



Correlação entre a autopercepção de qualidade de vida relacionada à saúde e a performance no teste de sentar e levantar de 1 minuto, em indivíduos com infarto agudo do miocárdio internados em unidades de terapia intensiva

Correlation between self-perception of health-related quality of life and performance in the 1-minute sit and stand test in individuals with acute myocardial infarction admitted to an intensive care unit

Correlación entre la autopercepción de la calidad de vida relacionada con la salud y el rendimiento en la prueba de 1 minuto de estar sentado y de pie en individuos con infarto agudo de miocardio en unidades de cuidados intensivos

Tamires Santos da Silva

Especialista em Fisioterapia em Terapia Intensiva e Emergência

Instituição: Hospital Geral Roberto Santos

Endereço: Rua Direta do Saboeiro, s/n, Cabula, Salvador, BA,

CEP: 40301-110

E-mail: tcrtamires27@gmail.com

José da Natividade Menezes Júnior

Mestre em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas

Instituição: Hospital Geral Roberto Santos

Endereço: Rua Direta do Saboeiro, s/n, Cabula, Salvador, BA,

CEP: 40301-110

E-mail: jose.natividade@ufba.br

Sérgio Luis Figueredo de Jesus

Especialista em Fisioterapia em Terapia Intensiva e Emergência

Instituição: Hospital Geral Roberto Santos

Endereço: Rua Direta do Saboeiro, s/n, Cabula, Salvador, BA,

CEP: 40301-110

E-mail: sergioslfj@gmail.com

Jarlan Santana de Souza

Especialista em Fisioterapia em Terapia Intensiva e Emergência

Instituição: Hospital Geral Roberto Santos

Endereço: Rua Direta do Saboeiro, s/n, Cabula, Salvador, BA,

CEP: 40301-110

E-mail: jarlansantanadsza@hotmail.com



RESUMO

Objetivo: Avaliar a correlação entre a capacidade funcional e a autopercepção da qualidade de vida em indivíduos com Infarto Agudo do Miocárdio. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo do tipo analítico observacional, quantitativo e transversal. Com amostra por conveniência. Foram incluídos indivíduos maiores de 18 anos, de ambos os sexos, com Infarto Agudo Miocárdio, clinicamente estáveis. Para análise estatística foi utilizado o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Os resultados descritivos são apresentados em média e desvio padrão. A normalidade dos dados foi testada com o Kolmogorov-Smirnov, sendo classificados como não paramétricos. Para as correlações foi usado o Coeficiente de Spearman. Para as classificações da qualidade de vida foi usado o teste t para amostras independentes. O teste Qui-quadrado foi utilizado para testar as associações entre a qualidade de vida, o sexo e condições clínicas da amostra. A significância estatística considerada foi de $p \leq 0,05$. **Resultados:** A amostra foi composta por 85 participantes, (74,1%) de indivíduos do sexo masculino, predominância da cor parda (45,9%), idade média de $59,5 \pm 11,3$ anos, (52,9%) tabagistas, (51,8%) não etilistas, (62,4%) sedentários, (76,5%) hipertensos, (42,4%) diabéticos, (50,6%) tinham diagnóstico de IAMCSST, (69,4%) dislipdemicos, (70,6%) tiveram KILLIP I, o valor médio obtido no TSO foi de $16,88 \pm 5,25$ repetições, a média obtida na escala visual (EQ-VAS) foi $76,2 \pm 21,0$ pontos, e a média no índice de qualidade de vida foi de $0,84 \pm 0,16$. As correlações evidenciaram que a capacidade funcional tem direta relação com a percepção de QVRS, TSO (índice 1) $18,97 \pm 5,5$ repetições; (índice < 1) $15,35 \pm 4,5$ repetições, ($p 0,01$). **Conclusão:** O estudo comprovou que o teste de sentar e levantar de 1 minuto se faz como uma alternativa para avaliação da performance funcional de indivíduos internados em uma unidade de terapia intensiva. Contudo, é necessário que se insira na literatura questionários para a avaliação QVRS validados específicos para o ambiente intra-hospitalar.

