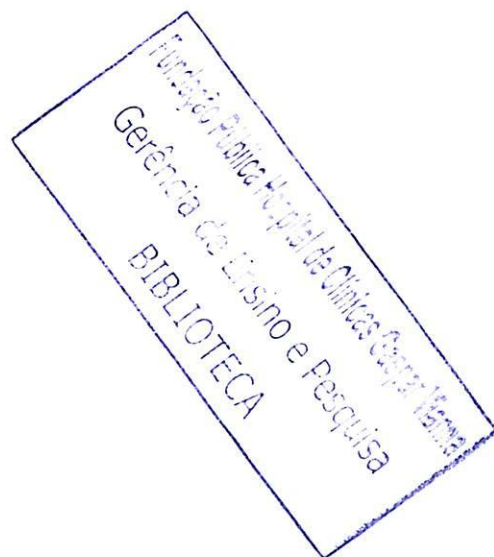




Universidade do Estado do Pará
Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna
Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde Cardiovascular

Alice da Silva Moraes



**TERAPIA OCUPACIONAL NA AVALIAÇÃO DA
CAPACIDADE FUNCIONAL DE PACIENTES
CARDIOPATAS: UMA COMPARAÇÃO ENTRE PRÉ
E PÓS-CIRÚGICO**

Belém - PA
2019

Alice da Silva Moraes

Terapia ocupacional na avaliação da capacidade funcional de pacientes cardiopatas: uma comparação entre pré e pós-cirúrgico

Trabalho de Conclusão da Residência apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde Cardiovascular da Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna e Universidade do Estado do Pará como requisito parcial para obtenção de especialidade em Atenção à Saúde Cardiovascular

Orientadora: Prof.^a. Dra. Sônia Cláudia Almeida Pinto.

Belém – Pará
2019

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna
Biblioteca Prof. Dr. Sérgio Sérgio Martins Pandolfo

M827t

Moraes, Alice da Silva

Terapia ocupacional na avaliação da capacidade funcional de
pacientes cardiopatas: uma comparação entre pré e pós-cirúrgico./
Alice da Silva Moraes; orientadora: Prof. Dra. Sônia Cláudia
Almeida Pinto_2019.

53p.

Trabalho de Conclusão de Curso (Residência Multiprofissional em
Atenção à Saúde Cardiovascular)-Universidade Estadual do Pará e Fundação
Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, Belém, 2019.

1. Terapia Ocupacional. 2. Cardiopata. 3. Capacidade Funcional.
I. Pinto, Sônia Cláudia Almeida, orient. II. Título.

CDD 22. ed.: 616.1

Terapia Ocupacional na avaliação da capacidade funcional de pacientes cardiopatas: uma comparação entre pré e pós-cirúrgico

Trabalho de Conclusão da Residência apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde Cardiovascular da Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna e Universidade do Estado do Pará como requisito parcial para obtenção de especialidade em Atenção à Saúde Cardiovascular.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Sônia Cláudia Almeida Pinto.

Belém, 16 de janeiro de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Sônia Cláudia Almeida Pinto

Profa. Msc. Marly Lobato Maciel

Profa. Msc. Simone dos Santos Abraão Pampolha.

Dedico este trabalho a todos os pacientes que participaram da pesquisa, aos meus pais e à minha filha, que me fizeram acreditar que eu seria capaz.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus e a Nossa Senhora de Fátima que iluminam meus caminhos há todo momento, me guiando, protegendo, trazendo serenidade e sabedoria nas tomadas de decisões.

Agradeço imensamente à minha Mãe Lourdes, que me dá abrigo em todos os sentidos, me acolhendo em seu ninho, me ajudando com os cuidados e rotina da minha filha, sendo mais que um suporte, um esteio, meu porto seguro.

Ao meu Pai Ademar que nunca me abandona, que sempre me faz acreditar que sou capaz, que acredita no meu potencial e compra minhas ideias mais mirabolantes, que sonha meus sonhos e não mede esforços para me ajudar, seja qual for minha dificuldade.

Um agradecimento especial à minha filha Vitória, por tentar entender toda minha ausência no seu cotidiano durante esses últimos anos, e que apesar de todas as minhas falhas, não cansa de demonstrar seu amor por mim me fazendo ter uma força que eu nem imaginava que eu tinha, para seguir em frente e buscar um futuro melhor para nós duas.

Agradeço aos pacientes que participaram desta pesquisa, por todo carinho a mim dispensado, que se fizeram presentes no meu cotidiano, ultrapassando o limiar da relação terapeuta-paciente, me incentivando e contribuindo tanto para minha formação profissional quanto para minha experiência pessoal.

Não poderia deixar de agradecer a todos os amigos que a residência me deu, a todos os R2s e R1s que por inúmeras vezes me alegraram e me motivaram, mesmo não intencionalmente, com conversas intermináveis no grupo do “zap”, com memes tão criativos que eu chegava a questionar tamanha irreverência (ou seria um humor irônico disfarçando certo desespero??), as certezas que tenho é que são profissionais maravilhosos e responsáveis e que quero levar para a vida toda.

Por fim, e não menos importante, agradeço minha orientadora, tutora e preceptores e contribuíram para a conclusão desta etapa da minha vida! A todos meu muito obrigada!

Alice Moraes.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Variação dos escores totais da MIF obtidos de pacientes cardiopatas hospitalizados em um Hospital de ensino referência estadual em cardiologia nos momentos de pré e pós-cirurgia cardíaca. Belém/Pa. 2018.....40

TABELA 2 – Comparação dos escores finais da MIF obtidos de pacientes cardiopatas hospitalizados em um Hospital de ensino referência estadual em cardiologia no momento de pós- cirurgia cardíaca. Belém/Pa. 2018.....42

TABELA 3 – Comparação dos escores da MIF obtidos de pacientes cardiopatas hospitalizados em um Hospital de ensino referência estadual em cardiologia nos momentos pré e pós-cirurgia cardíaca. Belém/Pa. 2018.....42

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Comparação do escore total da MIF obtidos de pacientes cardiopatas hospitalizados em um Hospital de ensino referência estadual em cardiologia nos momentos pré e pós-cirurgia cardíaca. Belém/Pa. 2018.....41

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 01 – Fluxograma de atendimento a partir da emergência cardiológica na FHC GV. 2018.....	34
---	-----------

LISTA DE SIGLAS

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis.
AVC – Acidente Vascular Encefálico.
RVM – Revascularização do Miocárdio.
CEC – Circulação Extracorpórea.
MIF – Medida de Independência Funcional.
DCV – Doenças Cardiovasculares.
IAM – Infarto Agudo do Miocárdio.
SBC – Sociedade Brasileira de Cardiologia.
SUS – Sistema Único de Saúde.
CC – Cardiopatia Congênita.
QV – Qualidade de Vida.
IMC – Índice de Massa Corpórea.
SUDRM – Sistema Uniforme de Dados para Reabilitação Médica.
HC – Hospital de Clínicas.
FMUSP – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
OMS – Organização Mundial de Saúde.
AVD's – Atividades de Vida Diária.
AOTA – *American Occupation Therapy Association* - Associação Americana de Terapeutas Ocupacionais.
FHCGV – Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna.
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa.
CNS – Conselho Nacional de Saúde.
CONEP – Conselho Nacional de Ética em Pesquisa.
DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde.
DAC – Doença Arterial Coronariana.
MEC – Ministério da Educação e Cultura
UTI – Unidade de Terapia Intensiva
SAT – Serviço de Atendimento Transitório

RESUMO

MORAES, A. S.; PINTO, S. C. Terapia Ocupacional na Avaliação da Capacidade Funcional de pacientes cardiopatas: uma comparação entre pré e pós-cirúrgico. 2019. 57 f. Trabalho de Conclusão de Residência (Pós Graduação em Terapia Ocupacional na Saúde Cardiovascular) – Universidade do Estado do Pará: Belém, 2019.

As doenças cardiovasculares são consideradas um sério problema de saúde pública. A cada dia o índice de mortes por doenças relacionadas ao coração tem aumentado em todo o mundo, dentre essas doenças as mais comuns são o infarto agudo do miocárdio (IAM) e o acidente vascular cerebral (AVC). A necessidade de hospitalização dessa população, por muitas vezes, se torna inevitável e por longos períodos de tempo. O processo de hospitalização e a realização da cirurgia cardíaca podem trazer comprometimentos à capacidade funcional do paciente, que é entendida como a capacidade de manutenção das habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma. Assim, o objetivo desta pesquisa foi avaliar a capacidade funcional de pacientes cardiopatas internados em um hospital de ensino e referência estadual em cardiologia, em pré e pós operatório, utilizando a Medida de Independência Funcional (MIF) como instrumento de pesquisa. Tratou-se de uma pesquisa de caráter quantitativo, observacional, transversal, descritiva e analítica. A amostra da pesquisa foram 11 pacientes cardiopatas em pré e pós-cirurgia cardíaca, internados em um hospital de ensino e referência estadual em cardiologia na cidade de Belém. Dentre os 11 pacientes do estudo, 4 eram do sexo feminino (36,4%) e 7 do sexo masculino (63,6%). A média de idade foi de 57 ± 19.2 anos e os tipos de cirurgias foram distribuídas da seguinte forma: IAM (n=7), cardiopatia congênita (n=1), cisto no pericárdio (n=1) e valvopatias (n=2). Os resultados evidenciaram que, após a cirurgia cardíaca, 54,54% dos pacientes apresentaram dependência modificada, necessitando de auxílio em 25% das tarefas, 18,18% apresentaram dependência modificada realizando 50% das tarefas e 27,27% permaneceram com independência completa ou modificada, quando o paciente é independente, mas precisa de alguns recursos (objetos) para auxílios mínimos. Também foi observado que a dimensão de autocuidado foi a que mais sofreu alterações. Concluiu-se que a capacidade funcional dos pacientes pode ser alterada após a cirurgia cardíaca, e que a intervenção da terapia ocupacional na avaliação da condição funcional do paciente hospitalizado, antes e após a cirurgia cardíaca, contribuirá no processo de reabilitação cardiovascular desses pacientes.

Palavras-chave: Terapia Ocupacional, cardiopatia, capacidade funcional.

ABSTRACT

MORAES, A. S.; PINTO, S. C. A. Terapia Ocupacional na avaliação da capacidade funcional de pacientes cardiopatas: uma comparação entre pré e pós-cirúrgico. 2019. 57 f. Trabalho de Conclusão de Residência (Pós Graduação em Terapia Ocupacional na Saúde Cardiovascular) – Universidade do Estado do Pará: Belém, 2019.

Cardiovascular diseases now account for 29.4% of deaths recorded in Brazil. This number puts the country among the 10 highest rates of death due to heart-related diseases in the world, among these diseases, the most common are acute myocardial infarction (AMI) and stroke. Cardiovascular diseases are considered a serious public health problem. Each day, the number of deaths due to heart-related diseases has increased worldwide, among these diseases, the most common are acute myocardial infarction (AMI) and stroke. The need for hospitalization of this population, many times, becomes inevitable and for long periods of time. The hospitalization process and cardiac surgery can compromise the patient's functional capacity, which is understood as the capacity to maintain the physical and mental abilities necessary for an independent and autonomous life. Thus, the objective of this research was to evaluate the functional capacity of cardiac patients hospitalized in a teaching hospital and state referral in cardiology, in pre and postoperative periods, using the Functional Independence Measure (MIF) as a research tool. It was a quantitative, observational, cross-sectional, descriptive and analytical research. The study sample consisted of 11 cardiac patients in pre and post cardiac surgery admitted to a state hospital and cardiology reference in the city of Belém. Among the 11 patients in the study, 4 were female (36.4%), and 7 males (63.6%). The mean age was 57 ± 19.2 years and the types of surgeries were distributed as follows: AMI (n = 7), congenital heart disease (n = 1), pericardial cyst (n = 1) and valvular diseases). The results showed that, after cardiac surgery, 54.54% of the patients had modified dependence, needing assistance in 25% of the tasks, 18.18% had modified dependence, performing 50% of the tasks and 27.27% remained completely independent or modified, when the patient is independent, but needs some resources (objects) for minimal aid. It was also observed that the dimension of self-care was the one that suffered the most changes. It was concluded that the Functional Capacity of the patients can be altered after cardiac surgery, and that the intervention of the Occupational Therapy in the evaluation of the functional condition of the hospitalized patient, before and after the heart surgery, will contribute to the cardiovascular rehabilitation process of these patients.

