



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE**

Andréia Lima Matos Dal Boni

**IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES SUBMETIDOS
A REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO**

**SOROCABA
2013**

Ficha Catalográfica

Bibliotecário Responsável: Antonio Pedro de Melo Maricato CRB-8 / 6922

D136 Dal Boni, Andréia Lima Matos.

Impacto na qualidade de vida de pacientes submetidos à revascularização do miocárdio / Andréia Lima Matos Dal Boni. – Sorocaba, 2013.
132f. ; 29cm.

Dissertação (Mestrado Profissional) -- Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC-SP. Programa de Educação nas Profissões da Saúde.

Orientador: Martinez, José Eduardo.

1. Qualidade de Vida. 2. Revascularização Miocárdica. 3. Período Pós-operatório. I. Título.

CDD 616.12

ANDRÉIA LIMA MATOS DAL BONI

**IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES SUBMETIDOS
A REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRIDO**

Trabalho Final apresentado à Banca Examinadora da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP, Campus Sorocaba, em Educação e Saúde sob a orientação do Profº. Dr. José Eduardo Martinez.

**SOROCABA
2013**

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho, em primeiro lugar, a Deus, pela força e coragem durante toda esta longa caminhada, a meu companheiro e fiel amigo Pedro, a minhas filhas Alice e Rebeca, pela paciência por aceitarem a ausência e por acreditarem que a ousadia e o erro são caminhos para as grandes realizações, e ao meu pai, falecido durante o curso, em quem depositei, e ainda deposito, todo meu respeito e admiração.

AGRADECIMENTOS

Agradecer é admitir que houve um momento em que se precisou de alguém; é reconhecer que o homem jamais poderá lograr para si o dom de ser autossuficiente. Sempre é preciso um olhar de apoio, uma palavra de incentivo, um gesto de compreensão, uma atitude de amor.

Primeiramente ao Deus Criador Supremo do Universo, pela força, a saúde, a oportunidade de realizar o mestrado e superar os obstáculos.

Ao meu querido e amado esposo, que sempre me incentivou a buscar o conhecimento, dizendo-me: “Conhecimento é investimento”.

Aos mestres, em especial ao Prof. Dr. José Eduardo Martinez, pela competência e seriedade com que me transmitiu seus conhecimentos.

Ao professor Luis Carlos Ferreira de Almeida, que me ajudou na elaboração das estatísticas, e ao professor Sérgio Marcos Rodrigues da Silva, Mestre em Educação e especialista em Língua Portuguesa, pela revisão ortográfica.

À instituição Hospital Santa Lucinda, na qual trabalho, por ser contemplada pela bolsa de estudo, e à Superintendência, à Diretoria, à gerência de enfermagem, por terem acreditado em mim e me apoiado.

Aos médicos da Unidade de Terapia Intensiva, equipe multidisciplinar, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, aos meus colegas de trabalho, que me incentivaram a fazer a inscrição no curso, ajudaram com opiniões para as apresentações e com a compreensão nas horas de ausência durante o curso.

Aos colegas de turma, que me proporcionaram os melhores momentos de aula em toda minha pós-graduação, com alegria, companheirismo, afetividade, emoção e respeito.

À minha família e minha secretária do lar pela paciência, por acreditarem em mim e ajudarem-me a concretizar meus objetivos.

A todos os companheiros do Hospital Santa Lucinda, que compartilharam os meus ideais, por quem nutro a mais profunda gratidão e respeito.

A todas as pessoas que, de forma direta – “Isabel Cristina Campos Feitosa, Heloisa Helena Armênio, Marina Marques de Moraes, Magali Mondin, Keila Reis Celestino, Josiane Freire de Barros Thomaz, Bianca Buffolo de Goes, Simone Fortes Simon,

Silvia Luzia Stramm, Heloisa Rosana de Castro S. Pimenta, Paulo José Hellmeister de Andrade” – ou indiretamente me auxiliaram na elaboração deste trabalho.

"É na crise que nascem as invenções, os descobrimentos e as grandes estratégias...

(Albert Einstein)

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Taxa de Mortalidade no Brasil 2008-2011. Taxa de mortalidade no Brasil - Doença do Aparelho Circulatório IAM + Outras Doenças Isquêmicas do Coração, CID 10, Cap. IX..... 39

Figura 2: Taxa de Internações Segundo Município: Regional de Sorocaba - DRS-XVI - CID Doença do Aparelho Circulatório IAM + Outras Doenças Isquêmica do Coração..... 40

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição das características sociodemográficas dos pacientes submetidos à revascularização do miocárdio (n=78). SOROCABA, 2012.....	68
Tabela 2: Distribuição das características clínicas de pacientes submetidos à revascularização do miocárdio (n= 78). SOROCABA, 2012.....	69
Tabela 3: Análise descritiva dos domínios do instrumento Macnew dos pacientes s submetidos a RM (n=78). SOROCABA, 2012	70
Tabela 4: Média dos escores dos domínios McNew obtidos neste estudo e em outras pesquisas. SOROCABA, 2012	70
Tabela 5: Análise descritiva dos domínios do instrumento SF-36 para os pacientes submetidos a RM (n=78). SOROCABA, 2012	71
Tabela 6: Média dos escores dos domínios McNew obtidos neste estudo e em outras pesquisas. SOROCABA, 2012	71
Tabela 7: Análise descritiva do Inventários de Depressão de Beck para pacientes submetidos a RM (n=78). SOROCABA,2012.	72
Tabela 8: Análise descritiva dos domínios do Idate para pacientes submetidos a RM (n=78). SOROCABA, 2012.	72
Tabela 9: Valores do coeficiente alpha de Cronbach dos instrumentos obtidos nesse estudo . SOROCABA, 2011-2012.....	72
Tabela 10: Análise descritiva do item “dor” dos instrumentos SF 36 e Macnew, para pacientes submetidos a RM (n=78). SOROCABA, 2012.	73
Tabela 11: Comparação entre o domínios físico do McNew e as variáveis sociodemográficas e clínicas em pacientes submetidos a RM (n=78). SOROCABA, 2012.....	75
Tabela 12: Comparação entre o domínio emocional do Mc New e as variáveis sociodemográficas e clínicas em pacientes submetidos a RM (n=78). SOROCABA, 2012.....	76
Tabela 13: Comparação entre o domínios Social do McNew e as variáveis sociodemográficas e clínicas em pacientes submetidos a RM (n=78). SOROCABA, -2012.	77
Tabela 14: Comparação entre os domínios Global McNew e as variáveis sociodemográficas e clínicas em 78 pacientes submetidos a RM (n=78). SOROCABA, 2012.....	78
Tabela 15: Comparação entre a escala Inventário de Depressão de Beck e as variáveis sociodemográficas e clínicas em pacientes submetidos a RM(n=78). SOROCABA, 2012.	79
Tabela 16: Comparação entre IDATE ESTADO e as variáveis sociodemográficas e clínicas, em pacientes submetidos a RM(n=78). SOROCABA, 2012.....	80
Tabela 17: Comparação entre IDATE-TRAÇO com as variáveis sociodemográficas e clínicas em pacientes submetidos a RM (n=78). SOROCABA, 2012.....	81

ABREVIATURAS E SIGLAS

QV: Qualidade de vida

IAM: Infarto agudo do miocárdio

DCbV: Doenças cerebrovasculares

DAC: Doenças arterial coronariana

CID: Classificação internacional de doenças

SUS: Sistema único de saúde

DRS: Divisão Regional de Sorocaba

IC: Insuficiência cardíaca

LDL: Lipoproteína de densidade intermediária

HDL: Lipoproteína de densidade alta

MMHG: Milímetro de mercúrio

MG/DL: Miligramma por decilitro

KM/M²: Quilograma por metro quadrado

IMC: Índice de massa corporal

OMS: Organização mundial de saúde

CRVM: Cirurgia de revascularização

FEVE: Fração de ejeção

HSL: Hospital Santa Lucinda

SF 36: The Medical Outcomes Study 36 – item Short Form Health Survey (SF36 versão curta)

MACNEW: Heart Disease Health Related Quality of life Questionnaire”

N: Espaço Amostral (Quantidade da Amostra)

IDATE: State anxiety inventory

QVRS: Qualidade de vida relacionada à saúde

PUC: Pontifícia Universidade Católica

TCLE: Termo de consentimento esclarecido

RESUMO

Este estudo teve como objetivo determinar o impacto da cirurgia de revascularização do miocárdio (RM) na qualidade de vida dos pacientes; analisar e comparar as dimensões da qualidade de vida antes e após a intervenção cirúrgica; comparar as variáveis sociodemográficas e clínicas aos aspectos de depressão e ansiedade no pré e pós-operatório revascularização do miocárdio. Foram entrevistados 78 pacientes no pré e pós-operatório, aplicados os instrumentos: The Medical Study 36-item Short-From Health Survey (SF-36), Macnew Heart Disease Health - related Quality of Life Questionnaire MacNew, Inventário Depressão Beck e Stait Trait Anxiety inventory (Idate). Houve melhora significativa em todos os domínios da qualidade de vida, depressão e ansiedade ($p=0,05$). Os domínios físico e social do SF-36 apresentaram menor pontuação dos escores (13,46 e 3,03, respectivamente), bem como o domínio social do instrumento Macnew (3,03). Os domínios social e global do MacNew compararam positivamente com pacientes com infarto agudo do miocárdio prévio, o que demonstra que a cirurgia de revascularização ocasionou impacto positivo na qualidade de vida desses pacientes.

Descritores: Qualidade de vida. Revascularização do Miocárdio. Pacientes.

ABSTRACT

The objective of this study is to determine the quality of life in patients undergoing myocardial revascularization; to analyze and compare it before and after the intervention; to compare clinic and sociodemographic variables to aspects of depression and anxiety disturbs at pre and post-operative periods. Seventy-eight patients were interviewed at pre and post-operative time, applying the instruments: The Medical Study 36- item Short- From Health Survey (SF-36), Macnew Heart Disease Health - related Quality of Life Questionnaire MacNew, Depression Inventory Beck e Stait Trait Anxiety inventory (Idate). There was a significant improvement in all aspects of the quality of life, depression and anxiety ($p=0,05$). The SF-36 physical and social aspects represents the lowest scores (13,46 and 3,03, respectively), as well as the social aspect of Macnew instrument (3,03). The social and global Macnew aspects were positively compared to patients with previous acute myocardial infarction, which demonstrates that the revascularization surgery impacted positively in the patients quality of life.

Key words: Quality of life. Myocardial revascularization. Patients.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	35
1.1. Justificativa	35
1.2. Apresentação do Objeto do Estudo	37
1.2.1 Epidemiologia das Doenças Cardiovasculares.....	37
1.2.2 Cardiopatia Isquêmica	41
1.2.3 Síndromes Coronarianas	42
1.2.4 Insuficiência Cardíaca.....	43
1.2.4.1 Classificação da Insuficiência Cardíaca.....	43
1.2.5 Fatores de risco da Doença Arterial	44
1.2.5.1 Dislipidemia.....	45
1.2.5.2 Tabagismo.....	45
1.2.5.3 Hipertensão Arterial	45
1.2.5.4 Diabetes	46
1.2.5.5 Obesidade	46
1.2.6 Revascularização do Miocárdio	47
1.2.7 Conceito de Qualidade de Vida.....	48
1.2.7.1 Instrumento de avaliação da QV	52
1.2.7.2 Transtornos de ansiedade e depressão e a qualidade de vida.....	53
1.2.7.3 Educação em saúde no processo de qualidade de vida	55
2. OBJETIVOS	59
2.2 Geral.....	59
2.2. Específicos	59
3. CASUÍSTICA E MÉTODO	60
3.1 Período de estudo	60
3.2 Local da Pesquisa e População.....	60
3.3 Sujeitos	61
3.4 Aspectos Éticos	61
3.5 Processo de Amostragem.....	61
3.6 Coletas de Dados	61
3.7 Instrumentos de avaliação qualidade de vida.....	62

3.7.1	The Medical Outcomes Study 36 – item Short Form Health Survey (SF36 versão curta) – (Anexo A)	62
3.7.2	Instrumento “Macnew Heart Disease Health Related Quality of life Questionnaire” (Anexo B) 63	
3.8	Instrumentos de avaliação de depressão e Ansiedade	65
3.8.1	Inventário de Depressão de BECK- (Anexo C).....	65
3.8.2	Inventário de Ansiedade Traço-Estado (STAIT-TRAIT ANXIETY INVENTORY – IDATE) - (Anexo D).....	66
3.9	Operacionalização da coleta dos Dados.....	66
3.10	Métodos Estatísticos.....	66
4.	RESULTADOS.....	68
5.	DISCUSSÃO.....	83
6.	CONCLUSÃO.....	92
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
7.1	Análise do campo da pesquisa através das visitas domiciliares para coleta de dados no pós-operatório	93
REFERÊNCIAS.....		95
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido		102
APÊNDICE B – Instrumento de Caracterização sociodemográfica e clínica		103
APÊNDICE C - Impacto na qualidade de vida e pacientes submetidos a revascularização do miocárdio		105
ANEXO A - Instrumento SF- 36		121
ANEXO B – MACNEW - Questionário de qualidade de vida relacionado com a saúde na doença cardíaca		124
ANEXO C - Inventário de Depressão de Beck		126
ANEXO D – IDATE Estado		130
ANEXO E – Comitê de Ética em Pesquisa.....		132

