

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SONO E QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM CARDIOLOGIA

EVALUATION OF SLEEP QUALITY AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CONGESTIVE HEART FAILURE IN A CARDIOLOGY REFERENCE HOSPITAL

Aryanno Teixeira dos Santos Ferreira ¹;

Tatiane Almeida Barros ¹;

Ana Carolina do Nascimento Calles ²;

Priscila Helena Vanin Alves de Souza Matias ³.

RESUMO

Introdução: A prevalência da Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) vem aumentando nos últimos anos, tornando-se um grave problema de saúde pública, onde aproximadamente 23 milhões de indivíduos são portadores de ICC. Atualmente no cenário brasileiro a população idosa acima de 60 anos corresponde a 70% dos indivíduos com ICC, sendo 39% das admissões hospitalares relacionadas a descompensação da ICC. **Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida e qualidade de sono em indivíduos com Insuficiência Cardíaca Congestiva, internos em uma unidade de internação de um hospital de referência em cardiologia. **Metodologia:** Trata-se de um estudo observacional, de caráter transversal desenvolvido na Unidade de Internação de um hospital referência em Cardiologia de Alagoas. Após a obtenção do TCLE foi realizado a coleta de dados dos indivíduos com as seguintes variáveis: idade; sexo; dados antropométricos: peso, altura, índice de massa corpórea (IMC); fatores de risco com: hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), dislipidemia (DLP), tabagismo e etilismo; assim como a Classe Funcional da New York Heart Association (NYHA), e avaliação da qualidade de vida e qualidade do sono. **Resultados:** A amostra foi composta por 26 pacientes, com média de idade 69 anos e DP de 13 anos. **Conclusão:** Os achados obtidos mostram que os indivíduos com insuficiência cardíaca congestiva de uma Unidade de Internação de um Hospital Referência em Cardiologia de

Alagoas, apresentam uma piora na QV e QS mesmo apresentando classe funcional com menos sintomatologia.

Palavras-chave: Insuficiência Cardíaca. Sono. Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Introduction: The prevalence of congestive heart failure (CHF) has increased in recent years, becoming a serious public health problem, where approximately 23 million individuals have CHF. Currently in the Brazilian scenario, the elderly population over 60 years old corresponds to 70% of individuals with CHF, with 39% of hospital admissions related to decompensating CHF. **Objective:** To evaluate quality of life and sleep quality in individuals with Congestive Heart Failure, admitted to an inpatient unit of a cardiology referral hospital. **Methodology:** This is an observational cross-sectional study conducted at the inpatient unit of a reference hospital in cardiology in Alagoas. After obtaining the informed consent, data were collected from individuals with the following variables: age; sex; anthropometric data: weight, height, body mass index (BMI); risk factors with: systemic arterial hypertension (SAH), diabetes mellitus (DM), dyslipidemia (DLP), smoking and alcoholism; as well as the New York Heart Association (NYHA) Functional Class, and assessment of quality of life and sleep quality. **Results:** The sample consisted of 26 patients, with a mean age of 69 years and SD of 13 years. **Conclusion:** The findings show that individuals with congestive heart failure in an inpatient unit of a reference hospital in Alagoas Cardiology, have a worsening in QV and QS even presenting functional class with less symptoms.

Key words: Cardiac insufficiency. Sleep. Quality of life.

INTRODUÇÃO

A prevalência da Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) vem aumentando nos últimos anos, tornando-se um grave problema de saúde pública, onde aproximadamente 23 milhões de indivíduos são portadores de ICC (POFFO et al., 2017). Atualmente no cenário brasileiro a população idosa acima de 60 anos corresponde a 70% dos indivíduos

com ICC, sendo 39% das admissões hospitalares relacionadas a descompensação da ICC (RABELO-SILVA et al., 2018).