Key words: Occupational Therapy, cardiopathy, functional capacity.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. OBJETIVOS	16
2.1 OBJETIVO GERAL.....	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
3. HIPÓTESE DO ESTUDO	17
3.1. HIPÓTESE NULA (H ₀).....	17
3.2. HIPÓTESE ALTERNATIVA.....	17
4. REFERENCIAL TEÓRICO	18
4.1 DOENÇAS CARDIOVASCULARES (DCV).....	19
4.1.1 Infarto agudo do miocárdio	19
4.2.2 Doenças valvares	21
4.3.3 Cardiopatia congênita em adultos	21
4.2 TERAPIA OCUPACIONAL NO CONTEXTO HOSPITALAR E AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DE PACIENTES CARDIOPATAS.....	25
4.2.1 Terapia ocupacional e avaliação da capacidade funcional	28
4.2.2 Medida de independência funcional (MIF)	32
5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	34
5.1. TIPO DE PESQUISA.....	34
5.2. LOCAL DA PESQUISA.....	34
5.3. UNIVERSO E AMOSTRA POPULACIONAL.....	35
5.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	35
5.5. ETAPAS DA PESQUISA.....	35
5.5.1 Levantamento e Coleta de dados	36
5.5.2 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	36
5.5.3 Aplicação do protocolo de pesquisa (MIF)	36
5.6. ANÁLISE DE DADOS.....	38
5.7. QUESTÕES ÉTICAS.....	38
5.8. AVALIAÇÃO DE RISCOS E BENEFÍCIOS.....	38
6. RESULTADOS E DISCUSSÕES	40
7. CONCLUSÃO	45
REFERÊNCIAS	46

ANEXO A.....54
ANEXO B.....56
APÉNDICE A.....57

1. INTRODUÇÃO

As cardiopatias estão no rol das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). As DCNT são doenças multifatoriais que se desenvolvem no decorrer da vida e são de longa duração. Atualmente, elas são consideradas um sério problema de saúde pública, foram responsáveis por 63% das mortes no mundo, em 2008, segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 2011).

Seguindo essa tendência mundial, no Brasil, em 2013, as DCNT foram a causa de aproximadamente 72,6% das mortes. Isso configura uma mudança nas cargas de doenças, e se apresenta como um novo desafio para os gestores de saúde. Ainda mais pelo forte impacto das DCNT na morbimortalidade e na qualidade de vida dos indivíduos afetados, a maior possibilidade de morte prematura e os efeitos econômicos adversos para as famílias, comunidades e sociedade em geral (BRASIL, 2011).

Dentre as DCNT a doença cardiovascular representa hoje no Brasil a maior causa de morte. As doenças cardiovasculares são responsáveis por 29,4% de todas as mortes registradas no país em um ano. Isso significa que mais de 308 mil pessoas morreram principalmente de infarto e acidente vascular cerebral (AVC). A alta frequência do problema coloca o Brasil entre os 10 países com maior índice de mortes por doenças cardiovasculares (BRASIL, 2006; GOMES, 2014).

Uma das principais consequências da doença cardiovascular é a necessidade da realização da cirurgia cardíaca, principalmente para revascularização do miocárdio (RVM)¹ e troca de válvula. Os procedimentos cirúrgicos de grande porte como as cirurgias cardíacas constantemente promovem alterações sistêmicas consideráveis, repercutindo diretamente na vida dos indivíduos que se submetem as mesmas. Essas repercussões têm relação com diversas causas, como grau de sedação, tempo em minutos, de circulação extracorpórea (CEC), funções pulmonar e cardíaca no pré-operatório, que podem influenciar no grau de funcionalidade desses pacientes (CORDEIRO et al, 2015).

Assim, identificar a capacidade funcional dos pacientes pré e pós-cirurgia cardíaca, é de extrema importância para a reabilitação cardiovascular dos pacientes

¹ No campo da cirurgia de revascularização miocárdica (cirurgia de ponte de safena), as duas contribuições que mais melhoraram os resultados cirúrgicos no mundo foram introduzidas por cirurgiões brasileiros, como as técnicas de revascularização miocárdica com o coração batendo (conhecida como técnica sem uso de circulação extracorpórea) e a utilização dos enxertos duplos de artéria mamária interna (QUINTANA; KALIL, 2012).

hospitalizados. No contexto hospitalar a atuação do profissional de terapia ocupacional está direcionada em intervir na avaliação e tratamento para aquisição de habilidades necessárias visando maior autonomia possível, através de procedimentos terapêuticos ocupacionais, com vistas a recuperação física funcional e ocupacional, minimizando o risco de complicações (VASCONCELOS et al, 2010).

Neste sentido, este trabalho buscou avaliar a capacidade funcional dos pacientes cardiopatas tanto no pré quanto no pós-operatório de cirurgia cardíaca, visando identificar as áreas de desempenho ocupacional de pacientes cardiopatas adultos que podem sofrer alterações funcionais após cirúrgica cardíaca, contribuindo para que medidas preventivas e de intervenção no contexto hospitalar, sejam direcionadas no processo de reabilitação cardiovascular.

Este trabalho encontra-se estruturado em introdução; objetivos; hipóteses; referencial teórico descrito em tópicos abordando os temas relacionados à pesquisa e as três principais doenças cardiovasculares citadas no processo de hospitalização, o segundo tópico descrevendo a atuação da terapia ocupacional no contexto hospitalar, na avaliação da capacidade funcional e utilização da Medida de Independência Funcional (MIF); além de procedimentos metodológicos, resultados e discussão, conclusão e referências.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Avaliar a capacidade funcional de pacientes cardiopatas hospitalizados, aplicando-se o protocolo da MIF antes e após cirurgia cardíaca realizada em um hospital de ensino referência estadual em cardiologia na cidade de Belém-Pa.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar a capacidade funcional de pacientes cardiopatas nos domínios de autocuidado, transferências, locomoção, controle esfíncteriano, comunicação e cognição social, aplicando-se o protocolo da MIF antes e após cirurgia cardíaca;

- Correlacionar as variáveis dos componentes dos domínios, antes e após a cirurgia cardíaca.

- Caracterizar o perfil da capacidade funcional de pacientes hospitalizados que realizaram cirurgia cardíaca.

3. HIPÓTESES DO ESTUDO

3.1 Hipótese nula (H_0):

Há comprometimento na independência funcional de pacientes cardiopatas adultos hospitalizados que são submetidos à cirurgia cardíaca.

3.2 Hipótese alternativa (H_1):

Não há comprometimento na independência funcional de pacientes cardiopatas adultos hospitalizados que são submetidos à cirurgia cardíaca.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 DOENÇAS CARDIOVASCULARES (DCV)

De acordo com a Associação Pan – Americana de Saúde (OPAS, 2016), as doenças cardiovasculares (DCV) são a principal causa de morte no mundo, mais pessoas morrem anualmente por essas enfermidades do que por qualquer outra causa. Estima-se que 17,5 milhões de pessoas morreram por doenças cardiovasculares em 2012, representando 31% de todas as mortes em nível global.

As DCV têm implicações econômicas importantes, com impacto negativo nos salários, lucros, participação da força de trabalho e produtividade, bem como aumentam a aposentadoria precoce, causando alta rotatividade do emprego e incapacidade. Como a despesa com cuidados com as doenças crônicas sobe em todo o mundo, elas ocupam proporções cada vez maiores nos orçamentos públicos e privados (VERAS, 2011).

De acordo com a OPAS (2017), pessoas que sofrem com doenças cardiovasculares e outras doenças não transmissíveis em países de baixa e média renda têm menos acesso a serviços de saúde eficazes, são diagnosticadas tardiamente e morrem prematuramente em sua idade mais produtiva. A escassez ou ausência de acesso aos serviços de saúde em atenção primária, contribui para o aumento do processo de cronicidade das doenças não transmissíveis e conseqüentemente na superlotação nos serviços de alta complexidade, o que influencia diretamente nas taxas de mortalidade.

Em geral, as DCV são provocadas por aterosclerose, ou seja, pelo depósito de placas de gordura e cálcio no interior das artérias que dificultam a circulação sanguínea nos órgãos e podem mesmo chegar a impedi-la. Quando a aterosclerose aparece nas artérias coronárias, pode causar sintomas e doenças como a angina de peito, ou provocar um infarto do miocárdio (BOURBON et al, 2016).

As DCV são um grupo de doenças do coração e dos vasos sanguíneos que, dentre outras, incluem: doença da coronária que leva o comprometimento dos vasos sanguíneos que irrigam o músculo cardíaco; doença arterial periférica que é a doença dos vasos sanguíneos que irrigam os membros superiores e inferiores; doença cardíaca reumática que causa danos no músculo do coração e válvulas cardíacas devido à febre reumática, causada por bactérias estreptocócicas;

cardiopatía congênita que é a malformação na estrutura do coração existente desde o momento do nascimento (OPAS, 2016).

Segundo estudo do Ministério da Saúde, que analisou a situação de saúde e das causas externas da população brasileira entre os anos de 2000 a 2013, as doenças cerebrovasculares e infarto agudo do miocárdio estão entre as principais causas morte da população acima de 60 anos (BRASIL, 2015).

No Brasil, um fato que agrava esse quadro é que, aproximadamente, um terço dos óbitos por DCV ocorrem precocemente em adultos na faixa etária de 35 a 64 anos. Nesta faixa etária, as principais causas de óbito por doenças do aparelho circulatório são as doenças isquêmicas do coração, as doenças cerebrovasculares e as doenças hipertensivas. Ressalte-se que essas causas são em grande parte evitáveis, diante da probabilidade de diminuição da ocorrência dessas mortes, se houver assistência ou prevenção oportuna (NERI; SOARES, 2002).

A necessidade de internação dessa parcela da população torna-se, por vezes, inevitável. O aumento do número de pessoas com doenças crônico-degenerativas cada vez mais tem requerido intervenções com internação. Nas grandes cidades os serviços hospitalares têm sido utilizados de maneira mais intensa, devido maior duração média de suas internações, maior frequência de reinternações e óbitos a que as pessoas com DCV estão sujeitas (CIAMPONE et al, 2006).

Neste sentido, o número de cirurgias cardíacas tem aumentado significativamente, refletindo também no tempo de internação desses pacientes. A cirurgia cardíaca pode ser definida como um processo de restauração e restituição das capacidades vitais, compatíveis com a capacidade funcional do coração dos pacientes que já apresentavam previamente doenças cardíacas. É o processo pelo qual a pessoa com doença cardíaca procura o retorno ao bem-estar do ponto de vista físico, mental e social (HENRIQUES, 2016).

4.1.1 Infarto agudo do miocárdio (IAM)

O infarto agudo do miocárdio (IAM) é a primeira causa de morte no Brasil, registrando cerca de 100 mil óbitos anuais. Patologia decorrente de obstrução da artéria coronária, levando o desequilíbrio entre oferta e consumo de oxigênio, devido fluxo sanguíneo insuficiente para o miocárdio, levando a morte celular (BRANDL, 2017).

O IAM é uma das patologias mais desafiadoras para o sistema de saúde. O diagnóstico precoce permite adotar estratégias para reperfundir o miocárdio, seja com fibrinolíticos² ou com angioplastia³, que podem contribuir para a redução da mortalidade (GAGLIARDI et al, 2017).

O IAM possui alta taxa de mortalidade, sendo importante reconhecer seus sinais e sintomas, para que ocorra auxílio e atendimento do paciente em menor espaço de tempo, evitando complicações severas. Entre os sinais e sintomas mais recorrentes encontram-se: dor torácica (dor súbita sobre o esterno, constante e constrictiva); dor esta com possível irradiação para várias partes do corpo, como ombro, pescoço, mandíbula, costas, braços, especialmente face interna do braço esquerdo; sendo reproduzida pelo esforço e estresse emocional. Frequentemente vem acompanhada de náuseas, sudorese, dispneia ou vômitos (BRANDL, 2017).

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) instituiu as diretrizes para o tratamento do IAM com recomendações para: atendimento inicial pré-hospitalar; atendimento na unidade de emergência; diagnóstico e estratificação de risco; procedimentos especiais para estratificação de risco e avaliação (exames de imagens e outros para o diagnóstico preciso); tipos de tratamentos farmacológicos; terapias de reperfusão (fibrinolíticos, angioplastia e revascularização cirúrgica); tratamento de possíveis complicações; prevenção secundária (controle de fatores de risco como tabagismo, hipertensão, diabetes, dislipidemias e obesidade) e reabilitação pós-hospitalar (SBC, 2015).

Múltiplas barreiras se opõem para um tratamento adequado do IAM: o atraso na consulta do pacientes, não realização ou interpretação adequada de eletrocardiogramas, falta de treinamento de médicos de emergência para adotar as medidas apropriadas de reperfusão, dificuldade no acesso a medicamentos e ausência de redes coordenadas para facilitar o encaminhamento rápido a centros especializados para o tratamento (GAGLIARDI et al, 2017).