Palavras-chave: infarto agudo do miocárdio, performance física funcional, qualidade de vida.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the association between functional capacity and self-perception of quality of life in individuals with Acute Myocardial Infarction. **Materials and Methods:** This is an observational, quantitative, cross-sectional analytical study. With convenience sample. Individuals over 18 years of age, of both sexes, with diagnosed cardiovascular disease and clinically stable were included. For statistical analysis, the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) software was used. Descriptive results are presented as mean and standard deviation. The normality of the data was tested with the Kolmogorov-Smirnov test, being classified as non-parametric. Spearman's coefficient was used for correlations. For quality of life classifications, the t test for independent samples was used. The Chi-square test was used to test associations between quality of life, gender and living conditions and health of the sample. The statistical significance considered was $p \leq 0.05$. **Results:** The sample consisted of



85 participants, (74.1%) male, predominantly brown (45.9%), average age of 59.5 ± 11.3 years, (52.9%) smokers, (51.8%) non-drinkers, (62.4%) sedentary, (76.5%) hypertensive, (42.4%) diabetic, (50.6%) had a diagnosis of STEMI, (69.4%) dyslipidemia, (70.6%) had KILLIP I, the average value obtained in the TSO was 16.88 ± 5.25 repetitions, the average obtained in the visual scale (EQ-VAS) was 76.2 ± 21.0 points, and the average quality of life index was 0.84 ± 0.16 . The correlations showed that functional capacity is directly related to the perception of HRQoL, TSO (index 1) 18.97 ± 5.5 repetitions; (index < 1) 15.35 ± 4.5 repetitions, ($p < 0.01$). Conclusion: The study proved that the 1-minute sit-to-stand test is an alternative for evaluating the functional performance of individuals admitted to an intensive care unit. However, it is necessary to include validated HRQoL assessment questionnaires specific to the in-hospital environment in the literature.

Keywords: acute myocardial infarction, physical functional performance, quality of life.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la correlación entre la capacidad funcional y la autopercepción de la calidad de vida en individuos con infarto agudo de miocardio. **Materiales y Métodos:** Se trata de un estudio de tipo observacional, cuantitativo y analítico de corte transversal. Con la muestra para la conveniencia. Se incluyeron sujetos mayores de 18 años, de ambos sexos, con infarto agudo de miocardio, que se encontraban clínicamente estables. Para el análisis estadístico se utilizó el software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Se presentan resultados descriptivos en promedio y desviación estándar. La normalidad de los datos se probó con Kolmogorov-Smirnov, clasificándose como no paramétrica. Para las correlaciones se utilizó el coeficiente de Spearman. Para las clasificaciones de calidad de vida se utilizó la prueba t para muestras independientes. Se utilizó la prueba de Chi-cuadrado para probar las asociaciones entre la calidad de vida, el sexo y las condiciones clínicas de la muestra. La significación estadística considerada fue $p \leq 0,05$. **Resultados:** La muestra estuvo compuesta por 85 participantes, (74,1%) de sujetos masculinos, predominancia de color marrón (45,9%), edad media de $59,5 \pm 11,3$ años, (52,9%) fumadores, (51,8%) no fumadores, (62,4%) sedentarios, (76,5%) hipertensos, (42,4%) diabéticos, (50,6%) con diagnóstico de IAMCEST, (69,4%) dislipídicos, (70%) 6%) con el KILLIP I El valor medio obtenido en el GRT fue de $16,88 \pm 5,25$ repeticiones, la media obtenida en la escala visual (EQ-VAS) fue de $76,2 \pm 21,0$ puntos, y la media en el índice de calidad de vida fue de $0,84 \pm 0,16$. Las correlaciones mostraron que la capacidad funcional tiene una relación directa con la percepción de QVRS, TSO (índice 1) $18,97 \pm 5,5$ repeticiones, (índice < 1) $15,35 \pm 4,5$ repeticiones, ($p < 0,01$). **Conclusión:** El estudio demostró que la prueba de sentarse y pararse durante 1 minuto es una alternativa para evaluar el desempeño funcional de los individuos ingresados en una unidad de cuidados intensivos. Sin embargo, deben insertarse en la literatura cuestionarios validados de evaluación de QVRS específicos para el ámbito hospitalario.



Palabras clave: infarto agudo de miocardio, desempenho físico funcional, calidad de vida.

1 INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV's), permanecem como a principal causa de morte no mundo desde os últimos 20 anos, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o total de mortes por essas doenças chegou a 9 milhões em 2019 (WHO, 2013). Esse distúrbio afeta o sistema circulatório, produzindo alterações no coração e vasos sanguíneos, desencadeando eventos agudos como o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). Essa condição classifica os pacientes em dois grupos: Infarto Agudo Do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST (IAMCSST) e Infarto Agudo Do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST (IAMSSST) (STEVENSON et al, 2018).