Tratando-se de uma síndrome complexa, é necessário exames físicos detalhados que devem ser feitos em todos os indivíduos em busca dos principais sinais e sintomas. Em indivíduos crônicos, a detecção de sinais clínicos de congestão pode estar ausente por processos adaptativos, como adaptação do sistema linfático em lidar com congestão (ROHDE et al., 2018). Esse diagnóstico inclui estratégias de educação para subsidiar maior adesão ao tratamento e consequentemente o bem-estar, aumento da qualidade de vida e diminuição de internações (CAVALCANTI; CORREIA; QUELUCI, 2009).

Indivíduos com ICC apresentam uma limitação em suas atividades usuais, com comprometimento da interação social e progressiva perda da autonomia física. Apesar dos grandes avanços no manejo clínico e no tratamento, a ICC é uma condição contínua a desafiar pelos efeitos deletérios físico, psicológico, social e existencial, ocasionado pelo avanço da doença e pelas mudanças nos hábitos de vida. Interferindo na qualidade de vida (QV) relacionada à saúde, que vem sendo definida como a percepção do indivíduo sobre o impacto que a doença pode causar na sua vida (PELEGRINO; DANTAS; CLARK, 2011; SOUSA et al., 2017).

Assim é importante mensurar a percepção das pessoas que convivem com a doença, através da capacidade funcional, saúde ocupacional, percepção geral do estado de saúde, bem como o funcionamento psicológico e social no contexto em que estão inseridas, fazendo necessário a avaliação através do questionário Minnessota, específico para pacientes com ICC, que tem o objetivo de avaliar os aspectos físicos, que estão interligados a dispneia, fadiga e aspectos emocionais (SOUSA et al., 2017 e CARVALHO et al., 2009).

Além do declínio na QV, estudos recentes mostraram a alta prevalência de distúrbios do sono na ICC, tomados como indicadores da severidade da falência cardíaca em determinados pacientes. As apneias e despertares recorrentes fragmentam o sono, exacerbando a fadiga e causam sonolência diurna excessiva, que é a dificuldade em manter o nível satisfatório de vigília, ou seja, é a sensação de estar sonolento de forma

inapropriada, e que isso impacta em uma piora na QV (AZEVEDO et al., 2015 e OLIVEIRA et al., 2019).

O distúrbio do sono está associado à gravidade da doença cuja progressão pode causar dificuldades para adormecer e para manter o sono, sendo uma das queixas mais frequentes dessa população, prejudicando diretamente a qualidade do sono (QS). Além de apresentar um declínio da capacidade funcional e consequentemente intolerância ao exercício, causando uma repercussão negativa na sua QV (AZEVEDO et al., 2015 e SANTOS et al., 2018).

O sono prejudicado pode estar associado aos sintomas da ICC; a fadiga é uma das manifestações frequentes e a dispneia é um sintoma comum e chega a ser apontada, pelos indivíduos, como a própria causa da fadiga. Os distúrbios respiratórios durante o sono afetam diretamente a função cardíaca, fazendo-se necessário a avaliação do sono através do questionário Pittsburgh, que possui como objetivo analisar a duração para o início do sono, eficácia do sono e duração do sono (DOS SANTOS; DA CRUZ; BARBOSA, 2011 e BORNHAUSEN; KESSLER; GASPERIN, 2018).

Diante do impacto que a Insuficiência Cardíaca Congestiva causa nos indivíduos, o estudo tem como objetivo avaliar a qualidade de vida e qualidade de sono em indivíduos com Insuficiência Cardíaca Congestiva, internos em uma unidade de internação de um hospital de referência em cardiologia.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, de caráter transversal desenvolvido na Unidade de Internação de um hospital referência em Cardiologia de Alagoas, após a aprovação do Comitê de Ética em pesquisa do Centro Universitário Tiradentes, sob o parecer consubstanciado nº 3.675.214, conforme a Lei 466/12, no qual os pacientes foram informados sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para a realização do estudo foram incluídos indivíduos de ambos os sexos, com ICC em qualquer classe funcional, com idade superior a 18 anos e internos na Unidade

de Internação de um Hospital de Referência em Cardiologia de Alagoas. Foram excluídos dos estudos indivíduos com confusão mental, sem orientação de tempo e espaço, que estivessem fazendo uso de sedação ou que possuísem comprometimento visual e auditivo que impossibilitasse a aplicabilidade dos questionários e indivíduos instáveis hemodinamicamente.

