Inaba, WK. **Fatores que interferem na qualidade do sono de pacientes internados.** Rev. Eletr. Enf. [internet], Goiás, 2011; 47(1): 46-52.

*Este estudo foi parte de Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, como requisito para a obtenção do título de Terapeuta Ocupacional, não obteve financiamento.

Contribuição das autoras e do autor: José Roberto dos Santos responsável pela pesquisa e coleta e análise dos dados e concepção do texto. Adriana Lobo Jucá e Analice Brandão Araújo de Lima Soares, orientação e revisão do texto, Monique Carla da Silva Reis e Stéphaney Conceição Correia Alves Guedes Reis realizaram a revisão do texto final.

Submetido em: 27/04/2017

Aceito em: 02/09/2017

Publicado em: 31/10/2017