No IAMCSST, o paciente refere dor torácica aguda, além de achados clínicos como o supradesnivelamento persistente do segmento ST ou o bloqueio de ramo esquerdo (BRE), condição comumente relacionada a oclusão coronariana. Já no IAMSSST, há presença de dor torácica aguda, contudo o segmento ST encontra-se sem supradesnivelamento, associado ou não a outros achados no eletrocardiograma (ECG) que sinalizam isquemia miocárdica, uma vez, confirmada por elevação nos níveis de marcadores de necrose miocárdica, como a troponina. As modificações anatomofisiológicas resultantes das alterações vasculares no tecido miocárdico, produz impacto no bom funcionamento do coração, traduzido a longo prazo em Insuficiência Cardíaca (IC) que, por sua vez, culminará em incapacidade funcional (NICOLAU et al, 2021).

As doenças que produzem distúrbios vasculares no coração, como o IAM, estão associadas a redução da capacidade física e funcionalidade. Um estudo realizado com pessoas acometidas por disfunções cardíacas (NICOLAU et al, 2021), corrobora com outros autores ao afirmar que a baixa tolerância a atividades está relacionada ao surgimento de sintomas como dispneia e fadiga,



como consequência desse fato, a redução no nível de atividade física leva a mais inatividade e descondicionamento (ANDERSEN et al, 2017).

Com isso se faz necessário avaliar precocemente as incapacidades que o indivíduo pode desenvolver ao longo do seu processo de adoecimento. Os testes funcionais se fazem como ferramentas mais acessíveis capazes de medir a funcionalidade de modo geral. Inserindo elementos como força muscular, potência de exercício, controle neuromuscular, equilíbrio e estabilidade articular. Os autores ressaltam ainda que, indivíduos com baixa tolerância a atividades, tendem a maior declínio na qualidade de vida (QV) (ANDERSEN et al, 2017; SANTOS et al, 2020).

Por se tratar de um dado subjetivo, a QV não pode ser medida de maneira concreta. Contudo, diversos instrumentos, como os questionários vem sendo produzidos, na tentativa de tornar essas informações mais fidedignas. A avaliação feita por meio dos questionários de autorrelato pode ser dividida em três categorias: genéricos; de domínio próprio para determinada doença e com domínios exclusivos. Questionários genéricos servem para mensurar a QV, independente da presença de qualquer doença; os específicos para determinada condição, traduzem as consequências de uma doença específica na qualidade de vida do indivíduo, já os chamados questionários com dominância específica se concentram em categorias específicas, a exemplo, as incapacidades funcionais (CRUZ et al, 2018).

Diante do exposto, evidências apontam que as alterações provocadas pelas lesões no tecido miocárdico podem produzir acometimentos físicos, e influenciar de forma negativa a percepção de um indivíduo sobre sua saúde. Consoante, tem-se como objetivo de estudo verificar a correlação entre a capacidade funcional e a autopercepção da QV de indivíduos diagnosticados com IAM internados numa unidade de terapia intensiva, respondendo ao seguinte problema de pesquisa: Existe correlação entre a capacidade funcional e a autopercepção da QV de indivíduos diagnosticados com IAM?

Para responder ao problema de pesquisa, o presente trabalho adotará uma metodologia analítica observacional, quantitativa e transversal, na qual foi



avaliada o desempenho funcional por meio do teste de sentar e levantar de 1 minuto, assim como, a qualidade de vida relacionada à saúde com aplicação do questionário EUROQOL-5 DIMENCIONAL (EQ-D5) em indivíduos com Infarto Agudo do Miocárdio. O projeto foi desenvolvido com pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva Cardiovascular do Hospital Roberto Santos na cidade de Salvador- Ba, o setor é constituído atualmente por 28 leitos. A coleta ocorreu entre os meses de setembro de 2022 e novembro de 2023. Com amostra definida por conveniência, composta por oitenta e cinco participantes (n:85).

Foram incluídos indivíduos maiores de 18 anos, de ambos os sexos, diagnosticados com IAM, e com estratificação clínica definida em: IAMCSST ou IAMSSST, submetidos a angioplastia ou tratamento conservador, mediante liberação médica para a realização do teste funcional, após assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Todos os indivíduos que apresentassem incapacidade de comunicação, assim como, alterações neurológicas, musculoesqueléticas ou limitações cognitivas que impossibilitem a compreensão das orientações dadas previamente a realização do teste e preenchimento do questionário, Angina Instável, Frequência Cardíaca maior que 120bpm, Pressão Arterial Sistólica (PAS) maior que 120mmHg e Pressão Arterial Diastólica (PAD) maior que 100mmHg, percepção subjetiva de esforço, BORG CR -10 > 4 na avaliação pré-teste foram excluídos do estudo. Um questionário, foi elaborado pelos pesquisadores para coleta das informações referentes aos dados sociodemográficos e antropométricos: idade, sexo, cor de pele, altura, peso, índice de massa corporal. Dados clínicos secundários, condições clínicas, comorbidades, tempo de internamento foram obtidos via prontuário dos participantes do estudo.