Após a obtenção do TCLE foi realizado a coleta de dados dos indivíduos com as seguintes variáveis: idade; sexo; etnia; dados antropométricos: peso, altura, índice de massa corpórea (IMC); fatores de risco como hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), dislipidemia (DLP), tabagismo e etilismo; assim como a Classe Funcional da New York Heart Association (NYHA), e avaliação da qualidade de vida e qualidade do sono.

Classe Funcional da New York Heart Association (NYHA)

A coleta da escala Classe Funcional da New York Heart Association (NYHA) foi realizada a partir da avaliação do prontuário, a mesma se baseia no grau de tolerância ao exercício e varia desde a ausência até a presença de sintomas em repouso. A escala é dividida em quatro graus, onde correspondem da seguinte maneira: I – Pacientes com doença cardíaca, porém sem limitações de atividades; II – Pacientes com doença cardíaca, que são assintomáticos quando em repouso, mas as atividades físicas comuns apresentam dispneia, fadiga, palpitações ou angina no peito; III – Pacientes com doença cardíaca, que apresentam acentuada limitação nas atividades físicas, se sentem bem em repouso, porém pequenos esforços provocam dispneia, fadiga, palpitações ou angina no peito; IV – Pacientes com ICC, porém pequenos esforços provocam dispneia e que tem incapacidade para realizar qualquer atividade física, os sintomas existem mesmo em repouso, e se acentuam com qualquer atividade física (ROHDE et al., 2018).

Questionário Qualidade de Vida de Minnesota

Posteriormente, foi aplicado o Questionário Qualidade de Vida de Minnesota (MLHFQ), que tem como finalidade avaliar e quantificar a qualidade de vida. O questionário é composto por 21 questões relacionadas à IC, as escalas das questões variam de 0 a 5, onde a 0 representa que o paciente não possui limitações e 5 representa

uma limitação máxima. As questões aplicadas envolvem aspectos físicos, que estão interligados a dispneia, fadiga e aspectos emocionais (CARVALHO et al., 2009).

Questionário Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh

Com a aplicação do Questionário Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI), padronizado e validado no Brasil por Bertolazi et al., (2011) o mesmo possui como finalidade, avaliar a qualidade subjetiva do sono. É composto por 19 itens, cada item possui 7 componentes e esses possuem uma escala de 0 a 3. No final, é realizada a soma dos resultados de todos os componentes, gerando uma pontuação que varia entre 0 a 21, onde 0 – 4: boa qualidade do sono, 5 – 10: qualidade do sono ruim e acima de 10: distúrbio do sono.

Para calcular os valores finais do questionário, teve como base os escores do PSQI, sendo o componente 1 baseado na questão 6, onde qualifica a qualidade do sono, que tem como respostas: (0) muito boa, (1) boa, (2) ruim e (3) muito ruim. O componente 2 tem como análise a latência do sono, onde o escore é obtido através das questões 2 e 5A, tendo como respostas: nenhuma no último mês, menos de uma vez por semana, uma ou duas vezes por semana e três ou mais vezes por semana, o escore final desse componente é a soma das duas questões.

No componente 3 avalia a questão 4, referente a duração do sono, a mesma tem como respostas: (0) > 7 horas, (1) entre 6 e 7 horas, (2) entre 5 e 6 horas e (3) < 5 horas. Em seguida o componente 4, avalia a quantidade de horas dormidas do paciente, referentes as questões 1, 3 e 4; o resultado obtido é em porcentagem e tem como pontuação 0 > 85%, pontuação 1 entre 75-84%, pontuação 2 entre 65-74% e pontuação 3 < 65%.