² São fármacos utilizados para dissolver trombos ou coágulos sanguíneos para desobstrução dos vasos (FERRARI et al, 2015)

³ A Angioplastia Coronária ou Intervenção Coronária Percutânea é o tratamento não cirúrgico das obstruções das artérias coronárias por meio de cateter balão, com o objetivo de aumentar o fluxo de sangue para o coração. Após a desobstrução da artéria coronária, por meio da angioplastia com balão, procede-se ao implante de uma prótese endovascular (para ser utilizada no interior dos vasos) conhecida como 'stent' - pequeno tubo de metal, semelhante a um pequeníssimo bobê de cabelo, usado para manter a artéria aberta (SOCERJ, 2013).

Quando o tratamento medicamentoso e/ou a angioplastia não surtem o efeito desejado, é necessária a realização da Revascularização do Miocárdio (RVM), popularmente conhecida como ponte de safena, que tem por objetivo reconstituir o fluxo sanguíneo para uma artéria coronária bloqueada.

Na RVM, um segmento de veia safena é retirado dos membros inferiores e é suturado na aorta e na coronária comprometida, de maneira que o trajeto se constitui uma ponte sobre o bloqueio, recompondo assim o fluxo sanguíneo. A retirada da veia safena de uma ou de ambas as pernas não altera a circulação dos membros inferiores e não acarreta prejuízo para andar ou mesmo correr. Algumas vezes uma artéria do tórax (mamárias interna) e radial do antebraço, são usadas para revascularização de uma ou mais coronárias. O número de pontes dependerá do número de coronárias comprometidas (DINKHUYSEN, 2012).

4.1.2 Doenças valvares

As valvulopatias correspondem a doenças que afetam as válvulas cardíacas, impedindo a abertura e/ou o encerramento adequado de uma ou mais dessas válvulas. A função das válvulas cardíacas é a regulação do fluxo sanguíneo entre as várias cavidades do coração e os vasos principais. Como tal, elas são essenciais para um correto funcionamento de todo o sistema cardiovascular. Existem quatro válvulas cardíacas (aórtica, mitral, tricúspide e pulmonar) e todas elas podem apresentar anomalias que se irão manifestar de modo diferente consoante a válvula afetada (NIH, 2011).

As doenças valvares podem ser divididas em insuficiência e estenose. No caso das estenoses, as válvulas não se abrem corretamente, provocando uma redução do volume de sangue ejetado para o seguimento adjacente. Já nas insuficiências, há regurgitamento de sangue, pois os folhetos valvulares perdem a capacidade de ocluir a passagem entre câmaras ou entre artéria e câmara (DEL BUONO et al, 2015).

As principais disfunções valvares são a estenose mitral, insuficiência mitral, estenose aórtica e insuficiência aórtica. Qualquer valva cardíaca pode se tornar estenosada ou insuficiente, provocando alterações hemodinâmicas muito antes dos sintomas. Com mais frequência, a estenose ou a insuficiência valvar ocorrem isoladamente em determinadas valvas, mas podem coexistir múltiplas

enfermidades valvares e uma mesma valva pode ser estenosada e insuficiente (MANSUR, 1982; ARMSTRONG, 2018).

O tratamento depende da gravidade da doença, mas em geral envolve valvoplastia com cateter ou cirurgia (p. ex., comissurotomia cirúrgica, reparo e substituição valvar). São utilizados dois tipos de prótese valvar: prótese biológica (porcina) e prótese mecânica (metal) (ARMSTRONG, 2018).

No Brasil, a doença valvar representa uma significativa parcela das internações por doença cardiovascular. Sendo que desses poucos casos, quase 70% são causados pela febre reumática (DEL BUONO et al, 2015).

4.1.3 Cardiopatia congênita em adultos

Cardiopatias congênitas (CC) são defeitos estruturais que surgem na formação do coração ou dos vasos sanguíneos principais. São condições comuns que têm um impacto significativo na morbidade, mortalidade e cuidados em saúde de crianças e adultos. Diversos fatores de risco estão associados ao seu desenvolvimento, como diabetes maternas e uso de drogas e álcool (SILVA et al, 2017).

A CC é classificada como uma doença crônica na qual os pacientes são sujeitos a uma série de limitações. A intervenção cirúrgica corresponde a uma ação recorrente, resultando em marcas corporais visíveis (alterações na morfologia e / ou cicatrizes) que podem refletir-se na apreciação da imagem corporal (KOVACS et al, 2005).

Os avanços diagnósticos, terapêuticos e cirúrgicos têm possibilitado, ao paciente pediátrico com cardiopatia congênita, alcançar a idade adulta com frequência cada vez maior. As cardiopatias congênitas no adulto se apresentam geralmente de duas formas, as em evolução natural e as que sobreviveram à cirurgia realizada em etapas anteriores, quer no lactente, na infância ou mesmo na adolescência (ATIK; ATIK, 2001).

As lesões acentuadas constituem indicação cirúrgica, apesar do diagnóstico estabelecido tardiamente, decorrente, provavelmente, da maior tolerância do paciente à sobrecarga imposta pelo defeito congênito. São, principalmente, representadas pela comunicação interatrial e comunicação interventricular, defeito parcial do septo atrioventricular, canal arterial pérvio, coarctação da aorta e estenose aórtica (ATIK; ATIK, 2001).

Os adolescentes e adultos com cardiopatias congênitas podem ser divididos em três grupos: 1) os que nunca foram submetidos à cirurgia; 2) os submetidos à cirurgia paliativa; e 3) os submetidos a correção total da cardiopatia congênita. Cada grupo possui características individuais, o que torna diferente a cirurgia cardíaca nesta população. Os cirurgiões cardíacos que trabalham com pacientes de CC devem ter experiência em correção de defeitos congênitos e em cirurgia cardíaca convencional, e os riscos e benefícios dos procedimentos propostos devem ser discutidos com a equipe e com o paciente (SBC, 2010).

Em todos os casos apresentados, em se tratando principalmente do serviço público, o tratamento para essas DCV demandam longos períodos de internação, o que, por si só, já altera o cotidiano do paciente e pode influenciar na sua capacidade funcional.

4.2 TERAPIA OCUPACIONAL NO CONTEXTO HOSPITALAR E NA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DE PACIENTES CARDIOPATAS

Durante a hospitalização, a capacidade funcional do paciente pode ser comprometida e levar à dependência funcional, por se tratar de um evento complexo que ocorre num momento de fragilidade, quando o indivíduo é retirado do seu meio e do convívio familiar e social, e transferido para um ambiente estranho (SIQUEIRA et al, 2004; KAWASAKI; DIOGO, 2007). Na hospitalização, percebe-se a perda da autonomia na diferença de lavar-se e não tomar banho, de alimentar-se e não comer, de esperar o médico na cama e não ir às consultas, de tomar os remédios dados pela enfermagem e não pegá-los na farmácia. As rotinas acabam sendo pré-determinadas pela instituição, proporcionando ao paciente uma relação mais dependente, com menos autonomia e funcionalidade (AMIN, 2001).

Esses comprometimentos justificam a atuação da terapia ocupacional no ambiente hospitalar junto a esta parcela da população. Em estudo realizado por Pelosi e Nascimento (2016) no que se refere ao processo de hospitalização, os pacientes relataram dificuldades em lidar com: o afastamento e as mudanças dos seus papéis ocupacionais; as barreiras à participação em ocupações significativas; a perda da referência do seu espaço, e a perda de controle sobre a própria vida e seus desejos.

Verifica-se, assim, que múltiplos fatores podem influenciar o desempenho ocupacional do indivíduo e, conseqüentemente, a manutenção dos seus papéis

ocupacionais, o que reforça a necessidade de um terapeuta ocupacional no contexto hospitalar como membro da equipe (PELOSI; NASCIMENTO, 2016).

O Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO na Resolução nº 418 de 04 de junho de 2012, estabelece os parâmetros de assistência terapêutica ocupacional em contextos hospitalares, considerando a importância destes profissionais nesta área de atuação. E em ação mais recente, reconhece a especialidade de terapia ocupacional em contextos hospitalares em sua resolução nº 429 de 08 de julho de 2013 (COFFITO, 2013).

Segundo Cordeiro (2007), independente do diagnóstico, ao atuar na atenção à saúde cardiovascular, seja em contexto hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, o terapeuta ocupacional precisa considerar os parâmetros clínicos que interferem na morbidade e na mortalidade ao planejar sua intervenção, tais como: as sequelas instaladas no sistema cardiovascular e seu impacto no funcionamento deste; os fatores de risco inerentes ao diagnóstico do paciente e quais fatores estão controlados ou não; o prognóstico do paciente e que ações estão planejadas pela equipe a curto, médio e longo prazo; a frequência cardíaca máxima e pressão arterial mínima segura para o paciente durante o repouso e em atividade; a presença de quadros de depressão e/ou ansiedade, com a terapia ocupacional é possível reduzir a permanência hospitalar e a retomada das atividades da vida diária do paciente de forma independente.

As hospitalizações podem resultar em repercussões no cotidiano e em mudanças na qualidade de vida, muitas vezes de forma irreversível. O ambiente hospitalar torna-se um local de grande concentração de ansiedade, principalmente para os pacientes que passam por longos períodos de internação. (CREDITOR, 2008; SANTOS, 2008).

Logo ao ingressar no hospital, o doente que se dispõe a ser “paciente” é convocado à supressão instantânea e voluntária de sua intimidade. Além da ruptura com o cotidiano, o internamento implica, de imediato, uma primeira medida com o propósito de preparação da terapêutica: a expropriação do corpo doente do doente. Este cede lugar àquilo que se poderia chamar o corpo doente do médico. (ANTUNES, 1991, p. 163-164, Apud SANTOS, 2008)

O tempo prolongado de hospitalização em decorrência da realização de uma cirurgia cardíaca, por exemplo, pode gerar vários sentimentos negativos e inseguranças ao paciente, influenciando na necessidade constante de um

acompanhante, seja pela idade avançada ou pelas limitações físicas próprias das cardiopatias, podem vir a diminuir a capacidade funcional dos indivíduos (SANTOS et al, 2005).

O terapeuta ocupacional faz parte da equipe de reabilitação cardíaca e oferece uma contribuição importante auxiliando os pacientes com moléstia cardíaca a se adaptarem a nova situação, promovendo uma maior autonomia e independência nas AVD's, atividades laborativas e de lazer. Ainda auxilia o paciente a compreender suas limitações e adotar mudanças favoráveis, diminuindo a incidência e severidade de depressão e ansiedade, aumento da autoestima e sensação de bem-estar, retornando ao estilo de vida mais ativo e independente possível (VASCONCELOS et al, 2010).

A *American Occupation Therapy Association - AOTA* (2015) aponta para a atuação da terapia ocupacional no âmbito das DCNT, ressaltando que estes profissionais são especializados na modificação dos hábitos de vida prejudiciais, concentrando suas ações para o desenvolvimento de hábitos adequados e que favoreçam o tratamento, além de possibilitar o envolvimento dos indivíduos neste processo, a fim de gerenciar sua doença crônica.

Neste contexto, Trombly e Radomsky (2012) apontam para a importância incalculável da participação do terapeuta ocupacional em serviços de reabilitação cardiovascular, em decorrência da complexidade das demandas identificadas para intervenção da equipe e das dificuldades observadas na adesão ao tratamento dos indivíduos atendidos.

Para o terapeuta ocupacional, cujo foco de suas ações são as atividades e cotidianos, o cuidado à saúde que disponibiliza se constitui em poder entender e intervir nas manifestações e discontinuidades da cotidianidade ocasionadas por situações diversas de adoecimento, que transitam pelo domicílio, hospital, e/ou por outros equipamentos sociais e de saúde (GALHEIGO, 2008).

Segundo Santos e De Carlo (2013) o tratamento hospitalar é realizado num novo contexto de desempenho na vida ocupacional do sujeito que adoece, com fatores ou situações que influenciam sua capacidade de envolver-se em áreas e contextos de desempenho específicos dentro do hospital, diferentes daqueles que habitualmente compõe sua vida cotidiana.

Estar hospitalizado gera uma ruptura incisiva no cotidiano dos indivíduos, mas, em geral, entende-se que o próprio indivíduo precisa elaborar e superar os conflitos gerados por esta condição; há uma sub-valorização da rotina hospitalar como geradora de estresse, que acaba por agravar o quadro clínico do indivíduo. Preocupar-se com a reestruturação do cotidiano deste indivíduo e propor ações de humanização hospitalar também são ações que podem ser realizadas pelo terapeuta ocupacional, em conjunto com a equipe (2013 p 99).

Os terapeutas ocupacionais se inserem neste contexto a partir da intervenção com doentes crônicos, de forma que sua prática se constitui sempre vinculada à vida ocupacional, através da utilização de atividades, produtivas, de autocuidado ou de lazer. Deste modo, a intervenção terapêutica ocupacional deve promover o envolvimento de pacientes e familiares no processo de tratamento durante a internação, além de fornecer informações a cerca de diagnóstico, procedimentos e perspectivas (DE CARLO; BARTALOTTI; PALM, 2004).