Para mensurar a percepção subjetiva de esforço foi utilizada a escala de Borg modificada, nomeada como Borg Category-Ratio (BORG CR-10), aplicada antes e depois da realização do teste. Esta ferramenta permite mensurar a intensidade do esforço físico, de maneira não invasiva, com baixo custo



financeiro e fácil aplicação, e é um dos instrumentos mais utilizados para a avaliação e quantificação das sensações de esforço físico, também chamada de percepção subjetiva de esforço (PSE). Respostas fisiológicas são comumente causadas pelo estresse físico, assim, podem produzir sensações que alteram a PSE. Diante disso, foram registradas concomitante a PSE, a frequência cardíaca (FC); Frequência Respiratória (FR); e a Pressão Arterial Sistêmica, antes e imediatamente após a finalização do teste (KAERCHER et al, 2018).

A capacidade funcional foi avaliada por meio do Teste de Sentar e Levantar de 1 minuto (TSO), aplicado dentro da Unidade Cardiovascular. Para realização do teste foi utilizada uma cadeira de 46cm, ajustada para manter 90° de flexão de quadril e sem apoio para os braços, o tempo foi mesurado por meio de um cronômetro (BOHANNON e CROUCH, 2019). O participante foi orientado previamente em relação a posição correta dos braços e pés, e induzidos a iniciar o teste após o comando do avaliador (BOHANNON e CROUCH, 2019). Essa técnica de avaliação estima a capacidade física funcional, assim como, a resistência da musculatura periférica dos membros inferiores. Fácil reprodução, seguro e de baixo custo, o teste permite avaliação do esforço submáximo, quantificado durante 1 minuto o número de repetições que um indivíduo consegue realizar, sem apoio e interrupções, com isso, permite-se fazer correlações com a capacidade funcional (STRASSMANN et al, 2013).

A avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde foi feita por meio do questionário EQ-5D. O EQ- 5D é uma avaliação ampla padronizada, criada pelo grupo EuroQol com intuito de facilitar e aprimorar a graduação da QVRS; formado por duas partes: um sistema descritivo composto por cinco dimensões: autocuidado, mobilidade, atividades habituais, dor/mal-estar e ansiedade/depressão. Cada medida é classificada como: não causa problemas (1); problemas moderados (2) ou problemas graves (3), originando 243 estados de saúde possíveis. O resultado das pontuações após análise das 5 medidas pode expressar o índice geral de QVRS (ALMEIDA et al 2021; FERREIRA et al, 2013; ANDRADE et al, 2013).



Por meio da técnica de regressão generalizada, investigadores encontraram uma função aditiva, a qual permite transformar o número de cinco dígitos, em único valor cardinal cuja variação encontra-se entre 0,00 e 1,00, sendo o primeiro valor associado a um estado de saúde equivalente à morte e o segundo a uma saúde perfeita. A função aditiva foi desenhada como ($V = 1 - \alpha - MO - CP - AH - DM - AD - N3$). Podemos ter como exemplo o seguinte estado de saúde 21132, cujo valor de índice obtido foi igual a 0,124 (ANDRADE et al, 2013). Foi elaborada uma tabela com os valores que faz referência aos 243 estados de saúde do EQ-5D da população brasileira (PERREIRA et al, 2017).

A segunda parte do questionário é a Escala Visual Analógica (EQ-VAS), chamada pelos autores de termômetro EQ-VAS, trata-se de uma linha reta calibrada com uma pontuação numérica de 0 a 100, onde 0 indica o pior estado de saúde percebida e 100 o melhor estado de saúde percebida no momento (BAGATTINI et al, 2017). Os dados foram analisados no software *Statistical Package for Social Science* (SPSS), Chicago, IL, USA, versão 24.0. As variáveis qualitativas foram apresentadas em frequências, enquanto as quantitativas em média e desvio padrão. A normalidade dos dados foi testada com o Kolmogorov-Smirnov, sendo classificados como não paramétricos. Desta forma o teste usado para correlações foi o Coeficiente de Spearman. As comparações pré e pós o teste de sentar e levantar foram realizadas com o teste t pareado, já entre as classificações da qualidade de vida foi usado o teste t para amostras independentes. O teste Qui-quadrado foi utilizado para testar as associações entre a qualidade de vida, o sexo e condições de vida e saúde da amostra. A significância estatística considerada foi de $p \leq 0,05$.