1. INTRODUÇÃO

1.1. Justificativa

No final da década de 70, a população brasileira começa a lutar contra o modelo de saúde vigente, buscando solução para seus principais problemas na promoção e prevenção da saúde. Nesse período, o setor de saúde estava estruturado em torno das doenças e das ações voltadas para a cura.¹

O conceito de saúde surgiu como um grande marco na saúde mundial, que incluiu a saúde como um direito de cidadania. Sendo assim, a Organização Mundial de Saúde define a

[...] saúde como estado de completo bem estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade, é um direito fundamental, e a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer ação de muitos setores sociais e econômicos, além do setor saúde.¹

Apesar do avanço do sistema de saúde nesse período, o direito à saúde era restrito a determinados setores da sociedade. E foi com a 8^a Conferência que ele firmou-se como um direito de todos e dever do Estado. A saúde é inserida na Constituição Federal em seu art.196 como

Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação [...].²

Os conceitos discutidos em saúde são garantidos por condições mínimas através de políticas sociais e políticas econômicas, chamadas de Estado de Bem-Estar Social.³

As transformações de políticas econômicas e sociais nas últimas décadas geraram um processo de transição demográfica e epidemiológica, em especial, o aumento na longevidade da população através de uma mudança no perfil de mortalidade em crianças e doenças infecciosas para um perfil de mortalidade em idades mais avançadas, causadas por doenças crônicas e externas.⁴

As doenças crônicas são permanentes, produzem incapacidades residuais causadas por alterações patológicas irreversíveis, complicações, prejuízos na qualidade de vida além de implicações econômicas em seu controle e tratamento.

Sendo assim, os tratamentos exigem formação especial do doente, com longos períodos de supervisão, observação e cuidado.⁵

A insuficiência cardíaca é uma doença crônica apontada como desfecho final da maioria das doenças cardiovasculares e, uma vez instalada, tem um forte impacto na vida do paciente, decorrente dos sintomas físicos e psicológicos,⁶ sendo reconhecido mundialmente como um problema de saúde pública pelo seu aumento a cada ano e por representarem maiores custos à Previdência, com licenças e aposentadorias antecipadas.⁷

Os avanços clínicos e cirúrgicos no tratamento dos pacientes com insuficiência cardíaca têm possibilitado a sobrevivência das pessoas acometidas por doenças cardiovasculares, modificando a morbimortalidade relacionada à doença; com eles surgem novas classes de medicamentos que permitem a sobrevida e a melhora na qualidade de vida dos pacientes. Porém o reconhecimento e o rápido tratamento são fundamentais na prevenção de fatores que podem exacerbar a insuficiência cardíaca.⁸

Um dos procedimentos realizados é a revascularização do miocárdio que dentro de condições ideais permite melhorar os sintomas decorrentes da insuficiência cardíaca, aumentar a sobrevida e consequentemente proporcionar um ganho na qualidade de vida desses indivíduos.⁹

Os estudos sobre a qualidade de vida e a prática clínica nos serviços de saúde têm sido um importante processo para tomada de decisão clínica e determinação do benefício terapêutico, como meio de avaliar a sobrevida do paciente após cirurgia de revascularização do miocárdio.¹⁰

A qualidade de vida relacionada à doença cardiovascular e o impacto do tratamento na vida individual tem sido objeto de investigação, sendo considerada relevante, pois além de avaliar os resultados terapêuticos, gera hipóteses e reflexões que possibilitam a ampliação do enfoque dos estudos sobre qualidade de vida, buscando alternativas metodológicas teóricas e conceituais.¹⁰

Considerando que as doenças arteriais coronarianas são multifatoriais e interferem na saúde do indivíduo em várias dimensões, e que a cirurgia de revascularização do miocárdio não tem caráter curativo, sendo um tratamento invasivo que visa a promover uma melhor qualidade de vida. Mensurar esta, antes e após a intervenção, pode contribuir para avaliação do resultado dessa terapêutica e propiciar ações de melhoria na reabilitação desses pacientes através de

determinantes dos instrumentos de qualidade de vida, elaborando programas de atendimento e cuidado à saúde de indivíduos e comunidades, conforme as suas necessidades e que promovendo condições favoráveis para participação no cuidado de sua saúde de forma mais integrada.¹⁰

Em virtude do aumento das doenças cardiovasculares e as consequentes limitações que impõem a população, faz-se necessário que haja mudanças nas políticas públicas e privadas, para que assegurem prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados especiais de saúde. Dessa maneira, medidas eficazes na detecção precoce de doenças e mudanças no estilo de vida podem melhorar tanto a qualidade de vida (QV) quanto à autonomia e independência desses pacientes.¹¹

É necessário identificar os determinantes de QV, especialmente em situações de doenças crônicas, que busquem avaliar as implicações da doença no estilo de vida da população.¹²

Os indicadores apoiam a qualidade de vida são tratados pelos mais diferentes olhares da ciência no âmbito da saúde e se apoia na compreensão das necessidades humanas, materiais e espirituais, tendo no conceito de promoção da saúde seu foco mais relevante, centralizado na capacidade de viver sem doenças ou de superar suas limitações ou condições de morbidade.¹³

Sendo assim, o profissional de saúde pode influenciar diretamente, aliviando a dor, o mal-estar e as doenças que podem gerar dependência e desconforto seja para evitá-los ou minimizar consequências das intervenções realizadas.¹³

Nessa perspectiva, o estudo pretende determinar o impacto da cirurgia de revascularização do miocárdio na qualidade de vida de pacientes no pré-operatório e pós-operatório, pois há necessidade de uma construção compartilhada da prática da Educação em saúde, permitindo a experiência do cotidiano dos indivíduos com maior poder de intervenção nas relações que influenciam a qualidade de suas vidas.

1.2. Apresentação do Objeto do Estudo

1.2.1. Epidemiologia das Doenças Cardiovasculares

As doenças circulatórias são responsáveis por elevadas taxas de morbimortalidade, tanto em países desenvolvidos quanto naqueles em

desenvolvimento. Nos Estados Unidos, são a principal causa de morte, sendo que a cardiopatia isquêmica representa 2/3 desses casos e lidera a causa de incapacidade prematura e permanente, em adultos em idade produtiva. Ainda que a mortalidade por doenças coronarianas tenha alcançado uma diminuição, não há redução na morbidade.^{14,15}

Os coeficientes de mortalidade por infarto agudo do miocárdio (IAM) e doença cerebrovascular (DCbV) específicos por idade, em regiões metropolitanas do Brasil, apresentam perfis de risco diferentes dos outros países. Cerca de 50% dos óbitos masculinos por doença arterial coronariana (DAC) ocorrem na faixa etária abaixo de 65 anos, enquanto em outros países (Estados Unidos, Cuba e Inglaterra) essa proporção encontra-se em torno de 25%. No município de São Paulo, apesar do declínio da mortalidade por DAC e DCbV a partir de meados da década de 70, as DCbV, relacionadas à aterosclerose ainda representam o principal grupo de causas de óbito no Estado, como nos países desenvolvidos.¹⁴

Dentre as doenças crônicas, a doença isquêmica cardíaca está relacionada ao processo de aterosclerose em decorrência do aumento da vida média e do envelhecimento da população, podendo manifestar-se como angina ou infarto agudo do miocárdio.^{6,7}

As estatísticas de saúde apontam as doenças cardiovasculares como responsáveis por um terço das mortes no Brasil e a principal causa de morte no mundo. Esses dados mostram a importância das doenças cardiovasculares no panorama populacional brasileiro, onde se observa uma elevação da expectativa de vida e um consequentemente aumento da população de idosos.¹⁶

De acordo com projeções para o ano 2020, as doenças cardiovasculares e DCbV permanecerão como a principal causa de mortalidade e incapacitação, sendo que atualmente as regiões em desenvolvimento contribuem para este ônus.¹⁴

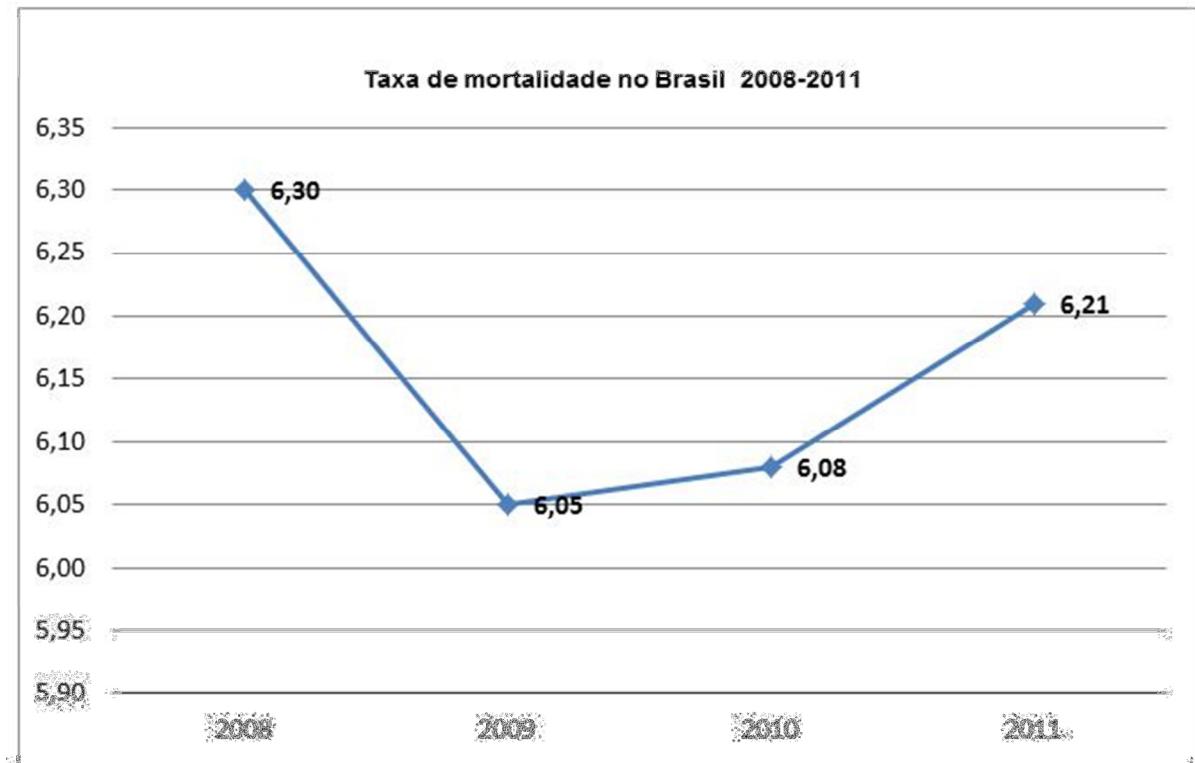
Dados da Organização Mundial da Saúde, Ministério da Saúde e Sociedades Brasileiras alertam que:

- até 2010, as doenças cardiovasculares serão a principal causa de morte nos países em desenvolvimento;
- em 2015, aproximadamente 20 milhões de pessoas morrerão em decorrência de doenças cardiovasculares, principalmente infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral;

- fatores de risco modificáveis são responsáveis por 80% das causas de doenças cardiovasculares;
- 40% das aposentadorias precoces decorrem de acidente vascular cerebral ou IAM;
- 60% dos gastos com saúde destinam-se ao tratamento de doenças crônicas, passíveis de prevenção.¹⁷

Referidas estatísticas traduzem a despreocupação das autoridades públicas e privadas com relação à saúde no país, o que tem provocado aumento de custos nas áreas de Saúde e Previdência no que tange ao tratamento de doenças.