O terapeuta ocupacional pode ser considerado um agente promotor ou facilitador desse processo de transformação, mas, para isso, é necessário que perceba as peculiaridades do paciente, de modo a não fragmentá-lo e, sim, compreendê-lo em sua totalidade e complexidade. Para tal faz-se necessário uma avaliação criteriosa (MAGALHÃES, 1997).

4.2.1. Terapia Ocupacional na avaliação da capacidade funcional

Avaliação em terapia ocupacional é o procedimento que identifica as habilidades e limitações do paciente para a realização das atividades da vida diária, atividades instrumentais de vida diária, atividades educacionais, de trabalho, lúdicas, de lazer, descanso, sono e participação social, incluindo fatores tais como: as estruturas e funções corporais; padrões de desempenho (hábitos, rotinas, papéis e padrões de comportamento; contextos e ambientes – cultural, físico, ambiental, social e espiritual e as demandas das atividades que afetem o desempenho ocupacional, entre outros, e favorece diagnóstico terapêutico ocupacional e elaboração do plano terapêutico (COFFITO, 2012).

A avaliação deve levar o terapeuta a conhecer o indivíduo a partir de sua história de vida, de seus valores culturais e espirituais, de seus interesses, de sua relação sóciofamiliar, de seu cotidiano e de sua rotina diária, bem como de seu trabalho, de seu lazer e de suas expectativas diante do futuro. Independente de seu

nível de atuação preventivo, adaptativo ou reabilitador, é imprescindível que o terapeuta ocupacional procure conhecer o paciente em toda a sua complexidade (MELLO et al, 2004).

Ao realizar uma avaliação o terapeuta ocupacional coleta as informações necessárias à interpretação e raciocínio clínico que direcionará a conduta terapêutica a ser adotada. O processo de avaliação pode incluir entrevistas estruturadas ou não estruturadas para definir o perfil ocupacional do paciente, observação do desempenho durante a atuação da atividade e sua análise, além da aplicação de testes específicos (MANCINI; CHAGAS, 2004; MELLO; MANCINI, 2007).

A habilidade ou inabilidade de desempenhar atividades de vida diária, por exemplo, pode ser usada como uma medida prática para avaliar incapacidades. A necessidade de ajuda de outro para a realização das necessidades básicas de autocuidado é um fator crucial no planejamento de intervenções em saúde. Para os profissionais de saúde em geral, avaliar essas atividades é uma forma de descrever o status funcional de uma pessoa (MELLO; MANCINI, 2007).

As medidas funcionais são fortes preditivos de consequências de hospitalizações: declínio funcional, tempo de internação, institucionalização e morte. Essas medidas são uma tentativa sistematizada de mensurar objetivamente se uma pessoa está desempenhando adequadamente as atividades e tarefas necessárias para o cumprimento de seus papéis sociais, numa variedade de áreas, tais como integridade física, qualidade de automanutenção, estado intelectual, atividades sociais, atitude em relação à si mesmo e estado emocional (MELLO; MANCINI, 2017. p. 50).

O terapeuta ocupacional deve, priorizar métodos de avaliação que não só apontem as debilidades, mas também as capacidades e possibilidades dos sujeitos e de seus familiares, promovendo intervenções que facilitem sua funcionalidade (TORRENCE. 2011).

De acordo com Mello et al (2007), a seleção de instrumentos de avaliação do desempenho das atividades desempenhadas deve ser realizada baseada nos seguintes critérios: perfil da clientela; objetivos da intervenção; filosofia da instituição prestadora, informações já disponíveis da clientela; e modelo de assistência.

Para isso existem recursos de avaliações validadas para identificar qualquer presença de alterações funcionais no indivíduo, por exemplo: a Medida

Canadense de Desempenho Ocupacional (LAW et al., 2009), a Escala de Fugl-Meyer (FUGL-MEYER et al., 1975), a Motor Assessment Scale (LANNIN, 2004), o Índice de Barthel (COLLIN et al., 1988), o Wolf Motor Function Test (MORRIS et al., 2001); o Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (LINO et al., 2008) e a Medida de Independência Funcional (MIF) (RIBERTO et al., 2004).

Neste estudo, utilizou-se a MIF como instrumento avaliativo (ANEXO 01) este protocolo inclui um número mínimo de dados, permitindo ser determinada a severidade da dependência e sua funcionalidade⁴, bem como sua capacidade⁵ funcional de uma maneira uniforme.

O termo avaliação funcional surgiu na década de 60 com o intuito de mensurar objetivamente o desempenho de um indivíduo em determinadas áreas como saúde física, intelectual e emocional. Sua importância foi percebida e reconhecida nos anos 70 (KAWASAKI, 2004).

Segundo Del Luca, Silva e Hallal (2009) a capacidade funcional pode ser avaliada com enfoque em dois domínios: as atividades básicas da vida diária, também chamadas de atividades de autocuidado e as atividades instrumentais da vida diária. As atividades básicas estão ligadas ao autocuidado do indivíduo, como alimentar-se, banhar-se e vestir-se. Já as atividades instrumentais englobam tarefas mais complexas muitas vezes relacionadas à participação social do sujeito, como por exemplo, realizar compras, atender ao telefone e utilizar meios de transporte.

Para Gavasso e Beltrame (2017) a avaliação da capacidade funcional e instrumental do indivíduo e o conhecimento de suas morbidades crônicas é uma das ferramentas para subsidiar as ações dos serviços de saúde, uma vez que a preservação da independência traz melhoria das condições de vida dessa população.

As informações geradas pela avaliação da capacidade funcional possibilitam conhecer o perfil dos indivíduos usando-se ferramenta simples e útil, que pode auxiliar na definição de estratégias de promoção de saúde para as pessoas, visando a retardar ou prevenir as incapacidades (LEE, 2000).

A capacidade funcional pode ser entendida como a capacidade da manutenção das habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma, refere à capacidade de desempenhar tarefas necessárias

⁴ É um termo que engloba todas as funções do corpo, atividades e participação (CIF, 2004).

⁵ Descreve a aptidão de um indivíduo para executar uma tarefa ou ação (CIF, 2004).

ou desejáveis na vida das pessoas, é considerada parâmetro importante para manter-se ativo (BRASIL, 2006).

A capacidade funcional sofre influência de fatores externos, ambientais, físicos ou mesmo culturais, interferindo na independência funcional de um indivíduo. Sendo assim, a independência funcional pode sofrer alterações durante o processo de hospitalização, por se trata de um evento complexo e peculiar que ocorre num momento de fragilidade e desequilíbrio, quando o indivíduo é retirado do seu meio e do convívio familiar e social, e transferido para um ambiente hostil (MATEEV et al, 1998).

Capacidade funcional surge como um valor ideal para que o indivíduo possa viver independente, sendo essa a capacidade de o indivíduo realizar suas atividades físicas e mentais necessárias para manutenção de suas atividades básicas cotidianas. Pode ser definida como sendo o potencial que os indivíduos apresentam para decidir e atuar em suas vidas de forma independente, no seu cotidiano (BISPO; ROCHA; ROCHA, 2012; FIEDLER; PERES, 2008).

Os pacientes com algumas cardiopatias sofrem de vários sintomas, muitos dos quais não são específicos e frequentemente resultam em redução da capacidade funcional e em piora da qualidade de vida (QV), ambos relacionados com dispneia e fadiga durante as atividades diárias (JOLLY et al, 2007). O repouso prolongado durante a hospitalização associado à imobilidade é bastante comum e, pode ter desfechos importantes como a perda de capacidade funcional, que parece estar relacionada com o tempo de internação (PALLESCHI et al, 2014).

Noronha (2014) avaliou a capacidade funcional e associação com multimorbidades em mulheres acima de 50 anos e constatou que a prevalência de incapacidade funcional foi elevada. Que a incapacidade funcional se associou à presença de multimorbidades, medo de cair, maior IMC,(índice de massa corpórea) antecedente de infarto, tabagismo (fumar mais de 15 cigarros/dia), internação hospitalar nos últimos 12 meses e uso de medicação prescrita pelo médico.

Em estudo realizado por Santos, Chaves e Sarges (2014) foi constatado que a hospitalização influencia negativamente na independência funcional dos indivíduos e que esse fato repercute diretamente nas horas de assistência dedicadas por toda equipe, sobretudo, à medida que o tempo de hospitalização aumenta.

Cunha et al (2009) agrupou os fatores de risco para o declínio funcional em indivíduos hospitalizados em três categorias: a) fatores sócio-demográficos (idade e situação de moradia/institucionalização); b) fatores médicos/clínicos (diagnóstico, múltiplas comorbidades, gravidade da condição clínica e estado nutricional); e c) fatores relacionados à capacidade funcional e seus determinantes (presença de sintomas depressivos, comprometimento cognitivo e *delirium*, comprometimento físico, fatores ambientais e fatores relacionados às intervenções iatrogênicas).

A capacidade funcional surge, portanto, como um novo paradigma de saúde, particularmente relevante para os indivíduos. Saúde, dentro dessa ótica, passa a ser resultante da interação multidimensional entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica. Qualquer uma dessas dimensões se comprometida, pode afetar a capacidade funcional de uma pessoa (FREITAS et al., 2002).

4.2.2 Medida de Independência Funcional (MIF)

A Medida de Independência Funcional (MIF) é um instrumento de avaliação desenvolvido para o acompanhamento de pessoas sob processo de reabilitação. A utilização da escala focaliza a efetiva realização de atividades de forma independente na rotina diária. Sendo assim permite documentar sua sensibilidade às aquisições funcionais e sua correlação com os níveis funcionais (SILVEIRA et al, 2011).

A MIF desenvolvida pela Academia Americana de Medicina Física e Reabilitação. O trabalho original foi expandido pelo Departamento de Medicina de Reabilitação da Universidade do Estado de Nova York- Buffalo, considerado parte do “Sistema de Dados Uniformes para Reabilitação Médica” amplamente aplicado nos Estados Unidos e em outros países (LAINS, 1991; OTTENBACHER et al., 1996).

Essa escala foi validada para o português por um grupo de pesquisadores médicos-fisiatras da divisão de medicina de reabilitação do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), em artigo publicado por Riberto et al. (2001) na revista *Acta Fisiátrica*, volume 8, número 1, abril 2001. Nesse trabalho demonstraram a alta reprodutibilidade da versão brasileira, não identificando problemas de equivalência cultural.

A MIF faz parte do Sistema Uniforme de Dados para Reabilitação Médica (SUDRM) e é amplamente utilizada e aceita como medida de avaliação funcional

internacionalmente. Para Riberto et al (2007), a escolha da independência funcional como parâmetro de avaliação da reabilitação fundamenta-se na sua importância para o indivíduo, para a família e para a sociedade.

Esta escala foi traduzida para o português utilizado no Brasil, com auxílio de médicos bilíngues que eram familiarizados com o instrumento e que se basearam em orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS), do manual original em inglês e da versão em língua portuguesa, realizada em Portugal. Como resultado não se encontrou conflitos de interpretação, no processo de tradução (RIBERTO et al, 2001; RABEH; CALIRI; HAAS, 2009).

A MIF mede a incapacidade, não a deficiência. Ela tem por objetivo medir o que o indivíduo com incapacidade faz na realidade, não aquilo que ele deveria ou poderia fazer em circunstâncias diferentes. Importante ressaltar que a MIF não apresenta nenhuma restrição e é aplicável em todos os casos (BENVEGNU et al, 2008).

A rotina hospitalar envolve condições de permanência que são marcadas por regras e horários preestabelecidos e cuidados direcionados ao tratamento da doença. Neste contexto, as atividades possíveis de serem realizadas, como tomar banho, ir ao banheiro e se alimentar, são organizadas em rotinas rígidas, que contribuem para a perda do controle do indivíduo sobre a própria vida e do respeito aos seus desejos (ANGELI; LUVIZARO; GALHEIGO, 2012).

Além disso, fatores relacionados às limitações ou às incapacidades anteriores ao processo de internação, ocasionados pela doença e suas consequências, somados às restrições e aos cuidados exigidos no seu tratamento, influenciam o desempenho ocupacional no ambiente hospitalar (SILVEIRA; JOAQUIM; CRUZ, 2012; SANTOS; DE CARLO, 2013).

O terapeuta ocupacional atua com esses pacientes visando a aquisição da máxima independência funcional nas áreas de desempenho e melhora na qualidade de vida do indivíduo. Podem ser realizados treinos de atividades funcionais, para que além do paciente ser capaz de realizá-las sem auxílio, não haja maior comprometimento e a MIF tem se mostrado um instrumento que auxilia o terapeuta ocupacional direcionando suas intervenções (WOODSON, 2005).