Logo após o componente 5, avalia as questões dos distúrbios do sono, iniciando na questão 5B até a questão 5J, no final do componente deverá ter a somatória das questões, sendo que quanto maior o resultado, mais distúrbios foram apresentados.

No componente 6, analisa a questão 7 do questionário, onde a mesma avalia a frequência do uso de medicamentos para dormir durante o último mês. A questão tem como respostas: (0) nenhuma no último mês, (1) menos de uma vez por semana, (2) uma ou duas vezes por semana e (3) três ou mais vezes por semana. Para finalizar, o

componente 7 analisa as questões 8 e 9, referente ao entusiasmo e à sonolência, a soma do escore das duas questões, equivale ao valor do escore do componente.

Análise Estatística

Os dados obtidos foram armazenados no programa Microsoft Excel para Windows e analisados no programa SPSS® para Windows, versão 22.0 (SPSS Inc., Chicago, IL; EUA). Para fins de análise descritiva, foi feita a distribuição de frequência relativa (%) e das variáveis categóricas envolvidas na avaliação.

Para a análise que ambas as variáveis são qualitativas ordinais, foi utilizado o teste de correlação não paramétrica, coeficiente de correlação de Spearman.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 26 pacientes, com média de idade 69 anos e DP de 13 anos. A predominância dos avaliados foi do sexo masculino (53.8%), além disso, demonstrou classificação da NYHA I e II, e no IMC os mesmos apresentaram eutrofia, sobrepeso e obesidade tipo I (tabela 01).

Tabela 01. Características sócio demográficos dos participantes (N=26)

Variáveis	Média	Desvio Padrão	%
Idade	69	13	
Masculino			53,8
Feminino			46,2
Classe Funcional da NYHA			
NYHA I			38,5
NYHA II			34,6
NYHA III			23,1
NYHA IV			3,8
IMC			
Baixo Peso			3,9
Eutrofia			42,3
Sobrepeso			19,2
Obesidade do Tipo I			34,6

IMC: Índice de Massa Corpórea; NYHA: New York Heart Association

Fontes: Dados da pesquisa

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) apresentou-se como o fator de risco de maior prevalência no presente estudo, seguida de diabetes mellitus, dislipidemia, ex-tabagismo, tabagismo e etilismo de acordo com a tabela 02.

Tabela 02: Fatores de Risco dos Avaliados (n=26)

	%
HAS	76,9
DM	50,0
DLP	38,5
Tabagismo	3,8
Ex-Tabagista	46,2
Etilismo	3,8

HAS: Hipertensão Arterial Sistólica; DM: Diabetes Mellitus; DLP: Dislipidemia.

Fontes: Dados da pesquisa

Não obstante, nota-se que a predominância geral dos avaliados foram classificados como qualidade de vida ruim posteriormente a qualidade de vida moderada, segundo a tabela 03.

Tabela 03: Classificação do Questionário MINNESOTA

	%
MINNESOTA	
Qualidade de vida boa	4,0
Qualidade de vida moderada	16,0
Qualidade de vida ruim	80,0

Fontes: Dados da pesquisa

Em relação ao Questionário de Índice da Qualidade do Sono de Pittsburgh, em sua avaliação sobre a qualidade subjetiva do sono e o tempo para adormecer, ambos possuem classificação ruim; em seguida, avaliando a duração do sono, foi visto que apesar dos mesmos possuírem um tempo para adormecer ruim, a duração do sono foi classificada como muito boa; logo após, ao analisar a quantidade de horas dormida da população estudada, pôde-se afirmar que grande parte da população é classificada como muito ruim em relação ao que foi analisado; seguindo para o próximo item avaliado, referente a dificuldade para adormecer, notou-se que os mesmos possuem uma dificuldade ruim; com relação ao uso de medicação para dormir, foi visto que 96,2% dos indivíduos faz uso de medicamentos, seja por conta própria ou prescrito por um médico; para finalizar, foi analisado a dificuldade que os indivíduos possuem de ficar acordado

durante o dia, pôde-se observar que 53,8% são classificados com uma dificuldade ruim para ficar acordado durante o dia, descrita na tabela 04.