Figura 1: Taxa de Mortalidade no Brasil 2008-2011. Taxa de mortalidade no Brasil - Doença do Aparelho Circulatório IAM + Outras Doenças Isquêmicas do Coração, CID 10, Cap. IX



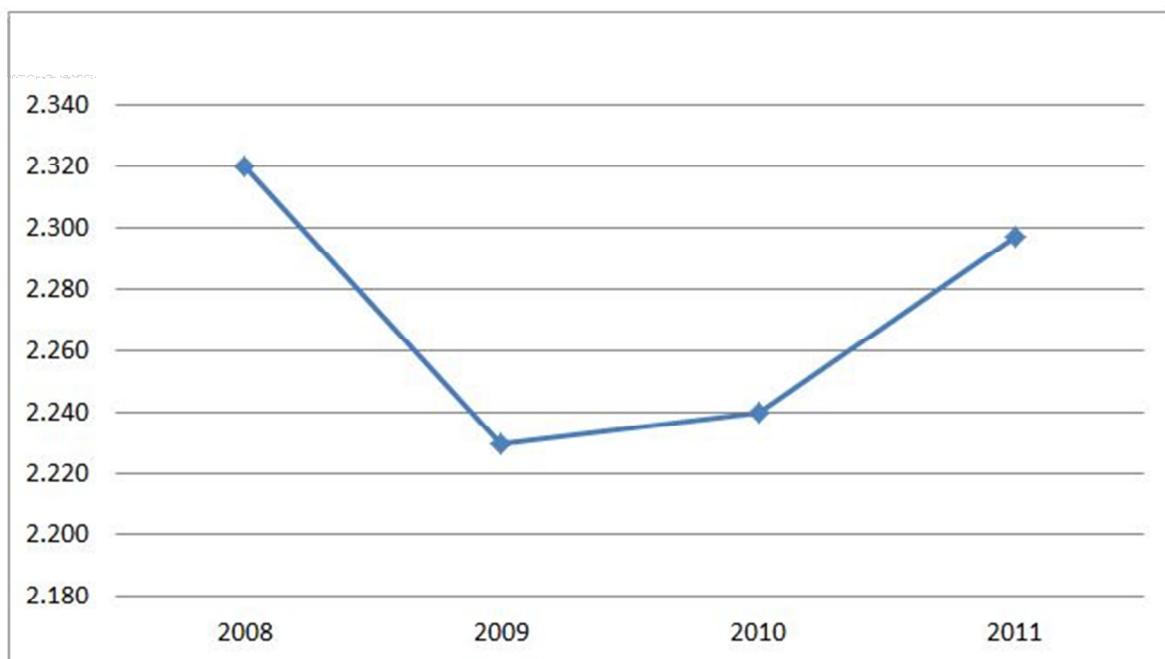
Fonte: Datasus 2012¹⁶

Esse aumento da mortalidade DCbV resulta da queda da mortalidade por causa infecto - parasitária, aumento da expectativa de vida, estilo de vida e mudanças socioeconômicas associados à urbanização, conduzindo a níveis mais elevados os fatores de riscos e a suscetibilidade especial de determinada população (por causa de genes específicos), levando a maior impacto sobre evento clínico , quando comparados à população de regiões ocidentais.¹⁴

O diagnóstico e tratamento das DCV têm apresentado enormes avanços tecnológicos nos últimos anos, com a introdução, na rotina de atendimento, de novas técnicas, como cineangiocoronariografia, revascularização miocárdica, ultrassonografia, cintilografia cardíaca e cerebral, tomografia computadorizada, drogas anti-hipertensivas e inotrópicas cardíacas. Entretanto, apesar desses avanços tecnológicos, ainda é alto o índice de óbitos precoces por doenças cardiovasculares.¹⁸

A figura representa as internações numa população correspondente a 2.242.816 referenciada a Divisão Regional de Sorocaba XVI (DRS).¹⁶

Figura 2: Taxa de Internações Segundo Município: Regional de Sorocaba - DRS-XVI - CID Doença do Aparelho Circulatório IAM + Outras Doenças Isquêmica do Coração.



Fonte: Datasus 2012¹⁶

Analisamos que há uma tendência de elevação nos números de internações ao longo desses últimos anos, necessitando atenção, pelo poder público à área da saúde.

Mesmo quando não são fatais, essas doenças levam, com frequência, à invalidez parcial ou total do indivíduo, com graves repercussões para este, sua família e a sociedade. Isso mostra que o investimento na prevenção a essas doenças é decisivo, não só para garantir qualidade de vida, mas também evitar

gastos com hospitalização, que a cada dia se torna mais cara em razão do alto grau de sofisticação em que se encontra a medicina moderna.¹⁸

Assim os indicadores objetivos e subjetivos apresentados na qualidade de vida poderão resultar em mudanças nas práticas assistenciais e na consolidação de novos paradigmas do processo saúde e doença, o que pode ser de grande valia para a superação de modelos de atendimentos médicos, nos seus aspectos socioeconômicos, psicológicos e culturais, importantes ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde. Assim sendo, a qualidade de vida passa a atuar como um construto interdisciplinar na contribuição a diferentes áreas do conhecimento.¹⁹

1.2.2 Cardiopatia Isquêmica

A cardiopatia isquêmica consiste na doença cardíaca causada pelo desequilíbrio entre o aporte e a demanda de oxigênio, decorrente da obstrução de artérias coronárias, e a causa mais comum é a doença aterosclerótica.²⁰

O termo “aterosclerose” deriva do grego “athero” (sopa ou mingau de aveia) e esclerose (endurecimento).

A atherosclerose tem seu início na infância e produz manifestações clínicas nas idades adulta, média e tardia. Trata-se de um processo multifatorial de acúmulo extenso das células no músculo liso na camada íntima da artéria afetada, sendo que a forma e o conteúdo das lesões avançadas demonstram resultados de três processos biológicos:^{21,22}

- acúmulo das células no músculo liso na camada íntima, com variáveis acúmulos de macrófagos e linfócitos;
- formação de grande quantidade de matriz de tecido conjuntivo através de proliferação de células de músculo liso;
- acúmulo de lipídio na camada íntima da artéria.

Os avanços dos últimos anos representam uma retomada da teoria de Virchow, que considerava atherosclerose uma doença inflamatória, mas com melhor compreensão dos mecanismos envolvidos na trombose secundária às lesões ateroscleróticas.²²

A avaliação da doença aterosclerótica é feita através do mecanismo de mensuração clínica. Entre eles encontra-se a angina, perda da capacidade funcional, incapacidades totais ou parciais e mortalidade. A doença tem dimensão

mais ampla, nessa forma há necessidade de quantificar os benefícios dos tratamentos sob o ponto de vista do paciente.

O reconhecimento da importância do estado de saúde corresponde a alterações ou modificações no funcionamento do bem - estar e suas necessidades ou expectativas. Lembcke, médico considerado pai da auditoria e cuidados médicos nos anos 60, declarou que “a melhor medida da qualidade das cirurgias não é como um serviço médico é prestado, mas sim o resultado que se aproxima dos seus objetivos fundamentais de prolongar a vida, aliviar o desconforto e prevenir a incapacidade”.²⁰

Todas as doenças crônicas requerem um programa de educação voltado para a saúde, capaz de instruir o paciente sobre todos os aspectos relacionados à doença e seu tratamento. A compreensão da doença e das modalidades de tratamento permitirá participar ativamente de seu autocuidado, sendo que a aderência ao tratamento é considerado um fator que interfere na qualidade de vida.²³

1.2.3 Síndromes Coronarianas

- Agudas

Caracterizadas pela ruptura da placa aterosclerótica, expondo o conteúdo lipídico, altamente rico em gordura e plaquetas, levando a ativação da cascata de coagulação, resposta inflamatória e agregação plaquetária.^{24,25}

Em situações que a ruptura da placa é superficial e a obstrução da luz da artéria não é total, temos a Angina Instável ou infarto subendocárdico (IAM sem supradesnível de ST). Angina é desencadeada em repouso ou aos mínimos esforços, com início recente < de 30 dias.^{22,24,25}

Quando a ruptura da placa é mais profunda e extensa, temos oclusão total da luz da artéria, levando a uma zona de necrose, podendo lesar parcial ou totalmente a parede ventricular, caracteriza-se assim o infarto agudo do miocárdio. Nesses casos ocorre uma elevação do segmento ST do eletrocardiograma.^{22,24,25}

- Crônicos

Angina estável: caracteriza-se por episódios transitórios de desconforto ou dor torácica na face anterior do tórax, geralmente retroesternal ou precordial, normalmente desencadeada por esforço físico. A dor é de intensidade variável,

melhora e cessa com repouso ou uso de nitrato sublingual. A intensidade da dor não se relaciona com maior ou menor comprometimento das artérias coronárias.^{24,25}

1.2.4 Insuficiência Cardíaca

[...] É uma síndrome clínica de caráter sistêmico, definida como disfunção cardíaca, causando por suprimento sanguíneo inadequado para atender necessidades metabólicas tissulares, na presença de retorno venoso normal, ou fazê-lo somente com elevadas pressões de enchimento.²⁶

As alterações hemodinâmicas comumente encontradas na IC envolvem resposta inadequada do débito cardíaco e elevação das pressões pulmonar e venosa sistêmica. A redução do débito cardíaco é responsável pela inapropriada perfusão tecidual (IC com débito cardíaco reduzido). De início, esse comprometimento do débito cardíaco manifesta - se durante o exercício. Com a progressão da doença, ele diminui no esforço, até ser observada sua redução no repouso.²⁶

Existem condições nas quais o débito cardíaco poderá ser normal ou até elevado, como em condições de pós-carga diminuída ou hipermetabolismo, porém inadequado à demanda metabólica tecidual, caracterizando a IC com débito cardíaco elevado (IC alto débito).²⁶

O mecanismo responsável pelos sintomas e sinais clínicos pode ser decorrente da disfunção sistólica, diastólica ou de ambas, acometendo um ou ambos os ventrículos. Nos adultos, em aproximadamente 60% dos casos, está associada à disfunção ventricular esquerda sistólica; e nos restantes 40%, à disfunção diastólica, devendo ser realçado que esta última vem sendo mais observada com o aumento da expectativa de vida da população.²⁶

1.2.4.1 Classificação da Insuficiência Cardíaca

A IC crônica tem sido classicamente categorizada com base na intensidade de sintomas em quatro classes propostas pela *New York Heart Association*. Estas classes estratificam o grau de limitação imposto pela doença para atividades cotidianas do indivíduo. Além de possuírem caráter funcional, são uma maneira de avaliar a qualidade de vida do paciente frente a sua doença. As quatro classes propostas são:

Classe I - ausência de sintomas (dispneia) durante atividades cotidianas. A limitação para esforços é semelhante à esperada em indivíduos normais;

Classe II - sintomas desencadeados por atividades cotidianas;

Classe III - sintomas desencadeados em atividades menos intensas que as cotidianas ou pequenos esforços;

Classe IV - sintomas em repouso.

Essa categorização tem como base de referência as atividades cotidianas, que são variáveis de um indivíduo para outro, o que confere subjetividade a essa medida. Em que pese a estratificação de sintomas pela classe funcional possuir boa correlação com o prognóstico e qualidade de vida, não é boa a sua relação com a fração de ejeção.²⁶

1.2.5 Fatores de risco da Doença Arterial

A definição ampla do fator de risco é compreendida como qualquer hábito ou característica que possa ser usada para prever a probabilidade de um indivíduo desenvolver a doença. Entretanto um fator de risco não implica necessariamente uma relação causal direta; um fator de risco é a característica que prediz o risco de desenvolvimento da doença significante numa população. Em alguns casos podem estar envolvidos na etiologia da doença, entretanto se faz necessária uma associação epidemiológica comprovada, que seja estatisticamente válida. O conceito de fator de risco tem sido útil, pois permite avaliar a importância não apenas de fator de risco mas também a característica genética. Com o emprego dessas informações torna-se possível determinar se a modificação de um fator de risco resultará na modificação do risco de uma doença.