Em estudo realizado por Del Rio (2013), que verificou como se dá o uso da Medida de Independência Funcional (MIF) por terapeutas ocupacionais no processo de avaliação em pacientes, constatou que é bastante utilizada em vários

países do mundo como Estados Unidos, República Tcheca, Japão e China, além do Brasil. Sendo usada, para avaliar e classificar o grau de funcionalidade de pacientes, na maioria dos casos em hospitais e aplicados por terapeutas ocupacionais.

Corrêa (2013) também utilizou a MIF para avaliar a capacidade funcional de pacientes acamados com o objetivo de correlacionar sua fragilidade no setor de terapia intensiva e no momento da alta. Já Caro e Cruz (2017) a partir da aplicação da MIF, sugerem a necessidade de intervenção específica da terapia ocupacional em decorrência do impacto das alterações cognitivas na independência funcional de sujeitos pós AVC.

Dentre as principais vantagens da utilização da MIF podem-se citar: ter validade demonstrada como índice discriminatório, índice preditivo, índice de avaliação; ser passível de aplicação por qualquer profissional de saúde, e proporcionar a criação de uma linguagem comum em diferentes disciplinas; ser de rápida aplicação (entrevista com o cliente ou cuidador; pessoal ou por telefone); possibilitar a obtenção de medidas de resultados na avaliação econômica (MELLO; MANCINI, 2007).

5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.1. Tipo de pesquisa

Observacional, exploratória, transversal, descritiva e analítica.

5.2. Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada na Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (FHCGV) que é um hospital de ensino público de alta complexidade referência estadual em Psiquiatria, Cardiologia e Nefrologia que atende 100% pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) de todos os municípios do estado do Pará e de outras regiões. Possui 248 leitos, 1541 colaboradores e em 2017 realizou 2756 cirurgias (entre cardíacas e gerais), 9359 internações e 57253 consultas.

A FHCGV na assistência cardiológica oferece diagnóstico e tratamento para doenças do coração e do sistema circulatório a adultos e crianças, nas modalidades de ambulatório, clínica e cirúrgica. Possui UTI coronariana com 10 leitos e equipe multiprofissional.

A maioria dos pacientes cardiopatas da amostra da pesquisa tiveram acesso ao hospital pelo Serviço de Atendimento Transitório (SAT) que é a porta de entrada da emergência cardiológica e seguiram o seguinte fluxograma (figura 01):

Figura 01: Fluxograma de atendimento de pacientes cardiopatas



Fonte: Pesquisa campo (FHCGV,2018).

5.3. Universo e amostra populacional

O universo da pesquisa foi de 31 pacientes cardiopatas internados nas clínica médica, cardiológica e cirúrgica da FHCGV, sendo que a amostra populacional desta pesquisa foi de 11 pacientes de ambos os sexos, com idade entre 19 e 74 anos que realizaram cirurgia cardíaca no hospital no período de setembro a novembro de 2018.

5.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

5.4.1 Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão para os participantes da pesquisa são:

- Ser cardiopata;
- Estar internado na clínica médica, cardiológica ou cirúrgica da FHCGV;
- Possuir idade maior ou igual a 18 anos;
- Manifestar interesse voluntário em participar da pesquisa;
- Apresentar-se clinicamente estável;
- Assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – APÊNDICE A);

- Estar aguardando cirurgia cardíaca e/ou já ter passado por ela.

5.4.2 Critérios de exclusão:

Os critérios de exclusão para os participantes da pesquisa são:

- Não ser cardiopata;
- Não estar internado na Clínica médica, cardiológica ou cirúrgica da FHCGV;
- Apresentar idade menor a 18 anos;
- Não manifestar interesse em participar do estudo;
- Não apresentar-se clinicamente estável;
- Não assinar o TCLE;
- Não estar aguardando cirurgia cardíaca e nem ter passado por uma

5.5. ETAPAS DA PESQUISA

5.5.1. Levantamento e coleta de dados

Foi realizado o levantamento de dados secundários para caracterizar a amostra populacional do estudo para aplicação do protocolo de pesquisa através da pesquisa em livro de registros de admissão e alta de pacientes das clínicas médicas, cardiológica e cirúrgica e aplicação de teste estatístico para definição da amostra do estudo.

5.5.2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Após a abordagem dos pacientes foi apresentado e lido o TCLE (APÊNDICE A), e tiradas possíveis dúvidas sobre o mesmo, e após o aceite pelo paciente foi assinado por ambas às partes, sendo entregue uma via para o paciente.

5.5.3. Aplicação do protocolo de pesquisa Medida de Independência Funcional (MIF).

A aplicação da MIF (ANEXO A), ocorreu em um primeiro momento com os pacientes que se encontravam internados aguardando cirurgia cardíaca nas clínicas cardiológica, médica ou cirúrgica e em um segundo momento o protocolo foi reaplicado, em média, 11 dias após o pós operatório e da alta da UTI coronariana, quando o paciente encontrava-se na enfermaria da clínica cirúrgica.

O instrumento avaliou o grau de dependência dos pacientes, o qual foi classificado, conforme a medida de independência funcional. A MIF é um protocolo composto por 6 dimensões: autocuidado, controle de esfíncteres, transferência, locomoção, comunicação e cognição social. Cada item pontua de 1 (dependência total) a 7 (independência completa). Obtém-se escore total mínimo de 18 e máximo de 126 pontos que caracterizam os níveis de dependência (RIBERTO et al, 2001).

Na dimensão autocuidado são avaliados os itens: alimentar-se, arrumar-se, banhar-se, vestir-se parte superior, vestir-se parte inferior e higiene pessoal. A dimensão de controle esfinteriano avalia controle vesical e intestinal. Na mobilidade são avaliados a transferência em leito, cadeira, cadeira de rodas, sanitário e banheira ou chuveiro. Já a locomoção avalia a marcha, cadeira de rodas e escadas. Na dimensão de comunicação a abrangência e expressão são os itens avaliados. E por fim, a dimensão de cognição social avalia a interação social, a resolução de problemas e a memória.

O valor correspondente a MIF total pode ser dividido em quatro sub escores, de acordo com a pontuação total obtida: 18 pontos: dependência completa (assistência total); 19 – 60 pontos: dependência modificada (assistência de até 50% da tarefa); 61 – 103 pontos: dependência modificada (assistência de até 25% da tarefa); 104 – 126 pontos: independência completa / modificada (VIANA et al., 2008).

5.6. Análise dos dados

As informações coletadas foram armazenadas no software Excel 2010™ (Microsoft Corporation, Redmond, USA) e analisadas por meio do software Graphpad prism versão 5.0™ (Graphpad software, Inc., San Diego, USA). O teste de Kolmogorov-Smirnov foi adotado para avaliação da distribuição normal dos dados das variáveis. Como não houve normalidade de distribuição, utilizou-se o teste de Wilcoxon (Signed-rank test) para comparar os valores medidos entre os diferentes grupos do estudo, isto é, pré e pós cirurgia cardíaca. Foi adotado o nível α de 0.05 para rejeição da hipótese nula.

5.7. Questões éticas

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FHCGV para análise ética e autorização para a realização da pesquisa na instituição, com o parecer consubstanciado nº 2.928.709 (ANEXO 2).

A pesquisa foi realizada respeitando todos os princípios éticos, previsto pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)/Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Ministério da Saúde.

5.8. Avaliação dos riscos e benefícios

A realização deste estudo ofereceu riscos mínimos para a população em estudo e para a pesquisadora envolvida. Como risco maior para os participantes, cita-se a divulgação da identidade dos mesmos e situações de constrangimentos, para tanto a pesquisadora se comprometeu em preservar a identidade dos participantes, omitindo-se a identificação, bem como evitou situações que causassem quaisquer constrangimentos.

Dentre os benefícios da pesquisa, estão o aprimoramento do conhecimento científico nos âmbitos da reabilitação cardiovascular e no campo da terapia ocupacional em cardiologia e sua importância no tratamento e reabilitação funcional de pacientes cardiopatas hospitalizados.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de realização do estudo, 31 pacientes estavam internados para serem submetidos a procedimento cirúrgico cardiológico, destes 11 fizeram parte da amostra que resultou em (n =4) do sexo feminino (36,4%) e (n=7) do sexo masculino (63,6%). A média de idade da população de estudo foi de 57 ± 19.2 anos. As cirurgias foram classificadas por DCV sendo (n=7) para IAM; (n=1) cardiopatia congênita; (n=1) cisto no pericárdio e (n=2) valvopatias.

Dados do DATASUS (2014) apontam para o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) como a primeira causa de morte no país, que registra cerca de 100.000 óbitos anuais pela doença. A World Health Organization (2011) ressalta o IAM e a Doença Arterial Coronariana (DAC) como as principais causas de morte a nível mundial, ressaltando que as DCV são responsáveis por cerca de 7,3 milhões de mortes por ano, com projeções de 23,6 de mortes por ano em 2030.

As alterações ocorridas no organismo com o procedimento cirúrgico indicam a necessidade de se mensurar a funcionalidade no pré e no pós-operatório, de modo a conhecer a dinâmica do processo terapêutico e intervir quando necessário, não permitindo que se estabeleça uma limitação funcional (ARAÚJO et al, 2006).

As informações sobre os escores da MIF de cada paciente desta pesquisa, nos momentos pré e pós-cirurgia, encontram-se na tabela 01, apresentando a variação do grau de independência funcional dos mesmos.

Tabela 1 – Escore total da MIF no pré e pós operatório de cirurgia cardíaca de pacientes de um hospital público de ensino e referência em cardiologia em Belém/PA, 2018.

Paciente	Pré-operatório	Pós-operatório
1	126	96
2	126	102
3	126	90
4	126	93
5	126	112
6	106	70
7	126	115
8	126	109
9	125	57

10	125	66
11	125	91

MIF: Medida de Independência Funcional. Escores: até 18 pontos = dependência completa; 19 a 60 = dependência modificada (50% das tarefas); 61 a 103 = dependência modificada (25% das tarefas); 104 a 126 = independência completa/ modificada.

Fonte: Protocolo de pesquisa (MIF - Medida de Independência Funcional, 2004)

Essas variações também estão representadas no gráfico 01 para favorecer a interpretação da comparação dos resultados finais de cada paciente, demonstrando as alterações nos escores dos mesmos nos momentos de pré e pós-cirurgia.

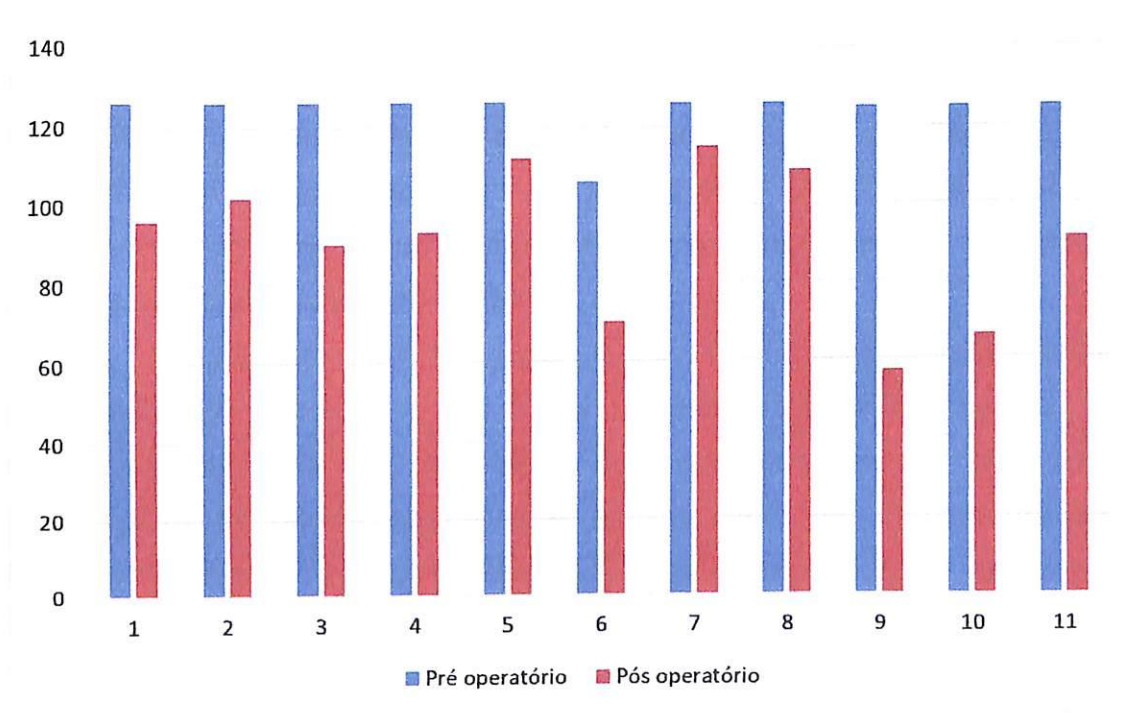


Gráfico - 01 Escore total da MIF no pré e pós operatório de cirurgia cardíaca de pacientes de um hospital público de ensino e referência em cardiologia em Belém/PA, 2018.