Tabela 04. Resultados dos 7 componentes (PSQI)

		%
C1 - Qualidade Subjetiva do Sono	Muito boa	3,8
	Boa	38,5
	Ruim	46,2
	Muito Ruim	11,5
C2 - Tempo para adormecer	Muito boa	11,5
	Boa	15,4
	Ruim	57,7
	Muito Ruim	15,4
C3 - Duração do Sono	Muito boa	53,8
	Boa	26,9
	Ruim	7,7
	Muito Ruim	11,5
C4 - Quantidade de horas dormidas	Muito boa	0,0
	Boa	0,0
	Ruim	7,7
	Muito Ruim	92,3
C5 - Dificuldade para dormir	Muito boa	0,0
	Boa	0,0
	Ruim	92,3
	Muito Ruim	7,7
C6 - Uso de medicação para dormir	Muito boa	3,8
	Boa	0,0
	Ruim	0,0
	Muito Ruim	96,2
C7 - Dificuldade para ficar acordado durante o dia	Muito boa	7,7
	Boa	30,8
	Ruim	53,8
	Muito Ruim	7,7

PSQI: Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh.

Fontes: Dados da pesquisa

A respeito da classificação da qualidade do sono, percebe-se que nos indivíduos avaliados a predominância é o distúrbio do sono, conforme a tabela 05.

Tabela 05: Classificação do Questionário PITTSBURGH

		%
PITTSBURGH	Qualidade do sono boa	0,0
	Qualidade do sono ruim	7,7
	Distúrbio do Sono	92,3

Fontes: Dados da pesquisa

Não foi encontrada correlação da qualidade do sono com a qualidade e vida ($p=0,157$). Houve uma correlação negativa da classe funcional com a qualidade de vida, ou seja, quanto maior a classificação funcional pior é a qualidade de vida. Também foi encontrada uma correlação negativa da classe funcional com a qualidade do sono, demonstrando que quanto maior a classificação funcional pior é a qualidade do sono (tabela 06).

Tabela 06: Correlação da Qualidade de Vida e Qualidade de Sono com a NYHA

	Z	p
MINNESOTA – Classe Funcional da NYHA	-3,365	,001
PITTSBURGH – Classe Funcional da NYHA	-3,677	,000

* $p < 0,05$ para o teste de Spearman

DISCUSSÃO

O estudo foi realizado por 26 pacientes, o sexo masculino caracterizou 53,8% e o sexo feminino 46,2%, com idade média de 69 anos e DP de 13 anos. A Classe funcional da NYHA foi realizada pela tolerância ao exercício, apresentando NYHA I e II, correspondente a 38,5% e 34,6%.

Referente aos fatores de risco, a HAS apresentou-se como o fator de risco de maior prevalência no presente estudo correspondendo a (76,9%), seguida de DM (50,0%), DLP (38,5%), tabagismo (3,8%) e etilismo (3,8%). Resultado que se converge com o estudo de Nogueira et al., (2010), que no seu estudo sobre o perfil epidemiológico os indivíduos com ICC, apresentaram HAS como um fator de risco relevante e que deve ser levada em consideração, pois a elevação da pressão arterial está relacionada ao aumento dos quadros de descompensação da ICC e piora na qualidade de vida.