Os principais fatores de risco da DAC são: dislipidemia, hipertensão arterial, tabagismo, Diabetes Mellitus. Outros fatores incluem sedentarismo, obesidade, história familiar, hemocisteinemia, consumo de álcool e fatores psicológicos. A identificação dos fatores de risco fornece uma forma de diminuirmos o risco da DAC através da redução de fatores de risco modificáveis e por decisões de tratamento.²⁷

1.2.5.1 Dislipidemia

Os lipídios são transportados através do compartimento plasmático em lipoproteína, moléculas hidrossolúveis, sendo as principais: quilomícrons, lipoproteínas de densidade muito baixa (LDL) e lipoproteínas de densidade alta (HDL). São diferenciadas pelo conteúdo de lipídios, densidade na ultracentrifugação, tamanho, mobilidade na eletroforese e por proteínas em sua superfície.²⁷

A dislipidemia, que mais claramente está associada com o aumento no risco da doença coronariana, é a hipercolesterolemia, em que há níveis plasmáticos elevados de colesterol em LDL, que contém 70% de colesterol no sangue.²⁷

Consideramos dislipidemia quando o indivíduo quando apresenta níveis de colesterol total ou superior a 200mg/dL, triglicérides maiores que 150 mg/dl e LDL-colesterol de 130 mg/Dl.²⁸

1.2.5.2 Tabagismo

O fumo é um dos fatores de risco primário modificáveis de doenças coronarianas, sendo a maior causa de morte prematura no mundo. O tabagismo amplia o efeito de outros fatores de risco coronário. O uso de tabaco em indivíduo com outros fatores de risco cardíaco demonstrou efeito sinérgico sobre morbidade e mortalidade.²⁷

O consumo do tabaco diminui o colesterol HDL, aumenta vasospasmo, afeta endotélio, nível de fibrinogênio e agregação de plaquetas. O maior fator de risco independente para o infarto agudo do miocárdio é o tabaco, sendo que o abandono reduz o risco vascular em 35 %. Estima-se que 36% das mortes atribuídas ao fumo estão relacionadas com as doenças cardiovasculares. Os indivíduos fumantes têm riscos 2,5 vezes maiores de apresentarem doenças do que os não fumantes.²⁷

1.2.5.3 Hipertensão Arterial

Estudo epidemiológico estabelece uma relação entre o aumento da pressão arterial e a incidência de doença arterial coronariana.²⁷

A Hipertensão Arterial Sistêmica foi considerada em indivíduos que apresentam valores maiores que 140X90 mmHg ou que apresentam valores de

130X85 mmHg na presença de Diabetes Mellitus. Pré – hipertensão é pressão arterial menor que 139X89 mmHg.^{28,29}

1.2.5.4 Diabetes

O risco da diabetes aumenta com a idade, e a doença coronariana é a principal complicação de Diabetes Mellitus tipo I. Frequentemente o diabetes existe na presença de outros fatores de risco modificáveis, como a hipertensão e a obesidade.^{27,29}

O Diabetes Mellitus é considerado quando o diagnóstico da glicemia de jejum é maior que 126 mg/dL e excede após duas medidas de 200 mg/dL. No Diabetes Mellitus, os níveis aumentados de glicemia podem inflamar a parede do endotélio, tornando-o mais suscetível a lesões e a doenças arteriais coronarianas.^{28,29}

1.2.5.5 Obesidade

A prevalência de sobrepeso e obesidade tem aumentado nos países em desenvolvimento, como o Brasil. O índice de massa corpórea tem sido utilizado em ensaios clínicos relacionando obesidade a risco de evento coronariano; e estudo de metanálise demonstra que a mortalidade é menor naqueles indivíduos com valores de índice de massa corpórea entre 23 e 28 kg/m².^{28,29}

O Índice de Massa Corpórea (IMC) é um índice frequentemente utilizado em estudos epidemiológicos, em saúde pública e na área clínica, como preditor de sobrepeso, obesidade e desnutrição energética em pessoas não atletas, recomendado como indicador nutricional, adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Depois de mensuradas medidas de estatura e peso, equaciona-se o IMC através da massa pela razão da altura ao quadrado, onde a massa é medida em quilogramas e a estatura em metros. Os valores obtidos pelo cálculo são classificados como: Baixo Peso (abaixo de 18,5), Normal (18,5 a 24,9), Sobre peso (25 a 29,9), Obesidade I (30 a 34,9), Obesidade II (35 a 39,9), Obesidade mórbida (igual ou acima de 40).³⁰

O risco à saúde na obesidade não apenas aumenta em gravidade como também a afeta pela distribuição de gordura corpórea. A obesidade visceral,

caracterizada por gordura adiposa excessiva no abdômen, aumenta o risco de doença coronariana.²⁷

1.2.6 Revascularização do Miocárdio

Embora as técnicas intervencionistas com cateter tenham expandido e o tratamento clínico melhorado, a intervenção cirúrgica continua sendo a base do tratamento para doença cardíaca.³¹

A técnica da cirurgia cardíaca com reconstrução de artérias obstruídas teve seu início por volta dos anos 60 e tem evoluído de acordo com as características da população, com a angioplastia coronária, que tem retardado ou substituído a revascularização do miocárdio. No entanto muitas pesquisas têm verificado aumento na idade. Enquanto a idade média de candidatos à cirurgia no anos 60 era de 50 anos, atualmente corresponde à faixa de 66 anos a 70 anos, com maior número de mulheres, angina menos grave, mas com maior incidência de infarto miocárdio recente, mais disfunção ventricular, taxa mais alta de candidatos à cirurgia com doença tri- arterial e com maior número de fatores cardíacas, tais como diabetes, arritmias e insuficiência cardíaca.³¹

A finalidade da operação de revascularização do miocárdio é restaurar o suprimento de sangue ao músculo cardíaco, criando uma nova rota, que contorna a área bloqueada da artéria coronária doente, aliviando os sintomas (dispneia ao esforço físico e angina) decorrentes da má nutrição e hipóxia (falta de oxigênio) do músculo. A veia safena é o mais comum material utilizado para a construção desse novo percurso. Também se usa a artéria mamária interna esquerda, que é até mais resistente à deposição aterosclerótica que as próprias coronárias. Ambos os enxertos cumprem a função de fornecer ao músculo o suprimento de sangue necessário à função contrátil.³²

Uma típica cirurgia de revascularização do miocárdio começa com uma incisão vertical no peito (esternotomia), em que o esterno (osso frontal do tórax) é cortado com uma serra especialmente desenhada para tal e separado com um artefato apropriado. Com a abertura do esterno e o afastamento dos tecidos moles, permite-se o acesso à membrana que envolve o coração, o pericárdio, que recebe uma incisão.³²

A cirurgia de enxerto de *bypass* de artéria coronária é feita inicialmente para aliviar os sintomas de angina, bem como melhorar a sobrevida e a qualidade de vida.³¹

1.2.7 Conceito de Qualidade de Vida

A qualidade de vida, por ser tratar de algo complexo, envolve conceitos multidimensionais que relacionam aspectos físicos e psicológicos do indivíduo, e atualmente pode ser definida de forma genérica ou relacionada à saúde.³³

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define Qualidade de Vida (QV) das pessoas como “[...] *percepção do individuo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores no quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*”.³³

No contexto da saúde, a OMS foi pioneira em reconhecer a importância das três dimensões: física, mental e social, que englobam dimensões mais amplas, como bem - estar e a relação desses aspectos com ambiente que vive o indivíduo. Sendo assim, a qualidade de vida significa não apenas que o indivíduo tenha saúde física e mental, mas que esteja bem consigo, com a vida e com as pessoas com quem convive.⁸

O conceito de qualidade de vida relacionado à saúde (QVRS) é mais amplo do que o da OMS de acordo com alguns autores, pois inclui, dentro da percepção da saúde física e mental, outros aspectos, como capacidade funcional, aspectos físicos, sociais, econômicos, dentre outros relacionados com o processo saúde-doença.³⁴

Para Ciconelli, a avaliação da Qualidade de Vida (QV) está baseada na “*percepção do indivíduo sobre o seu estado de saúde, a qual sofre influência do contexto cultural, social e psicoespiritual em que este indivíduo está inserido*”.³⁵

O termo QV apresenta elementos diferentes em pessoas diferentes e assume significados diferentes conforme a área de aplicação. Deve-se lembrar que o mundo capitalista entende o termo QV como sinônimo de riqueza material. No entanto, esse termo diz respeito a pontos como ergonomia, ecologia, sociologia, psicologia e saúde; ou seja, um termo de uso multidisciplinar, sem definição de consumo.^{36,37}

Dentro desse contexto, surgem instrumentos de avaliação de qualidade de vida que podem ser aplicados de maneira específica para mensurar os múltiplos aspectos de saúde física ou mental da amostra avaliada.³⁸

O conceito de qualidade de vida era delegado a filósofos e poetas; no entanto é crescente o interesse na área da saúde em transformá-lo numa medida quantitativa, cujos resultados possam ser comparados entre diversas populações, até mesmo entre diferentes patologias. A origem avaliação de qualidade de vida prende - se a instrumentos e questionários em língua inglesa. Portanto, para ser utilizado em outras línguas, deve seguir normas preestabelecidas na literatura para tradução, adequando-se a um contexto cultural específico.³⁹

Os instrumentos de avaliação de QVRS têm sido empregados em pacientes com diferentes patologias e são divididos em dois grupos: genéricos e específicos.³⁹

Os instrumentos genéricos foram desenvolvidos com a finalidade de refletir o impacto de uma doença sobre a vida de pacientes de uma ampla variedade de populações, avaliando aspectos relativos à função, à disfunção, bem como ao desconforto físico e emocional. Esses instrumentos têm a vantagem de comparar pacientes com doenças variadas com outro paciente e com a população geral. Por outro lado, os instrumentos genéricos não têm seu foco centralizado nas preocupações dos pacientes com sua doença, podendo não apresentar sensibilidade para detectar as alterações decorrentes do tratamento.³⁶

Os instrumentos específicos são usados, principalmente, para medir ansiedade e depressão, funcionamento físico, dor e fadiga. Esses domínios são particularmente importantes em pacientes com doenças crônicas ou avançadas.³⁶ A principal característica desses instrumentos é o potencial de serem sensíveis a alterações (*responsiveness*), ou seja, apresentarem a capacidade para detectar alterações após uma determinada intervenção.³⁹ Eles podem ser específicos para uma determinada função (capacidade física, sono e função sexual), para determinada população (idosos e jovens) e para determinada alteração (dor). Além disso, os instrumentos específicos têm seu foco na percepção do paciente sobre os efeitos da sua doença em relação a suas atividades diárias.³⁹

A QVRS é uma análise de todos os aspectos que merecem ser consideradas na avaliação dos pacientes, e tem se tornado uma ferramenta importante para verificar o impacto da doença, saúde e tratamento. Portanto, isso remete à necessidade de um indicador de avaliação subjetiva de saúde e de QVRS como recurso complementar para monitorar os resultados das intervenções médicas realizadas sobre os pacientes.⁴⁰

Os instrumentos de QVRS são os principais indicadores para avaliar o resultado de intervenções na saúde. Dentre eles, os questionários têm por finalidade transformar medidas subjetivas em dados objetivos que possam ser quantificados e analisados de forma global ou específica.⁴⁰

A qualidade de vida tem sido considerada uma nova dimensão da avaliação dos resultados dos tratamentos, ao lado de parâmetros tradicionalmente utilizados, como o controle de sintomas, os índices de mortalidade e o aumento da expectativa de vida.³⁷

Buss⁴¹ enfatiza quatro tarefas essenciais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção de doenças, a recuperação dos enfermos e a reabilitação, afirmando que a saúde se promove proporcionando condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, cultura física, formas de lazer e descanso.

Ainda segundo autor, vem associada à promoção da saúde a proteção específica do homem contra agentes patológicos ou o estabelecimento de barreiras contra agentes do meio ambiente. Também é apontada por ele a educação em saúde, incluindo a educação adequada dos pais, em atividades individuais ou de grupos, educação sexual e aconselhamento pré-nupcial, moradia adequada, recreação e condições agradáveis no lar e no trabalho e as orientações sanitárias nos exames de saúde.

As atividades dirigidas à transformação do comportamento dos indivíduos, focando seus estilos de vida, tais como o tabagismo e a prática de atividades físicas, também são apontadas como características de promoção da saúde.⁴¹

Buss⁴¹ ainda associa a promoção da saúde ao conjunto de atividades, processos e recursos, de ordem institucional, governamental ou de cidadania, orientados a propiciar a melhoria das condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais que favoreçam o desenvolvimento de estratégias as quais permitam à população maior controle sobre a saúde e suas condições de vida, em níveis individual e coletivo.

Muitos dos fatores retro elencados somente serão possíveis de serem alcançados com atitudes efetivadas pelo Poder Público, tais como melhorias nas condições de saneamento básico, construção de moradias, evitando-se o “favelamento”; e onde estas já se fazem presentes, ampliar os programas sociais nessas comunidades, incrementando a produção de emprego e as melhorias nos setores de Saúde e Educação.

A discussão sobre qualidade de vida, o avanço tecnológico e o advento de unidade de terapia intensiva e unidades coronarianas, com equipamentos sofisticados e pessoal habilitado, têm permitido prolongar a vida de pacientes antes irrecuperáveis. Contudo o crescimento do poder de intervenção médica não foi acompanhado de reflexão sob o impacto dessa realidade na qualidade de vida dos indivíduos, havendo a necessidade de se verificar a perspectiva do paciente na investigação da condição ou tratamento ao qual foi submetido, usando instrumentos que quantificam a percepção do indivíduo antes e depois do tratamento.