Fonte: Protocolo de pesquisa (MIF - Medida de Independência Funcional, 2004)

Verifica-se no gráfico 1, que no pré-operatório 100% dos pacientes apresentaram independência completa ou modificada, ou seja, realizavam suas tarefas sem a necessidade de ajuda ou assistência. No pós-operatório, os resultados demonstram que mais da metade dos pacientes, 54,54%, apresentou dependência modificada, necessitando de auxílio em 25% das tarefas; 18,18%

apresentaram dependência modificada realizando 50% das tarefas e 27,27% permaneceram com independência completa ou modificada, quando o paciente é independente, mas precisa de alguns recursos (objetos) para auxílios mínimos (TABELA 02).

Tabela 02 – Escore total da MIF no pré e pós operatório de cirurgia cardíaca de pacientes de um hospital público de ensino e referência em cardiologia em Belém/Pa, de acordo com o grau de independência.

Escore	Nº de pacientes (%)
Independência completa/modificada	27,27%
Dependência modificada (25% das tarefas)	54,54%
Dependência modificada (50% das tarefas)	18,18%

Fonte: Protocolo de pesquisa (MIF - Medida de Independência Funcional, 2004)

A redução da funcionalidade encontrada no presente estudo corrobora com os achados na literatura. Myles et al. (2001) demonstraram que a intervenção cirúrgica provoca declínio funcional, fortalecendo assim os resultados encontrados, assim como a pesquisa realizada por Moraes et al. (2010) na qual 22 pacientes submetidos a cirurgia cardíaca foram estudados e apresentaram declínio funcional em relação ao período pré-operatório.

Os procedimentos cirúrgicos de grande porte como as cirurgias cardíacas constantemente promovem alterações sistêmicas consideráveis, repercutindo diretamente na vida dos indivíduos que se submetem as mesmas. Essas repercussões têm relação com diversas causas, como grau de sedação, tempo em minutos, de circulação extracorpórea (CEC), funções pulmonar e cardíaca no pré-operatório, que podem influenciar no grau de funcionalidade desses pacientes (CORDEIRO et al, 2015).

A comparação entre os scores de cada um dos itens avaliados nas 6 dimensões apresentadas pela MIF, estão descritos na tabela 03.

Tabela 03 – Escore total das variáveis da MIF de autocuidado, controle dos esfíncteres, mobilidade, locomoção, comunicação e conhecimento social no pré e pós operatório de cirurgia cardíaca de pacientes de um hospital público de ensino e referência em cardiologia em Belém/Pa, 2018.

Variáveis	Pré operatório (N=11)	Pós-operatório (N=11)	P-valor
Escore total	123.9±5.9	91.0±19.2	0.00*
Autocuidado			
A – alimentar-se	7.0±0.0	5.9±1.7	0.04*

B – arrumar-se	7.0±0.0	4.2±1.9	0.01 [*]
C – banhar-se	6.8±0.6	3.9±1.5	0.00 [*]
D – vestir-se (parte superior)	7.0±0.0	3.8±1.4	0.00 [*]
E – vestir-se (parte inferior)	6.8±0.6	4.0±1.8	0.00 [*]
F – higiene pessoal	7.0±0.0	5.2±2.3	0.04 [*]
Controle dos esfíncteres			
G – controle vesical	7.0±0.0	7.0±0.0	1.00
H – controle intestinal	7.0±0.0	7.0±0.0	1.00
Mobilidade			
I – leito, cadeira, c/rodas	6.7±0.9	3.2±1.4	0.00 [*]
J – sanitário	6.9±0.3	4.6±2.2	0.01 [*]
K – banheira, chuveiro	6.8±0.6	4.9±1.7	0.00
Locomoção			
L – marcha/cadeira de rodas	6.9±0.3	4.9±1.7	0.01 [*]
M – escadas	4.8±3.0	1.0±0.0	0.01 [*]
Comunicação			
N – abrangência	6.8±0.6	6.4±0.9	0.06
O – expressão	7.0±0.4	6.7±0.0	0.10
Conhecimento Social			
P – integração social	7.0±0.0	6.0±1.5	0.04 [*]
Q – resolução de problemas	7.0±0.0	6.2±1.5	0.10
R – memória	7.0±0.0	6.2±1.5	0.10

Teste de Wilcoxon ($p < 0.05$).

Fonte: Protocolo de pesquisa (MIF - Medida de Independência Funcional, 2004)

A tabela 03 representa os achados quanto as variáveis de autocuidado, controle dos esfíncteres, mobilidade, locomoção, comunicação e conhecimento social no pré e pós operatório de cirurgia cardíaca, verificou-se achados significativos no grau de independência funcional dos pacientes no pós operatório ($p < 0.05^*$).

A dimensão do autocuidado, os itens C, D e E, respectivamente banhar-se, vestir-se (parte superior) e vestir-se (parte inferior), foram as mais modificadas. Para Rodrigues et al (2017), devido ao nível de fragilidade aumentada após a cirurgia cardíaca, os pacientes podem vir a apresentar dificuldades e necessidade de ajuda para tomar banho e alguma ajuda (orientação ou auxílio) para se vestir.

O item I que avalia a dimensão mobilidade no leito, cadeira e cadeira de rodas, foi o que sofreu maior alteração funcional. Em estudo de coorte realizado por Colósimo (2015) relata que a maioria dos pacientes apresenta dificuldade de

mobilidade no leito, nos primeiros 30 dias após a cirurgia e que a dificuldade pode variar de mais acentuada logo no início do pós-operatório, para quase irrelevante no final de 30 dias.

Na dimensão locomoção o item L – marcha/ cadeira de rodas também se mostrou alterado. Muitos pacientes apresentam dificuldade para a deambulação após a cirurgia cardíaca em decorrência de vários fatores como tempo de restrição no leito da UTI, por exemplo, mas a literatura coloca que aos poucos os pacientes retomam a marcha funcional de forma autônoma.

Em revisão realizada por Rech (2012) a dificuldade na deambulação foi citada em 36% dos artigos estudados, que enfatizaram que a marcha é prejudicada no pós-operatório de cirurgia cardíaca, mas que a maioria dos pacientes em reabilitação evolui da marcha estacionária para caminhada, subida e descida de escadas. A avaliação minuciosa deste item deve ser feita, pois pode ser um dos critérios analisados para a evolução do paciente e sua alta hospitalar.

A literatura científica, aponta que a deambulação imediata no pós operatório trará benefícios tanto para o sistema respiratório e o sistema cardiovascular quanto para o tempo de internação diminuindo assim o tempo de permanência do paciente no hospital, pois dentre os efeitos da deambulação precoce estão à diminuição dos riscos de complicações e a melhora da capacidade funcional (CORDEIRO et al, 2015).

A reavaliação da MIF foi feita em média 11 dias após o procedimento cirúrgico, e foi observado, mas não analisado estatisticamente, um escore maior, ou seja, mais próximo ou igual ao escore de independência completa, em pacientes cuja a reavaliação foi acima de 10 dias após a cirurgia, o que sugere que com o passar dos dias, este paciente vai recuperando sua funcionalidade, podendo voltar ao escore de independência completa.

Este achado corrobora com os resultados encontrados por Dallazen et al (2011) que avaliou a capacidade funcional de pacientes em até 10 dias após a cirurgia cardíaca e após 60 dias do procedimento cirúrgico e constataram a melhoria significativa no segundo momento, justificando que até 10 dias de pós-cirúrgico o indivíduo possui grande limitação física, pois é um procedimento de grande porte e espera-se que o mesmo melhore o desempenho em suas Atividades de Vida Diárias (AVD's) com o passar dos dias até o completo restabelecimento de sua capacidade funcional, psicológica e social.

As demais dimensões também sofreram alterações, não tão significativas como as apresentadas e detalhadas neste estudo, com exceção da dimensão de conhecimentos sociais onde apenas um dos pacientes analisados apresentou dependência após a cirurgia cardíaca, mas em decorrência de um agravamento após um AVC, e não por complicações do procedimento cirúrgico.

Este estudo também corroborou com o estudo de Henriques (2016), onde os pacientes informados e sujeitos a reabilitação e prevenção de agravos no pré-operatório estarão melhor preparados para colaborar com as necessidades do tratamento pós-operatório. Estes, entendendo o objetivo da reabilitação pré e pós-operatória, as limitações decorrentes do processo cirúrgico e a técnica de reabilitação proposta, poderão favorecer a sua recuperação e, assim, diminuir o tempo de permanência no hospital.

Apesar de a análise dos dados comprovar que a maioria dos pacientes apresentou diminuição da capacidade funcional no pós-operatório, também foi possível observar que 27,27% mantiveram-se com independência total. Esses pacientes foram os que passaram por maior período de internação no setor de UTI coronariana, pois tiveram algum tipo de complicação e demandando maior cuidados por parte da equipe, levando com que a reaplicação do protocolo de pesquisa fosse realizada vários dias após a cirurgia quando o processo de reabilitação já estava mais avançado.

7. CONCLUSÃO

O indivíduo que passa por uma cirurgia cardíaca passa por uma ruptura do seu cotidiano e das atividades desempenhadas anteriormente por ele, tornando-se necessário aos profissionais que atuam no contexto da reabilitação hospitalar, conhecer a capacidade funcional de pacientes cardiopatas em condição de pré e pós operatório de cirurgia cardíaca, o que favorecerá o processo de recuperação das limitações decorrentes do processo cirúrgico, e assim diminuir o tempo de permanência do paciente no hospital.

Nesta pesquisa, verificou-se ser significativamente relevante o uso na prática clínica do profissional de terapia ocupacional em contexto hospitalar, o uso da MIF como uma ferramenta avaliativa da condição da funcionalidade do paciente cardiopata que passará por procedimento cirúrgico, pois contribui para o estadiamento da condição de funcionalidade do mesmo, o que permite uma análise para estabelecimento de um programa terapêutico ocupacional que potencialize sua recuperação no pós-operatório.

Concluiu-se com este estudo que a capacidade funcional dos pacientes pode ser alterada após a cirurgia cardíaca, e que a intervenção da terapia ocupacional na avaliação da condição funcional do paciente hospitalizado, antes e após a cirurgia cardíaca, contribuirá no processo de reabilitação cardiovascular desses pacientes.

A atuação do terapeuta ocupacional também pode ser favorecida a partir da análise dos resultados, pois favorecem o direcionamento das ações através da focalização nas áreas de desempenho que são mais alteradas no pós-cirúrgico.

Este trabalho também enfatiza a importância da avaliação e acompanhamento da evolução do paciente, buscando garantir um atendimento de qualidade, eficaz e humanizado, atendendo as demandas específicas de cada indivíduo.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION. The role of occupational therapy in primary care. *American Journal of Occupational Therapy*, 68, 25–33 p. 2015.
- AMIN, T. C. C. O paciente internado no hospital, a família e a equipe de saúde: redução de sofrimentos desnecessários. 2001. 201 f. **DISSERTAÇÃO** (Mestrado em Saúde Pública) Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Pós-Graduação em Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001.
- ANGELI, A. A. C.; LUVIZARO, N. A.; GALHEIGO, S. M. O cotidiano, o lúdico e as redes relacionais: a artesanaria do cuidar em terapia ocupacional no hospital. **Interface - Saúde, Educação, Comunicação**, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 261-271, 2012.
- ANTUNES, J. L. F. **Hospital: instituição e história social**. São Paulo: Letras & Letras, 1991. Apud SANTOS, S. D. Sentidos do vazio: um estudo sobre as narrativas fantásticas e o fantasiar de adultos hospitalizados. 2008. 131 f. **Dissertação** (Mestrado em Psicologia) 2008. – Faculdade de Ciências e Letras de Assis – Universidade Estadual Paulista. Assis, 2008.
- ARAÚJO, C. et al. Diferentes padronizações do Teste da caminhada de seis minutos como método para mensuração da capacidade de exercícios de idosos com e sem cardiopatia evidente. **Arq. Bras. Cardiol.** v. 86, n. 3, p. 198-205. 2006.
- ARMSTRON, A. J. Visão geral das valvopatias. **Manual MDS**. 2018. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/dist%C3%BArbios-cardiovasculares/valvopatias/vis%C3%A3o-geral-das-valvopatias>. Acesso em 02/11/2018.
- ATIK, E. ATIK, F. A. Cardiopatias congênitas na idade adulta: considerações acerca da evolução natural e da evolução de pacientes operados. **Arq. Bras. Cardiol.** v. 76, n. 5, p. 423-429. 2001.
- BENVEGNU, A. B. et al. Avaliação de independência funcional de indivíduos com seqüela de acidente vascular encefálico. **Revista Ciência e Saúde**, Porto Alegre, v. 1, n. 2, p. 71-77, jul/dez 2008.
- BISPO, E. M. P. F.; ROCHA, M. C. G.; ROCHA, M. F. M. R. Avaliação da capacidade funcional de idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família na comunidade do Pontal da Barra, Maceió-AL. **Cad. Ter .Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 20, n. 1, p. 81-87, 2012 .
- BOURBON, N et. Al. Doenças cardiovasculares. **Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge**, Departamento de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças não transmissíveis. Portugal, 2016. 21p.
- BRANDL, D. L. Infarto agudo do miocárdio. **Revista Uniplac.** v. 5, n. 1. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 56 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

_____. Ministério da Saúde. Atenção especializada e hospitalar. **Cardiologia-Cirurgia cardíaca**. 2013

CARO, C. C.; CRUZ, D. M. C. Correlação entre independência funcional e cognição e homens com AVC. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**. v. 28, n. 2, p. 173- 180. maio/ago/ 2017.