Este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Geral Roberto Santos sob o CAAE: 58989422.2.0000.5028. A pesquisa foi delineada de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde n. 466/12 de acordo com os princípios éticos de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. A concordância em participar do estudo foi registrada através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE, pelo paciente ou responsável direto. O estudo em si não oferece riscos aos participantes, pois



seus dados foram extraídos através de uma manobra de avaliação rotineira em unidades de terapia intensiva, cuja não maleficência já foi consolidada em estudos anteriores.

2 RESULTADOS

Dentre as variáveis sociodemográficas e antropométricas dos 85 pacientes avaliados, foi observado uma amostra composta por (74,1%) de indivíduos do sexo masculino, predominância da cor parda (45,9%), idade média de $59,5 \pm 11,3$ anos, altura média de $1,66 \pm 0,08$ m, peso médio de $74,2 \pm 14,1$ Kg e o valor médio do IMC foi $26,5 \pm 4,62 \text{ kg/m}^2$ (Tabela 1).

Tabela 1 Caracterização demográfica e antropométrica da amostra - Hospital Geral Roberto Santos, Salvador Bahia. 2023 (n = 85).

Variáveis	Frequência absoluta (relativa -%)
Sexo	
Masculino	63 (74,1)
Feminino	22 (25,9)
Cor	
Preta	25 (29,4)
Parda	39 (45,9)
Branca	20 (23,5)
Amarela	1 (1,2)
	Média $\pm$ desvio padrão
Idade	$59,5 \pm 11,3$
Altura	$1,66 \pm 0,08$
Peso	$74,2 \pm 14,1$
IMC	$26,5 \pm 4,62$

Fonte: elaborado pelos autores (2023)

Na descrição clínica da amostra, (52,9%) dos participantes eram tabagistas, (51,8%) não etilistas, (62,4%) eram sedentários, (76,5%) hipertensos, (42,4%) diabéticos, (50,6%) tinham diagnóstico de IAMCSST, (69,4%) eram dislipdemicos, nenhum dos participante apresentaram demais comorbidades, (70,6%) tiveram KILLIP I, o valor médio obtido no TSO foi de $16,88 \pm 5,25$ repetições, já o tempo de internamento teve uma variação de $3,15 \pm 3,22$ dias, a média obtida na escala visual (EQ-VAS) foi $76,2 \pm 21,0$ pontos, e a média no índice de qualidade de vida foi de $0,84 \pm 0,16$, como descrito na Tabela 2.



Tabela 2 Caracterização clínica da amostra - Hospital Geral Roberto Santos, Salvador Bahia, 2023 (n: 85).

Variáveis	Categorias	(%)
Tabagismo	Não	(52,9)
	Sim	(47,1)
Etilismo	Não	(51,8)
	Sim	(48,2)
Sedentarismo	Não	(37,6)
	Sim	(62,4)
Hipertensão arterial	Não	(23,5)
	Sim	(76,5)
Diabetes mellitus 2	Não	(57,6)
	Sim	(42,4)
Dislipidemia	Não	(69,4)
	Sim	(30,6)
Outras comorbidades	Não	(100)
		(57,6)
IAMCSST		(42,4)
		(70,6)
KILLIP	I	(21,2)
	II	(7,1)
	III	(1,2)
	IV	
Resultado TSO		16,88 ± 5,25
Tempo de internamento		3,15 ± 3,22
Escala visual		76,2 ± 21,0
Índice		0,84 ± 0,16

Dados qualitativos apresentados em frequência relativa (%), dados quantitativos em média ± desvio padrão.

Fonte: elaborado pelos autores (2023).

Na correlação das variáveis obtidas no presente estudo, considerando a classificação da qualidade de vida, foi realizada categorização do índice de QV em dois subgrupos: participantes classificados como, índice 1 (n36, 42,4% da amostra) e os que tiveram abaixo desse valor, índice <1 (n49, 57,6% da amostra), com média 0,734 e desvio padrão: 0,128; foi encontrada idade média de (índice 1) 57,39 ± 13,01 anos; (índice <1) 61,02 ± 9,64 anos (p 0,14), EQ-VAS (índice 1) 81,94 ± 19,2 pontos; (índice <1) 71,9 ± 21,5 pontos (p 0,02), TSO (índice 1) 18,97 ± 5,5 repetições; (índice < 1) 15,35 ± 4,5 repetições, (p 0,01), Borg pré (índice 1) 0,06 ± 0,23; (índice < 1) 0,29 ± 0,79 (p 0,09), Borg pós (índice 1) 2,19 ± 1,89; (índice <1) 3,43 ± 2,04 (p 0,006), como pode ser observado na tabela 3.