Na área da saúde, o termo qualidade de vida é empregado para mensurar os resultados das intervenções terapêuticas, e através do questionário consegue-se um conhecimento maior em relação à adaptação e à condição do paciente.²⁸

A conceituação da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) segue os aspectos envolvidos na definição genérica e a questão da doença e das intervenções em saúde. Entretanto, seu conceito é mais amplo que a definição apresentada pela OMS, pois inclui dentro da percepção de saúde física e mental, aspectos físicos, sociais e econômicos relacionados ao processo saúde-doença.¹⁹

Nesse contexto , a QVRS pode ser avaliada de forma individual, relacionando a saúde física, mental e social com os fatores de riscos e condições de saúde, exposição à doença, predisposição genética, estado funcional, suporte social e condição socioeconômica. Para avaliação de uma comunidade, devem-se considerar os recursos, as condições, as políticas e as práticas que podem influenciar a percepção de saúde e a capacidade funcional da população.

O significado de qualidade de vida está sujeito a ressignificações no decorrer da vida, pois tem relação com o contexto socioeconômico e cultural, influenciados por crenças e valores no processo saúde – doença.¹⁰

O estudo da compreensão do significado da qualidade de vida contribui para que os profissionais de saúde avaliem, elaborem programas de atendimento, priorizem cuidados à saúde de indivíduos e comunidades, condizentes com suas necessidades, e promovam participações ativas com base nos modelos de atenção à saúde integradora.⁴² Espera-se, assim contribuir para o aperfeiçoamento da intervenção integrada dessa população na perspectiva da promoção da saúde.⁵¹

A qualidade de vida relacionada à saúde expressa a evolução subjetiva e a influência do tratamento à saúde, dos cuidados sanitários e a promoção da saúde sobre a capacidade do indivíduo para atender a um nível de funcionamento que lhe

permita seguir aquelas atividades importante para seu bem - estar. Essa visão é importante para os pacientes com transtornos crônicos, que vão permanecer em uma terapia ao longo de sua vida.⁴³

A medida da qualidade de vida permite controlar os efeitos e os benefícios do tratamento e acompanhar a evolução dos pacientes.

Profissionais e gestores de saúde têm reconhecido a importância da análise da QVRS, pois ele oferece uma avaliação de qualidade e o embasamento para a tomada de decisões, seja em condutas para o cuidado individual dos pacientes, seja em decisões de política em saúde coletiva. Os objetivos do uso de medidas quantitativas incluem avaliação dos programas de saúde e alocação de recursos financeiros.¹⁹

1.2.7.1. Instrumento de avaliação da QV

Os instrumentos para avaliação da qualidade de vida, para tornarem-se úteis, necessitam possuir construto multidimensionar para se reproduzirem.

A reproducibilidade refere-se à capacidade de um instrumento obter semelhantes medidas quando utilizado repetidamente para aferir um mesmo estado clínico.²⁰

A responsividade é a garantia de que os resultados da aplicação do instrumento variam conforme a mudança da condução clínica, seja essa decorrente de evolução natural da condição de saúde ou de doença, seja pela intervenção.

A validade, para ter utilidade prática, deve seguir alguns critérios:

- Validade: refere-se ao grau que esse instrumento apresenta para medir o que se dispõe a medir;

- Validade de conteúdo: refere-se ao grau pelo qual um método de aferição inclui todas as dimensões do fenômeno a ser medido e nada mais;

- Validade de construto: refere-se o grau pelo qual determinado método de aferição demonstra que os resultados obtidos são consistentes com outras medidas de um mesmo fenômeno.⁴⁴

Surgiram vários instrumentos para avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde, com objetivo de quantificar os estados de saúde. Enfatizam os aspectos subjetivos físico, emocional e cognitivo. Os instrumentos avaliam a percepção do paciente sobre sua doença, a sua incapacidade e o seu tratamento. Considera-se a

subjetividade essencial, uma vez que o senso de bem - estar pessoal é intrínseco para QVRS. Os instrumentos são divididos em dois grupos: genérico e específicos.^{36,39}

Os instrumentos genéricos foram desenvolvidos com a finalidade de demonstrar o impacto de uma doença sobre a vida de pacientes em uma ampla variedade de populações e avaliam aspectos relativos à função, disfunção, desconforto físico e emocional. Podendo ser subdivididos em dois modos de avaliação: perfil de saúde, que avalia o estado de saúde; e medidas de *utility*, que traduzem a preferência do paciente sobre sua saúde.^{39,45}

Esses instrumentos têm a vantagem de fazer comparação com outro paciente, com doenças variadas e população geral. Entretanto, os instrumentos genéricos não têm seu foco centralizado nas preocupações dos pacientes com a sua doença, apresentando pouca sensibilidade para detectar as alterações decorrentes do tratamento.^{39,45}

Os instrumentos genéricos mais utilizados para avaliação do perfil de saúde são: Sickness Impact Profile (SIP), Nottingham Health Profile (NPH), McMaster Health Index Questionnaire (MHIQ), Rand Health Insurance Study (Rand HIS), The Medical Study 36-item Short Form Survey (SF 36). Os instrumentos de medidas de *utility* são: Time trade-off e o Standard Gamble.⁴⁵

Os instrumentos específicos são usados para mediar ansiedade, depressão, funcionamento físico, dor e fadiga. Esses domínios são importantes para pacientes com doenças crônicas avançadas. A principal característica desses instrumentos é o potencial de sensibilidade para detectar alterações após uma determinada intervenção. Além disso, os instrumentos específicos focam na percepção do paciente dos efeitos da sua doença sobre suas atividades diárias. Entretanto eles não consideram a QV global.^{36,45}

1.2.7.2 Transtornos de ansiedade e depressão e a qualidade de vida

Estudos prévios mostraram que a ansiedade e a depressão interferem diretamente na QV de pacientes submetidos à Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (CRVM), demonstrando assim que a QV não deve ser avaliada isoladamente.⁴⁶

Transtornos depressivos em pacientes com doenças coronarianas variam, de estudos a estudo, numa proporção de 30% a 50%, constituindo um fator de risco

independentemente de morbimortalidade. O diagnóstico é reconhecido com frequência em apenas 10% dos pacientes, e essa subestimativa de depressão é atribuída ao perfil atípico, a tendência observada nos médicos de interpretar os sintomas depressivos como transitórios e naturais a um evento.^{29,46}

Estudos multicêntricos randomizados estabeleceram que a depressão é uma das principais causas de morbimortalidade em pacientes com infarto agudo do miocárdio e angina estável. Demonstrou ainda uma clara associação entre depressão e fatores de risco para doenças coronarianas.^{29,46}

As manifestações somáticas da ansiedade muitas vezes têm repercussão sobre o coração, sendo que o significado simbólico investido nesse órgão explica a grande valorização de manifestações cardíacas relatadas pelo paciente.⁴⁷

O transtorno depressivo está associado com o aumento da morbidade e da mortalidade em doenças cardiovasculares , e a depressão pode ser considerada um fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardíacas, mesmo quando controlados outros fatores, além disso, costuma ter manifestações frequentes e importantes em pessoas que submeteram a revascularização do miocárdio.⁴⁷

O estresse mental, tanto na fase aguda quanto crônica, produz determinadas respostas fisiopatológicas, via sistema nervoso central, que consistem no aumento das catecolaminas, frequência cardíaca e pressão arterial, o que leva a vasoconstrição coronariana e atividade plaquetária. Os efeitos dessas respostas são modificados por fatores associados, incluindo arteriosclerose, infarto agudo do miocárdio prévio e decréscimo da função ventricular esquerda. Efeitos cardíacos podem aumentar a instabilidade elétrica e provocar arritmias. Esse evento pode levar a morte súbita devido ao aumento da demanda cardíaca por oxigênio ou diminuição da oferta de oxigênio para o miocárdio, resultando em isquemia.⁴⁷

Os pacientes que se submetem a procedimentos cirúrgicos experimentam forte angústia no período pré – operatório, e a extensão dessa angústia pode influenciar transtornos psiquiátricos prévios, como depressão, ansiedade e outros. A incidência varia de 11 % a 80% entre pacientes adultos.⁴⁸

A ansiedade e a depressão no pré - operatório podem levar a reações que resultam no aumento do consumo de anestésicos durante o período intraoperatório e na demanda por anestésicos no pós-operatório. Além disso, a ansiedade e a depressão podem ter influência no sistema imunológico e no desenvolvimento de infecções, possibilitando outras alterações em longo prazo.⁴⁸

Os transtornos depressivos e ansiosos estão associados ao aumento da morbidade e da mortalidade em doenças cardiovasculares.⁴⁷ Além de a depressão ser considerada um fator de risco para o desenvolvimento de doença cardiovascular. Em razão do aparecimento desses quadros, necessário se faz que o pós-operatório seja uma fase de acompanhamento aos pacientes pelos profissionais de saúde, para que não se sintam abandonados, rejeitados, esquecidos ou carentes em seus tratamentos e necessidades no pós-operatório.

A limitação física está presente no período pós-cirúrgico, pois se estabelece uma nova circulação para o miocárdio que estava infartado, e este miocárdio será submetido a uma carga de trabalho gradativa, de acordo com sua tolerância.^{49,50}

A incidência da doença coronariana em todos os segmentos sociais tem sido atribuída, entre outros fatores, ao estresse gerado pela competição em todos os níveis e pela mobilidade social vertical mais intensa em ambos os sentidos; no entanto, é preciso captar a significação simbólica da situação vivenciada em nível individual, pois a definição do evento como estressante depende da personalidade do indivíduo.^{49,50}

Caracterizando a personalidade do paciente coronariano, pode-se dizer que ele é compulsivo; trabalha longas horas; não tira férias do trabalho; não gosta de dividir responsabilidades; tem tendência à depressão, que raramente é admitida; minimiza os sintomas; é descuidado consigo próprio.

Alterações emocionais são comuns nessa fase, sendo as mais frequentes a negação da doença a ansiedade e a depressão. A negação pode ser considerada um mecanismo de defesa interpretada como mecanismo para rejeitar a doença, reduzindo a ansiedade.^{50,51}

A ansiedade é a apreensão deflagrada por uma ameaça, que pode ser à vida física (ameaça de morte) ou à existência psicológica (perda de liberdade, inexpressividade).^{50,51}

1.2.7.3 Educação em saúde no processo de qualidade de vida

A educação em saúde é considerada atenção à saúde de forma holística, em que o indivíduo e o profissional de saúde participam do processo educacional visando à saúde.

A educação em saúde, historicamente no Brasil, foi marcada por normatizações, revoltas e movimentos sociais, onde se entendia que os problemas de saúde estariam relacionados a comportamentos e atitudes da sociedade, e para adequar-se, as ações eram realizadas passando - se por cima da vontade individual. Nesse contexto, enfatizaram-se as campanhas de vacinação realizadas nas escolas, onde os alunos eram colocados em filas únicas, para serem submetidos à imposição do ato de vacinação, criando barreira entre o que era educação , doenças e ações de saúde, pois o indivíduo aprende a não ter domínio sobre a situação que o leva à doença.

As transformações do cotidiano na questão da educação em saúde começam a surgir quando a sociedade passa a ter voz, pois até então predominava exclusão gerada pelo capitalismo, modelo de políticas de saúde e aspectos evolutivos focados na ação curativa e não no processo preventivo.⁵²

A gestão da educação em saúde pelos profissionais baseia-se nas ações do cotidiano, promovendo a autonomia dos sujeitos. O trabalho educativo deve ser um processo contínuo, em que possamos avaliar o resultado, “entendendo-se como conjunto de práticas e saberes do setor da saúde” estabelecido pela sociedade e pelo Estado, através de grupos sociais. Entretanto a educação em saúde pode ainda ser um instrumento de luta política para a melhoria das condições de vida e saúde.

52

A educação em saúde deve permitir que os indivíduos tivessem autonomia e responsabilidade de lidar com seus próprios problemas de saúde, relacionando o direito da saúde com as condições de saúde, tomando consciência para a mudança da doença para a saúde.

O papel do educador é garantir uma relação compartilhada de valores e crença do indivíduo no processo educativo, sem reproduzir uma relação de autoridade entre o educador e educando e buscando métodos pedagógicos de transmissão de conhecimento através da participação social, movimentos sociais que contribuíam para defesa de seus interesses, autonomia do sujeito e crítica do saber médico.

No modelo Hegemônico assistencial, o educador tem o papel de disseminar conhecimento através de informações, visando a promover uma decisão sobre os riscos de saúde, e o sujeito tem total responsabilidade sobre ela. ⁵²

O comportamento pessoal como fator de risco é baseado na orientação humanista e na aprendizagem participativa, cabendo ao educador contribuir para o desenvolvimento da personalidade do indivíduo, mediante suas potencialidades comunicativas, e prover ações autônomas pelo indivíduo. Encontramos, na prática assistencial, métodos educativos de saúde por meio de folhetos e cartilhas formatadas de conhecimento, o que foge à lógica da necessidade e interesse da população por meio da interseção entre educador e educando.