CIAMPONE, J. T. et al. Necessidade de cuidados de enfermagem e intervenções terapêuticas em UTI: estudo comparativo entre pacientes idosos e não idosos. **Acta. Paul. Enferm.** v. 19, n. 1, p: 28-35. 2006.

CIF. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais em Portugues, org., Coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla, 1 ed., São Paulo, 2015.

COFFITO. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução nº 418 de 04 de junho de 2012. **Diário Oficial da União**, nº 169, seção 1, 04 jun. 2012.

_____. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução nº 429 de 08 de julho de 2013. **Diário Oficial da União**, nº 109, seção 1, 02 set. 2013.

COLOSIMO, F. C. Avaliação de uma coorte de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio: evolução clínica dos hipertensos. **Tese (Doutorado em Ciências) Escola de Enfermagem da Universidade de São. São Paulo**. 2015. 162p.

COLLIN, C. et al. The Barthel ADL Index: a reliability study. **Int Disabil Stud**. v. 10, n. 2, p. 61-63. 1988

CORDEIRO, A. L. L. et al. Análise do grau de independência funcional pré e na alta da UTI em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**. v. 5, n. 1, p. 21-27. Abr 2015.

CORDEIRO, A. L. L. et al. Impacto hemodinâmico da deambulação nos pacientes submetidos a cirurgia cardíaca. **Rev. DERC**. v. 21, n. 2, p. 54-57. 2015.

CORDEIRO, J. J. R. Cardiologia. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. **Terapia Ocupacional: fundamentação & prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007, p.500-506.

CORRÊA, I.V.F.P. Protocolo de reabilitação funcional baseado na progressão de atividades em pacientes criticamente doentes: um ensaio clínico aleatório. **Dissertação** (Mestrado em Ciências da Reabilitação) Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG. 2013. 86 f.

CREDITOR, M.C. Hazards of hospitalization of the elderly. **Annals of Internal Medicine**, v. 168, n. 4, 2008, p. 390-396.

CUNHA, F. C. M. et al. Fatores que predisõem ao declínio funcional em idosos hospitalizados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 12, n. 3, p. 475-487. 2009.

DALLAZEN, F. et al. Avaliação no pós operatório de cirurgia cardíaca de indivíduos que realizaram terapia com incentivador respiratório a fluxo. **Revista Contexto e Saúde**, Ijuí, v. 10, n. 20, p. 765-770, jan/jun 2011.

DE CARLO, M. M. R. P.; BARTALOTTI, C. C.; PALM, R. D. C. M. A terapia ocupacional em reabilitação física e contextos hospitalares: fundamentos para a prática. In: DE CARLO, M. M. R. P.; LUZO, M. C. M. **Terapia Ocupacional: reabilitação física e contextos hospitalares**. São Paulo: Rocca, 2004. p.3-28.

DE CARLO, M. M. R. P.; LUZO, M. C. M. **Terapia ocupacional: reabilitação física e contextos hospitalares**. São Paulo: Roca, 2004. 232p.

DEL BUONO, H. C. et al. Fisiologia cardíaca, valvopatias e a atuação do nutricionista. **Saúde em foco**. n. 7, p. 192-202. 2015.

DEL DUCA, G. F.; SILVA, M. C. HALLAL, P. C. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 5, p. 796-805, 2009.

DEL RIO, A. L. O uso da medida de independência funcional (MIF) por Terapeutas Ocupacionais na avaliação de pacientes após acidente vascular encefálico. **Monografia** (Conclusão do curso de Terapia Ocupacional) Instituto Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013. 34 f.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS. **Infarto Agudo do Miocárdio é a primeira causa de morte no País**. 2014. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/noticias/atualizacoes/559-infarto-agudo-do-miocardio-e-primeira-cao-de-mortes-no-pais-revela-dados-do-datasus>>. Acesso em 19 de nov 2018.

DINKHUYSEN, J. J. Manual de informações para pacientes submetidos à cirurgia cardíaca (**manual**). 2012. Disponível em: <https://www.cirurgiadecoracao.com.br/wp-content/uploads/2017/12/Manual-de-Infoma%C3%A7%C3%B5es-para-pacientes-submetidos-a-cirurgias-card%C3%ADacas-2.pdf> . Acesso em 02/11/2018.

FERRARI, D. C. et al. Fármacos que afetam a circulação sanguínea: fibrinolíticos e antifibrinolíticos. **Rev. Odonto.** v. 3, n. 1, p. 4022. 2015.

FHCGV. Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Viana. O Hospital. Disponível em: <http://www.gasparvianna.pa.gov.br/?q=content/hospital>. Acesso em: 10/11/17.

FIEDLER, M.R.M.; PERES, K.G. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do sul do Brasil: um estudo de base Populacional. **Caderno de Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 409-415. 2008.

FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

FUGL-MEYER, A. R. et al. The post-stroke hemiplegic patient. **Scand J Rehabil Med.** v. 7, p. 13-31, 1975.

GAGLIARDI, J. A. et al. Encuesta nacional de infarto agudo do miocárdio con elevação del ST em la Republica Argentina. **Rev. Fed. Arg. Cardiol.** v. 46, n. 1, p. 15-21. 2017.

GALHEIGO, S. M. Terapia ocupacional, a produção do cuidado. **Rev. Ter. Ocup. Univ.** São Paulo, v.19, n. 1, p. 20-28, jan./abr. 2008.

GAVASSO, W. C.; BELTRAME, V. Capacidade funcional e morbidades referidas: uma análise comparativa em idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 399-409, 2017.

GOMES, R. C. Doenças cardiovasculares causam quase 30% das mortes no país. **Portal Brasil**, 28 jul 2014. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2011/09/doencas-cardiovasculares-causam-quase-30-das-mortes-no-pais>. Acesso em: 21/10/17.

HENRIQUES, G. C. C. C. Reabilitação e cirurgia cardíaca: revisão sistemática da literatura. **Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Reabilitação)** escolar Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Bragança, Bragança – Portugal, 2016. 123 f.

JOLLY, K. et al Homebased exercise rehabilitation in addition to specialist heart failure nurse care: design, rationale and recruitment to the Birmingham rehabilitation Uptake Maximisation study for patients with congestive heart failure (BRUM-CHF): a randomized controlled trial. **BMC Cardiovasc Disord.** v.7, p. 1-9, 2007.

KAWASAKI, K. Impacto da hospitalização na capacidade funcional do idoso. 2004. 124 f. **Dissertação (Mestrado em Enfermagem)** Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2004.

KAWASAKI, K; DIOGO, M. J. D. Variação da independência funcional em idosos hospitalizados relacionada à variáveis sociais e de saúde. **Acta Fisiatr.** v. 14, n. 3, p: 164-169, set/2007.

KOVACS, A. H., SEARS, S. F., SAIDI, A. S. Biopsychosocial experiences of adults with congenital heart disease: Review of the literature. **American Heart Journal**, v. 150, n.2, p. 193-201. 2005.

LAÍNS, J. **Guia para o Sistema Uniformizado de dados para Reabilitação Médica (SUDRM)**, tradução autorizada pelo uniform data set for medical rehabilitation, State University of New York at Buffalo, Coimbra, 1991.

LANNIN, N. A. Reliability, validity and factor structure of the upper limb subscale of the Motor Assessment Scale (UL-MAS) in adults following stroke. **Disabil Rehabil.** v. 26, n. 2, p.109-115, 2004.

LAW, M. et al. **Medida canadense de desempenho ocupacional (COPM)**. Org. Trad. de MAGALHÃES, L. C.; MAGALHÃES, L. V.; CARDOSO, A. A. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.

LEE Y. The predictive value of self assessed general, physical, and mental health on functional decline and mortality in older adults. **J Epidemiol Community Health**, v. 54, p. 123-9, 2000

LINO, V. T. S. et al. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). **Cad Saude Publica.** v. 24, n. 1, p. 103-12, 2008.

MAGALHÃES, L. C. Avaliação de Terapia Ocupacional: o que avaliar e como avaliar. In: V Congresso Brasileiro e IV Simpósio Latino-Americano de Terapia Ocupacional. Anais. **Horizontes da Clínica à Pesquisa.** Belo Horizonte, supl.01, p. 29-36. 1997.

MANCINI, M. C.; CHAGAS, P. S. C. Testes padronizados utilizados na avaliação de crianças portadoras de paralisia cerebral. In: LIMA, C. L. A.; FONSECA, L. F. **Paralisia Cerebral: neurologia, ortopedia e reabilitação.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

MANSUR, A. J. Fisiopatologia das disfunções valvares mitrais e aorticas. **Rev. Med.** v. 64, n. 2, p. 40. Jun/1982.

MATEEV, A. et al. Use of a short-form screening procedure to detect unrecognized functional disability in the hospitalized elderly. **J Clin Epidemiol** . v. 51, p.309-14. 1998.

MELLO, M. A. F. et al. Processo avaliativo em Terapia Ocupacional. In: DE CARLO, M. M. R. P.; LUZO, M. C. M. **Terapia Ocupacional: reabilitação física e contextos hospitalares.** São Paulo: Rocca, 2004. 232p.

MELLO, M. A. F.; MANCINI, M. C. Avaliação das atividades de vida diária e controle comiciliar. In: In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. **Terapia Ocupacional: fundamentação & prática.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007, p.500-506.

MORRIS, D. M. et al. The reliability of the Wolf Motor Function Test for assessing upper extremity function after stroke. **Arch Phys Med Rehabil.** v. 82, n. 6, p. 750-5, 2001.

MORAIS, G. S. N. et al. Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. **Acta Paul Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 323-7, 2009.

MYLES, S. P. et al. Relation between quality of recovery in hospital and quality of life at 3 months after cardiac surgery. **Anesthesiology.** v. 95, n. 4, p. 862-867. 2001.

NERI, M.; SOARES, W. Desigualdade social e saúde no Brasil. **Cad Saúde Pública.** v. 18, (Supl), p.77-87. 2002.

NIH, National Institutes of Health, Department of Health and Human Services, Novembro de 2011.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Doenças Cardiovasculares.** Setembro de 2016. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=839. Acesso em 21/10/2017.

_____. Organização Pan-Americana da Saúde. **Doenças Cardiovasculares.** Maio de 2017. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=839 . Acesso em: 27/12/2018.

OTTENBACHER, K. J. et al. The reliability of the functional independence measure: a quantitative review. **Arch. Phys. Méd. Rehabil.**, v.77, n.12, p.1226-32, Dec., 1996.

PALLESCHI, L. et al. Acute functional decline before hospitalization in older patients. **Geriatr. Gerontol. Int.** v. 14, n. 4, p. 769-7, oct/ 2014.

PELOSI, M. B.; NASCIMENTO, J. S. Identificação de demandas para atendimento e implantação do serviço de Terapia Ocupacional em um hospital universitário. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 24, n. 4, p. 715-721, 2016.

QUINTANA, J. F.; KALIL, R. A. K. Cirurgia cardíaca: manifestações psicológicas do paciente no pré e pós-operatório. **Psicologia hospitalar.** v. 10, n. 2, p. 16-32. 2012.

RABHE, S. A. N.; CALIRI, M. H. L.; HAAS, V. J. Prevalência de úlcera por pressão em indivíduos com lesão de medula espinhal e a relação com a capacidade funcional pós-trauma. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 173-178, dez. 2009.

RECH, A. P. A. Prática fisioterapêutica no pós-operatório de cirurgia cardíaca: revisão de literatura. **Monografia** (Especialização em reabilitação Físico-motora) Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria – RS, 2012. 39 f.