Tabela 3 Comparação das variáveis considerando a classificação da qualidade de vida - Hospital Geral Roberto Santos, Salvador Bahia, 2023 (n: 85).

	1 (n: 36)	<1 (n:49)	p
Idade	57,39 ± 13,01	61,02 ± 9,64	0,14
EQ-VAS	81,94 ± 19,2	71,9 ± 21,5	0,02*
TSO	18,97 ± 5,5	15,35 ± 4,5	0,01*
Borg pré	0,06 ± 0,23	0,29 ± 0,79	0,09
Borg pós	2,19 ± 1,89	3,43 ± 2,04	0,006*

Valor de p com o teste t independente, *significância estatística: $p \leq 0,05$.

Fonte: dados da autora

Das análises associativas feitas com o índice de qualidade de vida, o sexo e as condições clínicas encontramos, (91,7%) indivíduos do sexo masculino com (índice 1) (p 0,002), (55,6%) não tabagistas (índice 1) (p 0,82), (61,2%) não etilistas (índice < 1) (p 0,04), (69,4%) sedentários (índice <1) (p 0,11), (83,7%) hipertensos (índice <1) (p 0,06), (69,4%) não diabéticos (índice 1) (p 0,059), (83,3%) não dislipidêmicos (índice 1) (p 0,017), (52,8%) IAMCSST (índice 1) (p 0,72), demonstrado na Tabela 4.

Tabela 4. Associações entre o índice de qualidade de vida, sexo e condições de saúde da amostra.

		1 (n: 36)	<1 (n:49)	p
Sexo	Masculino (n: 63)	91,7 %	61,2 %	0,002*
	Feminino (n: 22)	8,3 %	38,8 %	
Tabagismo	Sim (n: 40)	44,4 %	49 %	0,82
	Não (n: 45)	55,6 %	51 %	
Etilismo	Sim (n: 41)	61,1 %	38,8 %	0,04*
	Não (n: 44)	38,9 %	61,2 %	
Sedentarismo	Sim (n: 53)	52,8 %	69,4 %	0,11
	Não (n: 32)	47,2 %	30,6 %	
Hipertensão Sistêmica	Sim (n: 65)	66,7 %	83,7 %	0,06
	Não (n: 20)	33,3 %	16,3 %	
Diabetes Mellitus	Sim (n: 36)	30,6 %	51 %	0,059*
	Não (n: 49)	69,4 %	49 %	
Dislipidemias	Sim (n: 26)	16,7 %	40,8 %	0,017*
	Não (n: 59)	83,3 %	59,2 %	
IAMCSST	(n: 43)	47,2 %	51 %	0,72
IAMSSST	(n: 42)	52,8 %	49 %	

Dados apresentados em frequência relativa (%); n: valor absoluto. Valor de p com o teste Qui-quadrado, *significância estatística: $p \leq 0,05$

Fonte: dados da autora

3 DISCUSSÃO

Foi observado por meio do estudo que pacientes com melhor performance no teste de sentar e levantar de 1 minuto (índice 1) $18,97 \pm 5,5$ (p 0,01)



repetições, relataram melhor qualidade de vida, a maioria era do sexo masculino (91,7%), com idade média de $57,39 \pm 13,01$ anos, não sedentários, sem hipertensão, diabetes ou dislipidemia. Os participantes que tiveram uma melhor pontuação na EQ- VAS, também tiveram melhor escore na qualidade de vida $81,94 \pm 19,2$ pontos. Na avaliação da PSE notamos que o Borg pós teste teve uma variação maior em pacientes com qualidade de vida ruim (índice <1) $3,43 \pm 2,04$ ($p 0,006$).

As doenças cardiovasculares, incluindo o IAM, impactam de forma negativa a capacidade funcional, o que está diretamente relacionada com a percepção de qualidade de vida, um estudo corrobora com esses achados, evidenciando que portadores de doenças cardiovasculares e demais doenças crônicas como: hipertensão, diabetes, dislipidemia classificaram sua qualidade de vida abaixo da média, ou seja, ruim (DOURADO et al, 2006). A incapacidade funcional em indivíduos com IAM, pode ser explicada devido as alterações morfológicas provocadas pela doença ao longo do tempo, essas modificações resultam em comprometimento do sistema cardiorrespiratório, o que leva a pessoa a cursar com intolerância as atividades funcionais ao longo do seu processo de adoecimento.