No processo, a prática assistencial comprehende nela a necessidade de transformação e formação de profissionais de saúde que busquem, no campo da ciência, conhecimento de tecnologia leve do trabalho em saúde; práticas de acolhimento, vínculo e autonomização expressa como processo de relações de interseção partilhada (usuário e trabalhador) como produção e satisfação de necessidade. Considerando - se que o direito a saúde é uma busca coletiva do usuário e do trabalhador em saúde, esse constitui um elo mútuo de reconhecimento de direitos e deveres e promove um processo de decisão que possibilita intervenções em torno do usuário final.⁵²

“A integralidade da atenção à saúde, entendida como: o homem é ser integral, biopsicossocial e que deverá ser atendido por um sistema como uma visão integral voltado a promover, proteger e recuperar a saúde” (Lei 8080/90), vem nortear a educação permanente, porque direciona o trabalho da saúde, as relações do sistema, sem limite entre as disciplinas a trabalho em equipe, multidisciplinar, através do diálogo entre os profissionais da área da saúde para solução de um problema.⁵³

A educação em saúde é um processo e que a comunidade aceita ou rejeita novas informações, novos comportamentos frente a um problema de saúde. No entanto pretende - se com a educação em saúde fazer com que as pessoas considerem a saúde um valor, estimulando - as a alcançarem saúde através de seus próprios esforços e ações.

Contudo, as doenças cardiovasculares bem como seus fatores de risco, são elementos que interferem na qualidade de vida, e assim, cabe um desafio aos profissionais da saúde, no sentido de aprimorar os indicadores, buscando métodos científicos de educação em saúde que promovam medidas que vise minimizar ou eliminar fatores risco modificáveis e com isso contribuir na qualidade de vida da população. Consolidando a esses, um compromisso firmado por princípios éticos e

morais. Pesquisa, Educação e Saúde constituem um trinômio que não deve ser deixado de lado pelos Profissionais de Saúde, pois a pesquisa é comparada a uma dízima periódica, ou seja, deve-se prolongar no tempo, visando o objetivo concreto a ser alcançado. Estes são os desafios propostos aos Profissionais de Saúde do Século XXI.

Um estudo ⁵⁴ aponta a educação em saúde como estratégia de envolvimento capaz de promover a qualidade de vida em idosos, através do envolvimento da família, dos profissionais de saúde e do próprio idoso, através de programa de saúde. Para os autores uma comunidade saudável seria aquela capaz de identificar e entender os determinantes e condicionantes das desigualdades e contruindo meios para superá-los de modo a promover a integração dos idosos com toda a sociedade.

2 OBJETIVOS

2.2 Geral

Determinar o impacto da cirurgia de revascularização do miocárdio na qualidade de vida dos pacientes.

2.2. Específicos

- Comparar a qualidade de vida antes e após a intervenção cirúrgica.
- Determinar os domínios na qualidade de vida que são mais afetados pela revascularização.
 - Analisar o item “dor, antes e após intervenção”.
 - Comparar as variáveis sociodemográficas e clínicas aos domínios da qualidade de vida, antes e após revascularização do miocárdio.
 - Comparar as variáveis sociodemográficas e clínicas aos aspectos de depressão e ansiedade, antes e após revascularização do miocárdio.

3. CASUÍSTICA E MÉTODO

Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, com delineamento descritivo e exploratório. Realizou-se segundo os critérios detalhados abaixo:

3.1 Período de estudo

O estudo foi desenvolvido no período do 2º semestre de 2011 ao 1º semestre de 2012.

3.2 Local da Pesquisa e População

O estudo foi desenvolvido no ambulatório de especialidade do Hospital Santa Lucinda (HSL), interior de São Paulo, localizado no município de Sorocaba – SP; atende pacientes procedentes da Divisão Regional de Saúde (DRS) XVI que compreende ao todo 48 municípios, totalizando uma população de aproximadamente dois milhões, duzentos e quarenta dois mil e oitocentos e dezesseis mil habitantes conforme demonstramos na tabela abaixo:

DRS XVI – CONTAGEM DA POPULAÇÃO EM 2010

1	ALAMBARI	4.884
2	ALUMÍNIO	16.839
3	ANGATUBA	22.210
4	APIÁI	25.191
5	ARAÇARIGUAMA	17.080
6	ARAÇOIABA DA SERRA	27.299
7	BARRA DO CHAPÉU	5.244
8	BOITUVA	48.314
9	BOM SUCESSO DE ITARARÉ	3.371
10	BURI	18.563
11	CAMPINA DO MONTE ALEGRE	5.567
12	CAPÃO BONITO	46.178
13	CAPELA DO ALTO	17.532
14	CERQUEIRAS	39.617
15	CESÁRIO LANGE	15.540
16	GUAPIARA	17.998
17	GUAREI	14.565
18	IBIÚNA	71.217
19	IPERÓ	28.300
20	ITABERÁ	17.858
21	ITAÓCA	3.228
22	ITAPETININGA	144.377
23	ITAPEVA	87.753
24	ITAPIRAPUÃ PAULISTA	3.880

Fonte: IBGE.⁵⁵

25	ITARARÉ	47.934
26	ITU	154.147
27	JUMIRM	2.798
28	MAIRINQUE	43.223
29	NOVA CAMPINA	8.515
30	PIEDEADE	52.143
31	PILAR DO SUL	26.406
32	PORTO FELIZ	48.893
33	QUADRA	3.236
34	RIBEIRA	3.358
35	RIBEIRÃO BRANCO	18.269
36	RIBEIRÃO GRANDE	7.422
37	RIVERSUL	6.163
38	SALTO	105.516
39	SALTO DE PIRAPORA	40.132
40	SÃO MIGUEL ARCANJO	31.450
41	SÃO ROQUE	78.821
42	SARAPUI	9.027
43	SOROCABA	586.625
44	TAPIRAI	8.012
45	TAQUARIVAI	5.151
46	TATUÍ	107.326
47	TIETE	36.835
48	VOTORANTIM	108.809
	TOTAL	2.242.816

3.3 Sujeitos

Critérios de Inclusão

Fizeram parte desta amostra pacientes atendidos no pré-operatório e após dois meses do pós-operatório de cirurgia cardíaca de revascularização do miocárdio, correspondente a fase 2 de reabilitação. Esta fase tem como objetivo o aprimoramento da condição física e necessidade de promoção de bem-estar (melhora da qualidade de vida), contribuindo para a redução do risco de complicações clínicas.⁵⁶

- Ambos os sexos;
- Idade superior a 18 anos
- Que concordaram em participar da pesquisa após ciência e assinatura do Termo Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). (Apêndice A)

Critérios de Exclusão

Foram excluídos desta pesquisa pacientes que não apresentaram capacidade de compreensão e comunicação.

3.4 Aspectos Éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde – PUC/SP sobre protocolo 1401 e nº 781/2011.

3.5 Processo de Amostragem

Foram arrolados para este estudo 78 pacientes que apresentaram todos os critérios de inclusão, durante o período estipulado.

3.6 Coletas de Dados

Para levantamento da produção científica, foram arrolados artigos produzidos no período compreendido pelos últimos dez anos, nos idiomas português, espanhol e inglês, sendo utilizadas as seguintes bases de dados: Medline - Bases de Dados da literatura internacional produzida pela National Library of Medicine; Lilacs – Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, é uma base de

dados cooperativa do sistema Bireme. Foram utilizados os seguintes descritores: Qualidade de vida e revascularização do miocárdio.

Para coleta de dados os pacientes foram convidados a participar do estudo nos dias agendados para consulta ambulatorial. De forma individual , após indicação de cirúrgica RM e antes da avaliação pré-operatória. A pesquisadora esclareceu aos pacientes que o estudo possui duas etapas e que entraria em contato com os mesmo para agendar a próxima coleta.

- Primeira etapa: Foi utilizada a técnica de entrevista para obtenção dos dados sociodemográficos e clínicos que inclui: gênero, idade, situação conjugal, escolaridade, doenças crônicas prévias, hábitos de fumo, números de artérias comprometidas índice de massa corpórea, e pesquisa em prontuário para completar informações referentes a caracterização clinica e resultados de exames (Apêndice B).

Para avaliação da qualidade de vida, as entrevista foram norteadas pelos instrumentos SF-36 e o Macnew e para avaliação dos níveis depressões o Inventário de Depressão Beck e ansiedade utilizado instrumento IDATE Estado e Traço.

- Segunda etapa: A pesquisadora entrava em contato com paciente e agendava o retorno após dois meses da cirúrgica, aplicando novamente os instrumentos para avaliação da qualidade de vida, depressão e ansiedade.

- Terceira etapa: Na ausência no retorno agendado na segunda etapa, a pesquisadora entrava em contato telefônico, solicitando concordância em se obter os dados através da visita domiciliar.

Esse período de dois meses foi estipulado levando em consideração que, antes disso, logo após a cirurgia, o paciente tende a passar por consultas hospitalares regulares e dor, gerando estresse e podendo interferir nos resultados.

3.7 Instrumentos de avaliação qualidade de vida.

3.7.1 The Medical Outcomes Study 36 – item Short Form Health Survey (SF36 versão curta) – (Anexo A)

O instrumento é composto por um questionário multidimensional, formado por 36 itens com autorrelato, empregando técnica de entrevista estruturada, guiada pelo o emprego de um instrumento genérico. The Medical Study 36- item Short- From

Health Survey (SF-36), foi criado para ser um instrumento genérico de avaliação de saúde, tendo sido validado, em 1997, por Ciconelli.⁴⁰

O SF - 36 (Medical Outcomes Study 36 – Item Short – Form Health Survey) é um instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida, de fácil administração e compreensão. Esse instrumento avalia os aspectos negativos da saúde (doença ou enfermidade) e os aspectos positivos (bem-estar). É um questionário multidimensional formado por 36 itens, englobando oito escalas ou domínios:

- Capacidade funcional (corresponde a 10 itens), que avaliada à capacidade e às dificuldades do indivíduo em executar atividades comuns do seu dia a dia, como aptidão para cuidar-se e subir escadas;
- Limitação por aspectos físicos (4 itens), dimensão que reflete a ocorrência de problemas no trabalho ou nas atividades diárias do indivíduo, indicada pelo impacto da saúde física, como dor ;
- Estado geral de saúde (5 itens), assinalado pela percepção e expectativas do indivíduo em relação a sua saúde;
- Vitalidade (4 itens) reflete a percepção do indivíduo em relação a sua disposição em realizar tarefas do cotidiano que correspondam ao reflexo da condição de saúde nas atividades sociais nos últimos acontecimentos;
- Aspectos emocionais (3 itens) condições que reflete a ocorrência de problemas no trabalho ou em casa, decorrentes de problemas emocionais como depressão e ansiedade;
- Saúde mental (5 itens) , explicitada pela escala do humor e bem- estar frente aos últimos acontecimentos.

A oitava escala não está relacionada à avaliação das dimensões e sim à percepção do indivíduo frente ao seu estado de saúde atual, quando comparado há um ano.

Cada dimensão é analisada separadamente, e sua pontuação varia de 0 a 100, sendo que 0 reflete o pior estado geral de saúde e 100 o melhor estado geral de saúde.³⁵

3.7.2 Instrumento “Macnew Heart Disease Health Related Quality of life Questionnaire” (Anexo B)

Considerado um instrumento específico para pacientes coronariopatas com angina e/ou infarto, “Macnew Heart disease Health - related Quality of Life Questionnaire” tem se mostrado válido, confiável e responsivo para medida de qualidade de vida sob forma de entrevista ou de autorresposta. Este instrumento é também chamado por QLMI.^{27,57,58}

O Macnew consiste em 27 itens distribuídos em três diferentes domínios: função física (escala de 13 itens), função emocional (escala com 14 itens) e função social (escala com 13 itens), sendo que um item pode fazer parte de mais de mais um o domínio.^{29,59}

- Função física é composto por itens exclusivos da função física (9,14,16, 19,27) físico/emocional (item 6), físicos sociais (17,20,21,24,25,26) e físico/emocional/social o (item 12);
- Função emocional é constituída pelos (itens 1,3,4,5,7,8,10,18,) físico/emocional (item 6), emocionais/sociais (itens 2,13,15,23) e físico/emocional/social (item 12);
- Função Social são compostos pelos itens (11,22), físicos/sociais (17,20,21,24,25,26), emocionais/sociais (2,13,15,23) e físico/emocional/social (12).

Os itens relacionados aos sintomas são: angina, dor torácica, dispneia, fadiga, tonturas e dor nas pernas.

Cada item é composto por uma escala de resposta tipo likert com escore que variam de 1 a 7 pontos. Sendo que maiores escore indicam melhor qualidade de vida.