Enquanto a medida antropométrica IMC, observou-se que 42,3% apresentou eutrofia, 19,2% sobrepeso e 34,6% obesidade tipo 1. Achados considerados importantes segundo a Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes et al., (2017- 2018), afirmando que os indivíduos com a ICC já estabelecida e que apresentam excesso de peso leve e moderado, leva uma melhoria substancial da sobrevida em comparação com os pacientes eutróficos, sendo esta ocorrência denominada "paradoxo da obesidade", explica-se que o excesso do tecido adiposo proporciona maiores reservas contra as alterações metabólicas associadas ao processo da doença, e que podem levar a caquexia cardíaca síndrome que envolve a perda progressiva de peso e alterações na composição corporal, levando um prognóstico devastador nos indivíduos com ICC.

Entre os avaliados constatou-se que 80% apresentam uma qualidade de vida ruim segundo o questionário MLHFQ. Resultados que convergem com o estudo de Zaponi et al., (2015), que relata que o escore médio foi considerado elevado 61,21% o qual corresponde a uma QV baixa, e essa afecção é muito comum entre os indivíduos portadores da ICC e está relacionado com a piora clínica, justificando a QV baixa. Outro achado importante desse estudo está relacionado aos aspectos avaliados pelo MLHFQ onde foi visto que os aspectos físicos e emocionais interferiam negativamente na QV desses indivíduos. Resultados convergentes com os estudos de Soares et. al., (2008) e Silva et. al, (2017) quando concluiu que os aspectos físicos e emocionais constituíram dimensões de maior impacto na QV dos indivíduos com ICC.

Em nosso estudo, os indivíduos avaliados apresentaram o distúrbio do sono de forma predominante, sendo representados por 92,3%. No que se refere à qualidade de sono, foi visto por meio do questionário PSQI em sua avaliação sobre a qualidade subjetiva do sono que 46,2% da população avaliada apresentam uma qualidade subjetiva do sono ruim, sendo acompanhado de outros seis componentes como: tempo para adormecer, duração do sono, quantidade de horas dormidas, dificuldade para adormecer, uso de medicação para dormir e dificuldade para ficar acordado durante o dia. Esses componentes mostraram-se com resultados subjetivos ruim ou muito ruim, exceto o componente duração do sono, que quando questionado, os indivíduos classificaram como muito boa. Embora este resultado aparentemente paradoxal, converge como o

estudo de Santos et. al., (2011) que afirma que (68,50%) de sua amostra estudada foram classificados como distúrbio do sono, enquanto que (53,5%) do total da amostra classificaram essa duração do sono como bom ou muito bom.

No que refere-se à correlação da classe funcional da NYHA, qualidade de vida e qualidade do sono, observou-se que quanto maior a NYHA pior será a QV e QS, porém, o nosso estudo mostrou também que, indivíduos com NYHA I e II apresentaram uma piora tanto na QV quanto na QS, resultados que divergem com o estudo de Souza et. al., (2017) onde mostra que indivíduos com NYHA I e II apresentam uma boa QV, enquanto que os indivíduos com NYHA III e IV é que apresentam uma QV e QS ruim com condições clínicas progressivas piores, bem como, internações hospitalares mais frequentes e maior risco de mortalidade como mostra o estudo de Butler; Gheorghiade; e Metra (2016). Porém, o autor ressalta que, indivíduos que apresentam classe funcional da NYHA II podem apresentar uma morte súbita sem piora dos sintomas.

CONCLUSÃO

Os achados obtidos mostram que os indivíduos com insuficiência cardíaca congestiva de uma Unidade de Internação de um Hospital Referência em Cardiologia de Alagoas, apresentam uma piora na qualidade de vida e qualidade de sono mesmo apresentando classe funcional com menos sintomatologia.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, I. G., *et. al.* Correlação entre sono e qualidade de vida em pacientes com insuficiência cardíaca. n. XVII, p. 148–154, 2015.

BERTOLAZI, A. N., *et. al.* Validation of the Brazilian Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. **Sleep Medicine**, v. 12, n. 1, p. 70–75, 2011.