O declínio na mobilidade funcional também esteve associado a baixa qualidade de vida, em um estudo os autores utilizaram dois testes funcionais, o de sentar e levantar 30 vezes e o TUG (Time Up End Go), esses métodos se equiparam ao TSO no que se refere a avaliação do desempenho funcional, uma vez que, traduz aspectos como força muscular de membros inferiores, equilíbrio, reversa cardiopulmonar, mensurados através do esforço submáximo (FERREIRA et al, 2013). Outros estudos utilizaram o teste de caminhada de 6 minutos (TC6), em pacientes com cardiopatia chagásica, e encontraram maiores distâncias no teste de pessoas com melhor QVRS (RITT et al, 2013).

A avaliação do desempenho físico por meio dos testes funcionais é uma alternativa rápida, segura, de baixo custo, visto que no ambiente intra-hospitalar os recursos materiais e de estrutura são limitados. Um estudo anterior foi realizado para determinar o valor de referência no teste de sentar e levantar



tomando como base uma população adulta europeia, onde a média de repetição encontrada para a população masculina entre 55-59 anos foi de 22 repetições (SAQLAIN et al, 2021), valor média superior aos resultados obtidos no nosso estudo. Não foram encontradas pesquisas com valores de referência para a população brasileira, assim como, estudos utilizando o TSO para a avaliação da capacidade funcional associada a QVRS de indivíduos com IAM.

Os resultados referentes a PSE, mostram que o Borg final teve associação com qualidade de vida ruim, esse fato pode ser explicado pela baixa tolerância ao exercício a qual as pessoas diagnosticadas com IAM estão expostas, uma vez que, a dependência funcional está associada a percepção negativa sobre a saúde. A escala BORG CR-10 é umas das ferramentas mais utilizadas para se avaliar a percepção subjetiva de esforço descrita na literatura, sendo usada como uma ferramenta de monitorização de alterações fisiológicas durante o exercício, essa avaliação se faz necessária frente as diversas sensações que são produzidas em resposta ao esforço físico (KAERCHER et al, 2018). Não foram encontrados estudos com a associação entre QVRS e a PSE utilizando a BORG CR-10, da população estudada.

O presente estudo confirmou a correlação da QVRS com a capacidade funcional por meio de instrumentos simples, baratos e rápidos. Essas ferramentas se fazem de extrema importância para prática clínica, por meio destas é possível ter uma avaliação mais precisa, auxiliando o direcionamento terapêutico. Como prováveis limitações do projeto pudemos notar a ausência de instrumentos para avaliação da QVRS intra-hospitalar, sendo necessário portanto, o uso de um questionário genérico, além disso, o número restrito de produções na literatura a cerca do tema, dessa forma não sendo possível equiparar alguns achados, a fim de trazer dados mais precisos sobre o perfil dos pacientes estudados.

4 CONCLUSÃO

A capacidade funcional apresentou correlação com a qualidade de vida relacionada à saúde. O estudo comprovou que o teste de sentar e levantar de 1



minuto se faz como uma alternativa para avaliação da performance funcional de indivíduos internados em uma unidade de terapia intensiva. Contudo, é necessário que se insira na literatura questionários para a avaliação QVRS validados específicos para o ambiente intra-hospitalar.

O estudo apresentado ressalta a importância da avaliação da capacidade funcional e sua correlação direta com a percepção de qualidade de vida em pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Através do teste de sentar e levantar em 1 minuto, foi possível identificar uma ferramenta eficaz e alternativa para medir a performance funcional, destacando a relevância de instrumentos de avaliação específicos e validados para o contexto intra-hospitalar. A inclusão desses questionários na literatura científica é apontada como necessária para aprimorar o acompanhamento e o cuidado dos pacientes, promovendo intervenções mais precisas e baseadas em evidências.

A capacidade funcional, medida pelo teste, mostrou-se diretamente relacionada à qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), reforçando a ideia de que intervenções focadas na melhoria da funcionalidade podem contribuir significativamente para a percepção de bem-estar dos pacientes. Ainda, o estudo evidencia a lacuna existente nos instrumentos de avaliação específicos para o ambiente hospitalar, sugerindo uma área de oportunidade para pesquisa e desenvolvimento de novas ferramentas que possam contribuir para a gestão mais efetiva da saúde e qualidade de vida dos indivíduos com IAM.