RIBERTO, M. et al. Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional. **ACTA FISIATR.** v.11, n. 2, p. 72-76.2004.

_____. Independência funcional em pessoas com lesões encefálicas adquiridas sob reabilitação ambulatorial. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 87-94, maio 2007.

RODRIGUES, M. K. et al. Pré-fragilidade aumenta o risco de eventos adversos em idosos submetidos à cirurgia cardiovascular. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, v. 109, n. 4, p. 299-306, out/ 2017.

SANTOS, C. A. V.; DE CARLO, M. M. R. P. Hospital como campo de práticas: revisão integrativa da literatura e a Terapia Ocupacional. **Cad. Ter .Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 21, n. 1, p. 99-107, 2013.

SANTOS, S. D. Sentidos do vazio: um estudo sobre as narrativas fantásticas e o fantasiar de adultos hospitalizados. 2008. 131 f. **Dissertação** (Mestrado em Psicologia) 2008. – Faculdade de Ciências e Letras de Assis – Universidade Estadual Paulista. Assis, 2008.

SANTOS, M. I. P. O.; CHAVES, E. C.; SARGES, N. A. Impacto da hospitalização na independência funcional de idosos com doenças cardiovasculares. **J Nurs Health.** v. 4, n. 2, p.110-22. 2014.

SILVA, M. S. et al. Prevalência e fatores de risco associados às cardiopatias congênitas: um estudo retrospectivo no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. 37ª Semana Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Clin. Biod.** v. 37 (supl), p. 266. 2017.

SILVEIRA, A. M.; JOAQUIM, R. H. V. T.; CRUZ, D. M. C. Tecnologia Assistiva para a promoção de atividades da vida diária com crianças em contexto hospitalar. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 20, n. 2, p. 183-190, 2012.

SILVEIRA, L. et al. Medida de Independência Funcional: um desafio para a enfermagem. **Rev. Saúde Santa Catarina.** Florianópolis, v. 4, n. 1. Jul/dez 2011.

SIQUEIRA, A. B, et al. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. **Rev. Saúde Pública.** v. 38, n. 5, p: 687-94, out/2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SBC. Departamento de cardiopatias congênitas e cardiologia pediátrica. **Cardiopatias congênitas.** 2010. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/sbc-dcp/2010/default.asp> . Acesso em: 29/11/2018.

SOCERJ, Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro. **Angioplastia.** 2013. Disponível em: <https://socerj.org.br/angioplastia/>. Acesso em 29/11/2018.

TORRENCE, M. Terapia Ocupacional em pacientes agudos. In: CREPEAU, E. B.; COHN, E. S.; SCHELL, B. A. B. **Willard e Spackman: Terapia Ocupacional.** 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2011.

TROMBLY, C. A.; RADOMSKY, M. V. **Terapia Ocupacional para disfunções físicas**, 5ª ed. Livraria Editora Santos: São Paulo, 2005.

VASCONCELOS, A. P.S. et al. A intervenção da Terapia Ocupacional na insuficiência cardíaca classe de funcionalidade III. **Revista Científica da Unisalessiano**. Lins – SP, ano 1, n. 1, jan/ jun 2010.

VERAS, R. P. Estratégias para enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 779-786. 2011.

VIANA, F. P. et al. Medida de independência funcional nas atividades de vida diária em idosos com sequelas de acidente vascular encefálico no Complexo Gerontológico Sagrada Família de Goiânia. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 17-28, 2008.

VILA, V. S. C. et al. Experiência da doença cardíaca entre adultos submetidos à revascularização do miocárdio. **Rev. Saúde Pública**. v. 42, n. 4, p. 750-756. 2008.

World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization, 2011.

WOLF, B. B. Terapia Ocupacional em cardiologia: revisão integrativa de literatura. **Monografia** (Programa de aprimoramento profissional em Terapia Ocupacional Hospitalar) Hospital de Clínicas de Ribeirão Preto. 2015. 46 p.

WOODSON, A. M. Acidente Vascular Cerebral. In: Trombly, C. A.; RADOMSKI, M. V. **Terapia Ocupacional para disfunções físicas**. São Paulo: Santos, 2005. p. 817-853.



Anexo A
MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

N Í V E I S	Independente		SEM ASSISTÊNCIA		
	7 – Independência completa (Com segurança e tempo normal) 6 – Independência modificada (Ajuda técnica)				
	Dependência Modificada		COM ASSISTÊNCIA		
	5 – Supervisão				
	4 – Assistência Mínima (Sujeito ≥ 75%)				
	3 – Assistência Moderada (Sujeito ≥ 50%)				
	Dependência Completa				
	2 – Assistência Máxima (Sujeito ≥ 25%)				
	1 – Assistência Total (Sujeito ≥ 10%)				
Avaliação	Atividades		1° Av.	2° Av.	3° Av.
	Autocuidado	Data	/ /	/ /	/ /
A.	Alimentação				
B.	Higiene pessoal: apresentação e aparência.				
C.	Banho: lavar o corpo				
D.	Vestir: metade superior do corpo				
E.	Vestir: metade inferior do corpo				
F.	Utilização do vaso sanitário				
	Controle dos esfínteres				
G.	Controle da urina: frequência de incontinência				
H.	Controle das fezes				
	Mobilidade				

I.	Transferências: leito, cadeira, cadeira de rodas				
J.	Transferências: vaso sanitário				
K.	Transferências: banheira ou chuveiro				
Locomoção					
L.	Marcha/Cadeira de rodas	M		M	
		CR		CR	
M.	Escadas				
Comunicação					
N.	Compreensão	A		A	
		VI		VI	
O.	Expressão	V		V	
		NV		NV	
Conhecimento Social					
P.	Interação Social				
Q.	Resolução de Problemas				
R.	Memória				
Total					
OBS: Não deixe nenhum item em branco, se não for possível testar marque 1.					
Medida de Independência Funcional (MIF). (copyright 1987, Fundação Nacional de Pesquisa – Universidade Estadual de New York). Abreviações: M=marcha, CR= cadeira de rodas, A= Auditiva, VI= Visual, V= Verbal e NV= Não Verbal.					



Anexo B PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

FUNDAÇÃO PÚBLICA
ESTADUAL HOSPITAL DAS
CLÍNICAS GASPAR VIANNA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DE PACIENTES CARDIOPATAS HOSPITALIZADOS

Pesquisador: Sônia Cláudia Almeida Pinto

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 95176818.7.0000.0016

Instituição Proponente: Fundação Pública Estadual Hospital das Clínicas Gaspar Vianna

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.928.709

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa de caráter observacional, transversal, retrospectivo e prospectivo, descritiva e analítica com pacientes cardiopatas internados nos setores da clínica médica, cardiológica e cirúrgica da FHCGV.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral

Avaliar a capacidade funcional de pacientes cardiopatas, internados em um hospital escola referencia estadual em cardiologia na cidade de Belém-Pa.

Objetivos específicos

- Conhecer e descrever o perfil sociodemográfico e ocupacional de pacientes cardiopatas que estiveram internados em um hospital público de referencia em cardiologia na cidade de Belém-Pa no período de 2016 e 2017
- Aplicar a Medida de Independência Funcional – MIF para avaliação da capacidade funcional de pacientes cardiopatas hospitalizados no período da pesquisa.
- Analisar se as atividades avaliadas na MIF (autocuidado, transferências, locomoção, controle esfincteriano, comunicação e cognição social) podem ser afetadas durante o processo de hospitalização de cardiopatas

Endereço: Travessa Afonso Costa s/n CEP: 66.067-660
 Bairro: Bairro Pedreira
 UF: PA Município: BELEM E-mail: cepfhcgv@yahoo.com.br
 Telefone: (91)4005-2676 Fax: (91)3276-1770



Apêndice A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado a participar da pesquisa **“Avaliação da capacidade funcional de pacientes cardiopatas hospitalizados”**

Você será submetido voluntariamente ao estudo, quando maior de 18 anos, de ambos os sexos, de qualquer grau de escolaridade, que seja cardiopata internado em uma das clínicas (Médica, Cardiológica ou Cirúrgica) da Fundação Hospital de clínicas Gaspar Vianna (FHCGV) e desde que aceite participar da pesquisa.

Este estudo constará na aplicação da Medida de Independência Funcional (MIF). Você pode **concordar ou não** em participar do estudo, e pode decidir, a qualquer momento, esclarecer suas dúvidas referentes à pesquisa, e se **retirar da mesma, sem penalidades e sem prejuízos** as atividades prestadas pela FHCGV.

A divulgação dos resultados da pesquisa, contendo análises dos dados coletados, e citações anônimas, será feita após a finalização do estudo, através do relatório final, que estará disponível aos interessados, podendo ser apresentado em encontros científicos e publicado em revistas especializadas. Afirma-se que **os riscos ou desconfortos oriundos desta pesquisa são mínimos e podem estar relacionados à divulgação da identidade e informações sobre sua participação nesta pesquisa, o que pode vir a causar constrangimentos**. A fim de minimizar estes riscos comprometemo-nos a **manter o sigilo da identidade e a privacidade deste**. Para isso, durante a coleta dos dados, **não será usado nome nem registro** na instituição, sendo o paciente representado por um nome fictício. Ressalta-se, ainda, que sua participação na pesquisa **não resultará em riscos para sua saúde e que estará contribuindo para a disseminação de conhecimento científico sendo peça ativa deste processo**.

Informa-se que sua participação na pesquisa não acarretará **despesas para você** em qualquer fase do estudo, **nem haverá pagamento pela participação da mesma**, pois esta será **voluntária**.

Os dados obtidos serão utilizados somente para esta pesquisa (podendo ser acessados pelos participantes desta pesquisa após a divulgação dos resultados), sendo os mesmos armazenados pelas pesquisadoras durante 5 (cinco) anos e, após o período estipulado, totalmente destruídos (conforme preconiza a resolução 466/12 do CONEP)

Os responsáveis por esta pesquisa são a Terapeuta Ocupacional, Alice da Silva Moraes orientada pela Prof.^a Dra. Sônia Cláudia Almeida Pinto, que poderão ser encontrados nos respectivos telefones, 98106 1314 e 981605575.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Diante das informações acima prestadas e após o esclarecimento de outras dúvidas, eu, abaixo assino, concordo em participar ou permitir que a pessoa pela qual sou responsável, participe voluntariamente da pesquisa.

Assinatura do voluntário

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste voluntário para participar deste estudo, conforme determina a resolução 466/12 do CNS.

Assinatura da pesquisadora responsável.

Belém, ____ / ____ / ____

- Alice da Silva Moraes. CREFITO 12: 19158 TO. Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (FHCGV). Endereço: Tv. Alferes Costa s/n, 1º andar, COREMU; Telefone: 32779754.
- Comitê de Ética em Pesquisa da FHCGV. Tv. Alferes Costa, s/n. Pedreira. Belém- Pa. Cep: 66087-660 Tel: (91) 4005-2500.

Eu, _____, recebi as informações sobre os objetivos desta pesquisa de forma clara e concordo em participar do estudo. Declaro que também fui informado (a): da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a esta pergunta, por meio de contatos dos pesquisadores responsáveis, disponibilizados ao final deste termo; de que minha participação é voluntária e terei a liberdade de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, se que isso traga prejuízo para minha vida pessoal; da garantia de que não serei identificado (a) quando na divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas somente para fins científicos.

Sobre este projeto de pesquisa, forma como será conduzido e em caso de qualquer dúvida ou novas perguntas, poderei entrar em contato com as pesquisadoras: Alice da Silva Moraes, telefone: (91) 98106-1314, e-mail: alicemoraesgo@hotmail.com e Sônia Cláudia Almeida Pinto, telefone: (91) 98160-5575, e-mail: salmeidapinto@bol.com.br, ambas com endereço institucional: Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (FHCGV). Endereço: Tv. Alferes Costa s/n, 1º andar, COREMU; Telefone: 32779754.

DECLARAÇÃO

Declaro que compreendi as informações do que li, ou que, me foram explicadas sobre a pesquisa em questão. Discuti com os pesquisadores sobre minha decisão em participar deste estudo, ficando claro para mim quais são os objetivos da pesquisa e o instrumento a ser respondido, bem como os possíveis riscos e as garantias de sigilo das informações e utilização dos dados no estudo. Em caso de dúvidas e esclarecimentos posso recorrer novamente aos pesquisadores responsáveis.

Belém, _____ de _____ de 2018.

Assinatura da pesquisadora

Alice da Silva Moraes, telefone: (91) 98106-1314
e-mail: alicemoraesgo@hotmail.com
Crefito 12: 19158 - TO

Assinatura da pesquisadora orientadora

Sônia Cláudia Almeida Pinto, telefone: (91) 98160-5575
e-mail: salmeidapinto@bol.com.br
Crefito 12: 3445 - TO