O tempo do instrumento comprehende duas semanas prévias, projetadas para avaliar como as atividades diárias e o desempenho físico, emocional e social são afetados pela doença coronariana e seu tratamento. Inclui itens relacionados aos domínios físico, psicológico e social. No entanto destaca-se que esse instrumento não foi desenvolvido com base em modelo conceitual de qualidade de vida. À respeito disso, os estudos atuais se apoiam no desenvolvimento de instrumentos de avaliação de qualidade de vida genéricos e específicos, sem, contribuir para o desenvolvimento de uma estrutura conceitual para a construção de qualidade de vida ou incorporação de novos modelos teóricos.⁵⁹

O instrumento foi elaborado por meio de entrevistas com os pacientes, considerando-se itens que lhes causavam preocupações e classificando-os de (não muito importante) a cinco (extremamente importante). Um “escore de impacto” de

cada item foi calculado multiplicando-se a frequência de itens que foram classificados como importantes pelo número de pacientes que o classificou como de sua preocupação e pelo escore médio obtido para aquele item. Os itens com os escores mais altos foram selecionados para compor a versão final. Os Itens dos instrumentos originais foram conceituados em cinco domínios (sintomas, restrições, confiança, autoestima e emoção).⁵⁸

No Brasil, este instrumento foi traduzido e adaptado por Benetti et al.⁵⁵ e validado por Nakajima.⁵⁷

3.8 Instrumentos de avaliação de depressão e Ansiedade

3.8.1 Inventário de Depressão de BECK- (Anexo C)

Para que os dados não sejam influenciados por outros fatores clínicos psicológicos, foi utilizado o instrumento “Inventário de Depressão de Beck”. O inventário de depressão de Beck foi traduzido em português e validado por Gorenstein e Andrade em 1996. É uma medida de autoavaliação de depressão usada tanto em pesquisa como em clínica, sendo traduzido para vários idiomas inclusive em português, e validado em diferentes países.^{29,60,61}

A escala original consiste em 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de 0 a 3. Os itens referem-se à tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, punição, autodepreciação, autoacusações, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática, diminuição de libido.⁶¹

Na pontuação total, os escores de até 9 pontos significam ausência de depressão ou sintomas depressivos mínimos; de 10 a 18 pontos, depressão leve a moderada; de 19 a 29 pontos, depressão moderada a grave; e de 30 a 63 pontos, depressão grave. Apesar de não haver um ponto de corte, os estudos propõem que, em se obtendo 21 pontos ou mais, pode-se considerar a existência de depressão clinicamente significativa.²⁷

Cada categoria contém quatro ou cinco alternativas, que expressam níveis de gravidade dos sintomas depressivos.⁶¹

3.8.2 Inventário de Ansiedade Traço-Estado (STAIT-TRAIT ANXIETY INVENTORY – IDATE) - (Anexo D)

Este instrumento, utilizado para avaliação de ansiedade, foi traduzido e validado em português por Biaggio e Natalício, em 1979. Trata-se de um questionário de autoavaliação composto de duas escalas, elaboradas para medir dois conceitos de ansiedade estado de ansiedade e traço de ansiedade.^{29,62}

O estado de ansiedade é conceituado como um estado emocional transitório ou condição do organismo humano, caracterizado por sentimentos desagradáveis de tensão e apreensão percebidos e acompanhados de aumento na atividade do sistema nervoso autônomo. Os escores nesse estado podem variar a intensidade.

O traço de ansiedade refere-se à propensão à ansiedade, ou seja, uma tendência a reagir a situações percebidas como ameaçadoras com elevações de intensidade, envolvendo de experiências passadas.

Os conceitos de estado e traço de ansiedade podem ser considerados como análogos em relação à energia cinética e energia potencial, sendo que o estado de ansiedade a reação em um momento particular no tempo e a um nível de intensidade. O traço de ansiedade, como energia potencial, indica diferenças na força de uma disposição para manifestar certo tipo de reação.²⁹

Cada escala consiste de 20 afirmações de 4 pontos (1 a 4) em que o indivíduo indica a intensidade daquele momento (IDATE-Estado) ou a frequência com que ocorre (IDATE –Traço) . O escore total de cada escala varia de 20 a 80, sendo que os valores mais altos indicam maiores níveis de ansiedade.²⁹

3.9 Operacionalização da coleta dos Dados

Os dados foram coletados o 2º semestre de 2011 ao 1º semestre de 2012, pela pesquisadora, e transportados a uma planilha de dados do Excel for Windows versão 6.0, e em seguida submetidos aos métodos estatísticos.

3.10 Métodos Estatísticos

A Estatística descritiva foi utilizada para caracterização da amostra em relação aos dados sóciodemográficos, clínicos e aos escores dos instrumentos, elaboração das tabelas de frequência, medidas de posição (média, mediana, mínima, máxima e desvio padrão). Para comparar as duas variáveis entre os dois

períodos, pré e pós - operatório foi utilizado o teste "t de Student",⁶³ para dados em par de médias, por sua vez, para analise das variáveis classificadas em três categorias ou mais, utilizou-se a análise de variância para medidas repetidas. Os níveis de significância foram fixados em 0,05 ou 5%. A confiabilidade das medidas de qualidade de vida, depressão e ansiedade para a mostra foi analisada pela consistência interna dos itens e domínios, utilizando-se o coeficiente alfa de cronbach (valores >0,70 foram considerados aceitáveis)⁶⁴

4 RESULTADOS

A amostra foi constituída predominantemente por homens (67%), com média de idade de 60 anos ($\pm 8,08$) anos e variação entre 40 a 71 anos. Quanto ao estado civil, 56 (72%) eram casados e 43 (55%) tinham ensino fundamental incompleto. (Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição das características sociodemográficas dos pacientes submetidos à revascularização do miocárdio (n=78). SOROCABA, 2012.

Variável	N*	%**
Gênero		
Masculino	52	67
Feminino	26	33
Idade		
40 a 50 anos	12	15
51 a 60 anos	27	35
61 a 70 anos	30	38
71 ou mais anos	9	12
Estado Civil		
Solteiro	3	4
Casado	56	72
Viúvo	10	13
Separado	6	8
Convivente	3	4
Escolaridade		
Não Alfabetizado	3	4
Fundamental	18	23
Fund. Incomp.	43	55
Médio	14	18

*N: número absoluto ; **%: frequência

Em relação às características clínicas e aos fatores de risco, a hipertensão arterial predominou em dos sujeitos (77%); seguido de sobrepeso (72%), tabagismo pregresso(64%), dislipidemia (58%) e diabetes mellitus (38%). Verificou-se que 67% da população tinham diagnóstico de infarto agudo do miocárdio prévio, 62% possuíam três ou mais artérias comprometidas e 77% não tinham lesão de tronco (Tabela 2).

A informação sobre a Fração de Ejeção (FEVE) foi analisada por meio dos dados do ecocardiograma, realizado no último ano, sendo encontrado em apenas 68 dos 78 indivíduos representando 87%.

Foi observada FEVE abaixo do valor considerado limítrofe para a normalidade(igual ou inferior a 50) em 12 indivíduos (18%) e > 50% em 88 (82%). Os casos com disfunção ventricular sistólica apresentaram FEVE de 42% e na disfunção diastólica FEVE de 60% em 54 e 77% dos pacientes, respectivamente.

Tabela 2: Distribuição das características clínicas de pacientes submetidos à revascularização do miocárdio (n= 78). SOROCABA, 2012.

Variável	N	%
HAS*		
Sim	60	77
Não	18	23
Dislipidemia		
Sim	45	58
Não	30	38
Não Respondeu	3	4
Tabagismo		
Sim	50	64
Não	28	36
IAM **Prévio		
Sim	52	67
Não	26	33
Nº de Artérias		
Uma	5	6
Duas	25	32
Três ou mais	48	62
Diabetes Mellitus		
Sim	30	38
Não	48	62
IMC***		
Peso Ideal	14	18
Sobrepeso	40	51
Obesidade leve	17	22
Obesidade moderada	5	6
Obesidade mórbida	2	3

*N: número; **%: frequência; *HAS:Hipertensão Arterial Sistêmica;

IAM: Infarto do Miocárdio; * IMC: índice de massa corpórea.

Em relação aos sinais e sintomas do último mês ao início da coleta de dados, verificou-se que 31 dos sujeitos informaram ocorrência de precordialgia (40%); (35%) dispnéia e precordialgia; e (9%) dispnéia. Os demais sintomas: arritmia, edema e síncope estavam presentes (16%) dos pacientes.

As medidas de QVRS, com a aplicação do instrumento específico Macnew e instrumento genérico SF 36, estão apresentadas na tabela 3 e 4. Na análise dos

dados obtidos através do questionário Macnew destaca-se que o domínio social teve a menor pontuação – ($3,03 \pm 1,91$) e a maior pontuação foi o domínio emocional ($5,66 \pm 0,92$), antes da intervenção.

Em relação ao instrumento SF 36 , a menor pontuação foi em relação ao domínio aspectos físicos ($13,46 \pm 30,87$) e capacidade funcional ($48,14 \pm 44,75$). Quando comparados no pré e pós- operatório, os escores dos instrumentos de qualidade de vida apresentaram melhora significativa em todos os domínios ($p < 0,05$).(Tabela 5 e 6)

Tabela 3: Análise descritiva dos domínios do instrumento Macnew dos pacientes submetidos a RM (n=78). SOROCABA, 2012.

McNew	Domínios McNew				p Valor	
	Pré-Cirurgia		Pós-Cirurgia			
	Média	DP*	Média	DP*		
Físico	4,90	1,35	5,80	1,02	<0,001	
Emocional	5,66	0,92	5,08	0,61	<0,001	
Social	3,03	1,91	3,69	1,66	<0,001	
Global	4,60	0,12	5,57	0,82	<0,001	

*DP: desvio padrão

Tabela 4: Média dos escores dos domínios McNew obtidos neste estudo e em outras pesquisas. SOROCABA, 2012.

Domínios	Neste estudo		Guedes (2007)		Hofer et al (2006)	Nakajima (2006)	Saccomann (2009)
	PRÉ CIRÚRGICO	PÓS-CIRURGICO	PRÉ CIRÚRGICO	PÓS-CIRURGICO			
Físico	4,90	5,80	3,75	4,26	4,63	4,90	5,84
Emocional	5,66	5,08	3,48	4,14	4,99	4,90	5,90
Social	3,03	3,69	3,50	3,84	4,85	4,70	5,60
Global	4,60	5,57	5,57	5,60	4,80	4,90	5,78

* Pacientes com IM em tratamento clínico

** Pacientes com IM com ou sem RM

*** Pacientes com IM com RM

Tabela 5: Análise descritiva dos domínios do instrumento SF-36 para os pacientes submetidos a RM (n=78). SOROCABA, 2012.

Escala	Pré-Cirurgia		Pós-Cirurgia		p-valor
	Média	DP*	Média	DP	
Capacidade Funcional	48,14	27,76	69,87	23,35	<0,001
Aspectos Físicos	13,46	30,87	34,94	44,75	0,002
Dor	60,19	33,66	70,22	28,15	0,024
Estado Geral de Saúde	67,12	22,78	80,38	20,91	<0,001
Vitalidade	55,13	29,60	77,82	22,70	<0,001
Aspectos Sociais	71,63	33,14	88,94	22,61	<0,001
Aspectos Emocionais	54,27	47,78	69,66	45,96	0,044
Saúde Mental	67,08	24,96	82,00	18,63	<0,001

. *DP: desvio padrão

Tabela 6: Média dos escores dos domínios McNew obtidos neste estudo e em outras pesquisas. SOROCABA, 2012.

Domínios	Neste estudo		Melo et al (2007)		Goés et al (2009)	
	PRÉ-CIRÚRGICO	PÓS-CIRURGICO	PRÉ-CIRÚRGICO	PÓS-CIRURGICO*	PRÉ-CIRÚRGICO	PÓS-CIRÚRGICO*
Capacidade Funcional	48,14	69,87	45,96	73,36	42,50	74,20
Aspectos Físicos	13,46	34,94	19,74	54,06	17,10	62,00
Dor	60,19	70,22	53,25	74,68	49,10	66,60
Estado Geral de Saúde	67,12	80,38	56,65	59,37	58,10	72,00
Vitalidade	55,13	77,82	48,26	61,74	53,90	68,90
Aspectos Sociais	71,63	88,94	58,71	79,09	57,40	72,70
Aspectos Emocionais	54,27	69,66	34,73	58,26	40,10	65,40
Saúde Mental	67,08	82,00	54,58	68,63	53,00	65,80

* Pacientes pós-cirúrgico 6 meses

Este estudo não tinha como objetivo avaliar a ansiedade e depressão, entretanto estudos apontam que essas variáveis interferem na QVRS.³³ Assim sendo, verificou-se a depressão e ansiedade apresentaram melhora dos escores , utilizando o instrumento Inventário Depressão Beck, que mensura os níveis depressão e Idate Estado e Traço, que mensura os níveis de ansiedade. Na tabela 7 e 8 observa-se melhora significativa dos escores em relação ao nível de depressão e ansiedade no pós-operatório de RM.