Assim, a pesquisa contribui para o campo da cardiologia e da reabilitação cardíaca ao demonstrar a interdependência entre a funcionalidade física e a qualidade de vida, propondo que a avaliação e o monitoramento contínuos da capacidade funcional devem ser componentes integrais do cuidado ao paciente com IAM. A implementação dessas práticas pode otimizar os resultados de saúde, promovendo uma recuperação mais eficiente e uma melhor qualidade de vida para os pacientes durante e após a hospitalização.

Por fim, este estudo destaca a necessidade de políticas de saúde e práticas clínicas que incorporem avaliações regulares da capacidade funcional e



da qualidade de vida como parte do manejo do IAM, enfatizando a importância de uma abordagem holística no cuidado ao paciente. A incorporação desses aspectos no tratamento e na reabilitação pode não apenas melhorar os desfechos clínicos, mas também apoiar a recuperação psicológica e social dos pacientes, reafirmando o valor de uma medicina mais centrada no paciente e em sua qualidade de vida global.



REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L.W.M.; TURA, B.R.; KASAL, D.A. The Association Between Physical Performance and Health-Related Quality of Life Based on the EQ-5D-3L Questionnaire in Patients With Chagas Disease. *Value in Health Regional Issues*, set. 2021; v. 25, p. 112–117.

ANDERSEN, K.S.; LAUSTEN, S.; PETERSEN, A.K. Correlation Between Exercise Capacity and Quality of Life in Patients With Cardiac Disease. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, Set 2017, p. 1.

ANDRADE, M.V. et al. Societal Preferences for EQ-5D Health States from a Brazilian Population Survey. *Value Health Reg Issues*, 2013;2(3):405-412. doi:10.1016/j.vhri.2013.01.009.

BAGATTINI, Â.M.; CAMEY, S.A.; MIGUEL, S.R. Electronic Version of the EQ-5D Quality-of-Life Questionnaire: Adaptation to a Brazilian Population Sample. *Value Health Reg Issues*, 2018;17:88-93. doi:10.1016/j.vhri.2017.11.002.

BOHANNON, R.W.; CROUCH, R. 1-Minute Sit-to-Stand Test. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, Jan 2019; v. 39, n. 1, p. 2–8.

CRUZ, D.S.; COLLET, N.D.; NÓBREGA, V.M. Qualidade de vida relacionada à saúde de adolescentes com DM1- revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, Mar 2018; v. 23, p. 973–989.

DOURADO, K.C. et al. Avaliação da qualidade de vida em pacientes com insuficiência cardíaca crônica secundária à cardiomiopatia chagásica. *Int J Cardiol*, 2006;108(3):412–413.

FERREIRA, P.L.; FERREIRA, L.N.; PEREIRA, L.N. Contribution for the Validation of the Portuguese Version of EQ-5D. *Acta Med Port*, Nov-Dec, 2013; 26(6):664-675.

KAERCHER, P. et al. Escala De Percepção Subjetiva De Esforço De Borg Como Ferramenta De Monitorização da Intensidade de Esforço Físico. *Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício*, Jul 2018.

NICOLAU, J.C. et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST – 2021. 2021 Feb 26;00(00). Disponível em: <link>. Acesso em: [data de acesso].

PERREIRA, D.N. et al. Quality of life of people with chronic diseases. *Centro Universitário de Anápolis*, 30 Jun. 2017.



RITT, L.E. et al. Cardiopulmonary exercise and 6-min walk tests as predictors of quality of life and long-term mortality among patients with heart failure due to Chagas disease. *Int J Cardiol*, Oct 2013;168(4):4584–4585.

SANTOS, N.C. et al. Testes funcionais validados em indivíduos hospitalizados e não hospitalizados: revisão sistemática. *Revista Ciências em Saúde*, Dez 2020; v. 10, n. 4, p. 23–53.

SAQLAIN, M.P. et al. Predictors of Health-Related Quality of Life Status Among Elderly Patients With Cardiovascular Diseases. *Value in Health Regional Issues*, Maio 2021; v. 24, p. 130–140.

STEVENS, B.; PEZZULLO, L.; VERDIAN, L.; TOMLINSON, J.; GEORGE, A.; BACAL, F. A carga econômica das doenças cardíacas no Brasil. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 2018.

STRASSMANN, A. et al. Population-based reference values for the 1-min sit-to-stand test. *International Journal of Public Health*, Ago 2013; v. 58, n. 6, p. 949–953.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020. Geneva: WHO, 2013. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf;jsessionid=CC05322BD984F039B84D717FF29E96D8?sequence=. Acesso em: 22 ago. 2023.