BORNHAUSEN, A.; KESSLER, R. M. G.; GASPERIN, S. I. Qualidade subjetiva do sono em cardiopatas isquêmicos crônicos. **Insuficiência Cardíaca**, v. 13, n. 3, p. 110-117, 2018.

BUTLER, J.; GHEORGHIADE, M.; METRA, M. Moving away from symptoms-based heart failure treatment: misperceptions and real risks for patients with heart failure. **European Journal of Heart Failure**, v. 18, p. 350–352, 2016.

CARVALHO, V. O., *et. al.* Validation of the Portuguese Version of the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 93, n. 1, p. 36–41, 2009.

CAVALCANTI, A. C. D.; CORREIA, D. M. S.; QUELUCI, G. C. A implantação da consulta de enfermagem ao paciente com insuficiência cardíaca. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 1, p. 194-199, 2009.

DOS SANTOS, M. A.; DA CRUZ, D. DE A. L. M.; BARBOSA, R. L. Factors associated to sleep pattern in heart failure patients. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 45, n. 5, p. 1102–1109, 2011.

GOLBERT, A., *et. al.* Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes. 2017-2018.

NOGUEIRA, P. R.; RASSI, S.; CÔRREA, K. S. Perfil Epidemiológico, clínico e terapêutico da insuficiência cardíaca em hospital terciário. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 95, n. 3, p. 392-398, 2010.

OLIVEIRA, L. M. DE, *et. al.* Qualidade de vida e qualidade de sono na insuficiência cardíaca. **ConScientiae Saúde**, v. 17, n. 4, p. 371–377, 2019.

PELEGIRINO, V. M.; DANTAS, R. A. S.; CLARK, A. M. Determinantes da qualidade de vida reacionada à saúde em pacientes ambulatoriais com insuficiência cardíaca. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 3, 2011.

POFFO, M. R., *et. al.* ARTIGO ORIGINAL Perfil dos Pacientes Internados por Insuficiência Cardíaca em Hospital Terciário Profile of Patients Hospitalized for Heart Failure in Tertiary Care Hospital. **International Journal of Cardiovascular Sciences**, v. 30, n. 3, p. 189–198, 2017.

RABELO-SILVA, E. R., *et. al.* Precipitating factors of decompensation of heart failure related to treatment adherence: multicenter study- EMBRACE. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, n. 0, p. 1–6, 2018.

ROHDE, L. E. P., *et. al.* Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, p. 436–539, 2018.

SANTOS, M. A. DOS *et. al.* Non-pharmacological interventions for sleep and quality of life: a randomized pilot study. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 26, n. 0, 2018.

SILVA, P. C. *et. al.* Impacto of physical limitation in life quality health related of heart failure patients. **Bioscience Journal**, v. 33, n. 4, p. 1089-1098, 2017.

SOARES, D. J. Qualidade de vida de portadores de insuficiência cardíaca. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 243-8, 2008.

SOUSA, M. M. DE, *et. al.* Associação das condições sociais e clínicas à qualidade de vida de pacientes com insuficiência cardíaca. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 2, p. 1–8, 2017.

ZAPONI, R. S., *et. al.* Avaliação da qualidade de vida de portadores de insuficiência cardíaca congestiva e sua correlação com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. **Revista Acta Fisiátrica**, v. 22, n. 3, p. 105-110, 2015.

¹ Graduandos em Fisioterapia pelo Centro Universitário Tiradentes, UNIT/AL.

² Doutora em Biotecnologia em Saúde (UFAL/Rede Nordeste de Biotecnologia – RENORBIO). Mestre em Nutrição Humana pela UFAL. Docente do curso de Fisioterapia pelo Centro Universitário Tiradentes- UNIT/AL.

³ Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Estadual de Campinas. Especialista Profissional em Fisioterapia Neurofuncional na Criança e no Adolescente pela Associação Brasileira de Fisioterapia Neurofuncional