Tabela 7: Análise descritiva do Inventários de Depressão de Beck para pacientes submetidos a RM (n=78). SOROCABA,2012.

Escala	Escala Depressão Beck				p-valor	
	Pré-Cirurgia		Pós-Cirurgia			
	Média	DP	Média	DP		
	8,49	6,87	5,01	6,61	<0,001	

* DP: desvio padrão

Tabela 8: Análise descritiva dos domínios do Idate para pacientes submetidos a RM (n=78). SOROCABA, 2012.

Idate	Dimensões				p Valor	
	Pré-Cirurgia		Pós-Cirurgia			
	Média	DP	Média	DP		
Idate Estado	36,77	0,92	32,54	0,74	<0,001	
Idate Traço	37,63	1,14	34,04	0,97	<0,001	

* DP: desvio padrão

A confiabilidade dos instrumentos, medida pelo alpha de Cronbach, mostrou-se satisfatória com valores alpha acima de 0,77 (Tabela 9)

Tabela 9: Valores do coeficiente alpha de Cronbach dos instrumentos obtidos nesse estudo . SOROCABA, 2011-2012.

Instrumentos Global	Alpha de Cronbach	
	PRÉ-CIRÚRGICO	PÓS- CIRÚRGICO
Macnew	0,89	0,84
SF-36	0,91	0,91
Idate estado	0,80	0,81
Idate traço	0,80	0,77
Beck	0,80	0,86

A prevalência da angina causa impacto significativo na qualidade de vida.Com base nisso, foi analisado o item dor de ambos instrumentos (tabela 10). Para o Macnew as médias no pré e pós- operatório foram de ($5,05/6,25 \pm 2,10$) e no instrumento SF -36 a pontuação foi de ($60,19 \pm 33,66$) no pré- operatório para ($70,22 \pm 28,15$) no pós-operatório. Ambos apresentaram melhora significativa dos escores após a de revascularização do miocárdio.

Tabela 10: Análise descritiva do item “dor” dos instrumentos SF 36 e Macnew, para pacientes submetidos a RM (n=78). SOROCABA, 2012.

Dor	PRÉ-CIRÚRGICO		PÓS- CIRURGICO	
	MÉDIA	DP	MÉDIA	DP
Macnew	5,05	0,238	6,25	2,10
SF - 36	60,19	33,66	70,22	28,15

. *DP: desvio padrão

p<0,001

O instrumento Macnew tem se mostrado válido, confiável e responsivo para medida de qualidade de vida para pacientes coronariopatas com angina e/ ou infarto e foi escolhido pela sua especificidade em fazer comparação dos seus domínios com variáveis sociodemográficas e clínicas.

Quando realizadas comparações entre pré e pós - operatório dos domínios físico, emocional, social e global, apenas os domínios social e global apresentaram dados estatísticos significantes em pacientes com infarto agudo do miocárdio prévio com média de ($2,46 \pm 1,64$) ($p>0,05$).

As demais variáveis com os domínios do instrumento Macnew, não apresentaram níveis de significância estatística, apontando apenas interação entre alguns domínios e variáveis, sendo eles: relativamente os domínios físicos entre a HAS predominaram as médias ($4,77 \pm 1,29$) no pré e no pós - operatório apresentou a variável entre ($5,67 \pm 1,08$). O domínio emocional apresentou interação entre a variável com relação ao gênero feminino, cujas médias foram ($4,25 \pm 1,15$) para pré-operatório e ($4,85 \pm 0,90$) no pós- operatório; pacientes com HAS com as médias ($4,56 \pm 0,94$) pré-operatório e ($5,09 \pm 0,67$) para pós-operatório; IAM prévio com as médias no pré-operatório ($4,56 \pm 0,96$) e ($5,12 \pm 0,52$) no pós- operatório; pacientes não alfabetizados com as médias no pré-operatório ($3,42 \pm 2,08$) e ($4,04 \pm 2,01$) no pós- operatório e pacientes dislipidêmicos com as respectivas médias no pré e pós-operatório entre ($4,44 \pm 0,96$ / $4,95 \pm 0,75$).

No domínio global houve interação entre a variável do gênero feminino com as médias no pré e pós-operatório ($4,23 \pm 1,28$ / $5,27 \pm 0,95$) e ensino fundamental incompleto no pré-operatório ($4,63 \pm 1,02$) e ($5,58 \pm 0,65$) no pós- operatório. Essas variáveis apresentaram maiores benefícios na QVRS (tabela 11, 12, 13 e 14).

Outra interação encontrada foi em relação ao nível de depressão, onde a média no pré e pós-operatório apontou respectivamente ($9,96 \pm 6,79$ / $6,04 \pm 7,51$) em

pacientes dislipidêmicos. Os níveis de ansiedade com maiores níveis de redução analisados no Idate estado e traço apresentaram interação no Idate estado em pacientes com 61 a 70 anos com média ($37,10 \pm 9,44$ / $30,67 \pm 6,33$) e Idate- traço em pacientes com obesidade leve média ($38,00 \pm 9,63$ / $31,75 \pm 10,13$), gênero feminino média ($41,42 \pm 13,09$ / $37,65 \pm 11,71$) Conforme mostra a tabela 15,16 e 17.

Tabela 11: Comparação entre o domínios físico do McNew e as variáveis sociodemográficas e clínicas em pacientes submetidos a RM (n=78). SOROCABA, 2012.

DIMENSÃO FÍSICO						
GÊNERO	Pré-operatório		Pós-operatório		Pré x Pós-Operatório *	Gênero x Físico**
	N	MÉDIA	DP	MÉDIA	DP	Gênero***
Feminino	26	4,61	1,60	5,36	1,28	p<0,001
Masculino	52	5,04	1,20	6,03	0,79	p=0,418
Total	78	4,9	1,35	5,8	1,01	p=0,270
IDADE						
40 a 50 anos	12	4,78	1,23	5,90	1,02	
51 a 60 anos	27	5,05	1,36	6,07	0,81	
61 a 70 anos	30	4,85	1,30	5,63	0,99	p<0,001
71 ou mais anos	9	4,76	1,83	5,47	1,53	p=0,751
Total	78	4,90	1,35	5,80	1,01	p=0,592
ESCOLARIDADE						
Não Alfabetizado	3	3,87	1,47	4,93	2,14	
Fundamental	18	4,54	1,29	5,58	1,15	
Fund. Incompleto	43	4,99	1,39	5,78	0,92	p<0,001
Médio	14	5,29	1,23	6,36	0,63	p=0,818
Total	78	4,90	1,35	5,80	1,01	p=0,077
HAS						
Sim	60	4,77	1,29	5,67	1,08	
Não	18	5,31	1,52	6,27	0,59	p<0,001
Total	78	4,90	1,35	5,80	1,01	p=0,845
						Gênero***
DISLIPIDEMIA						
Sim	45	4,80	1,44	5,69	1,06	
Não	30	5,01	1,23	5,99	0,93	p<0,001
Desc.	3					p=0,760
Total	78	4,88	1,35	5,81	1,01	p=0,289
TABAGISMO						
Sim	50	4,76	1,29	5,76	0,91	
Não	28	5,15	1,45	5,89	1,20	p<0,001
Total	78	4,90	1,35	5,80	1,01	p=0,337
						p=0,295
IAM Prévio						
Sim	52	4,72	1,32	5,68	1,03	
Não	26	5,26	1,37	6,05	0,97	p<0,001
Total	78	4,9	1,35	5,8	1,01	p=0,517
						p=0,070
Nº ARTERIAS						
						Pré x Pós-Operatório *
Uma	5	5,52	1,96	5,24	1,55	
Duas	25	4,89	1,47	5,79	1,10	
Três	47	4,82	1,24	5,86	0,92	p<0,001
4 ou mais	1	5,80	0,00	6,60	0,00	p=0,127
Total	78	4,90	1,35	5,80	1,01	p=0,883
						Nº Artérias x Físico**
DIABETES MELLITUS						
Sim	30	5,09	1,32	5,71	1,11	
Não	48	4,78	1,38	5,87	0,97	p<0,001
Total	78	4,90	1,35	5,80	1,01	p=0,081
						p=0,747
IMC						
						Pré x Pós-Operatório *
Peso Ideal	14	5,09	1,09	6,10	0,85	
Sobrepeso	40	5,03	1,28	5,85	1,03	
Obesidade leve	17	4,46	1,70	5,61	1,17	
Obesidade moderada	5	5,28	1,41	5,32	0,97	p<0,001
Obesidade mórbida	2	3,80	0,85	5,80	0,85	p=0,240
Total	78	4,89	1,35	5,80	1,01	p=0,546
						IMC***

* Valor de p para a média total do domínio entre as duas etapas

** Valor de p para a interação variável*Domínio Físico

*** Valor de p para as médias totais das variáveis

Tabela 12: Comparação entre o domínio emocional do Mc New e as variáveis sociodemográficas e clínicas em pacientes submetidos a RM (n=78). SOROCABA, 2012.

DIMENSÃO EMOCIONAL								
GÊNERO	PRÉ CIRÚRGICO		PÓS- CIRURGICO		Pré x Pós-Cirurgia*	Gênero x Emocional**		
	N	MÉDIA	DP	MÉDIA	DP			
Feminino	26	4,25	1,16	4,85	0,90	p<0,001	p=0,195	p= 0,003
Masculino	52	4,86	0,70	5,19	0,36			
Total	78	4,65	0,91	5,07	0,61			
IDADE								
				Pré x Pós-Cirurgia*	Idade x Emocional**	Idade***		
40 a 50 anos	12	4,64	0,71	4,94	0,42			
51 a 60 anos	27	4,75	0,84	5,19	0,48	p<0,001	p=0,063	p=0,776
61 a 70 anos	30	4,48	0,90	5,12	0,52			
71 ou mais anos	9	4,99	1,39	4,82	1,23			
Total	78	4,65	0,92	5,13	0,40			
ESCOLARIDADE								
			Pré x Pós-Cirurgia *	Escolaridade x Emocional**	Escolaridade***			
Não Alfabetizado	3	3,42	2,08	4,04	2,01			
Fundamental	18	4,55	0,96	4,91	0,68	p<0,001	p=0,477	p=0,009
Fund. Incompleto	43	4,68	0,83	5,20	0,40			
Médio	14	4,98	0,63	5,13	0,40			
Total	78	4,65	0,91	5,07	0,61			
HAS								
		Pré x Pós-Cirurgia*	HAS x Emocional**		HAS***			
Sim	60	4,56	0,94	5,09	0,67	p<0,001	p=0,024	p=0,327
Não	18	4,98	0,80	5,03	0,39			
Total	78	4,65	0,92	5,07	0,61			
Dislipidemia								
	Pré x Pós-Cirurgia *	Dislipidemia x Emocional**		Dislipidemia***				
Sim	45	4,44	0,96	4,95	0,75	p<0,001	p=0,299	p=0,015
Não	30	4,92	0,78	5,23	0,29			
Desc.	3							
Total	78	4,63	0,91	5,06	0,62			
Tabagismo								
	Pré x Pós-Cirurgia*	Tabagismo x Emocional**		Tabagismo***				
Sim	50	4,71	0,91	5,12	0,50	p<0,001	p=0,794	p=0,400
Não	28	4,55	0,94	5,01	0,79			
Total	78	4,65	0,92	5,07	0,61			
IAM Prévio								
	Pré x Pós-Cirurgia *	IAM Prévios x Emocional**		IAM Prévios***				
Sim	52	4,56	0,96	5,12	0,52	p<0,001	p=0,048	p=0,619
Não	26	4,84	0,82	5,00	0,78			
Total	78	4,65	0,92	5,07	0,61			
Nº Artérias								
	Pré x Pós-Cirurgia * Nº ARTÉRIAS x Emocional**	Nº de artérias***						
Uma	5	4,40	1,59	4,13	1,39			
Duas	25	4,57	0,82	5,10	0,53	p<0,001	p=0,155	p=0,180
Três	47	4,72	0,91	5,18	0,46			
4 ou mais	1	5,13	0,00	4,75	0,00			
Total	78	4,65	0,92	5,07	0,61			
Diabetes Mellitus								
	Pré x Pós-Cirurgia *	DM x Emocional**		DM***				
Sim	30	4,60	0,94	4,98	0,79	p<0,001	p=0,155	p=0,180
Não	48	4,69	0,91	5,14	0,48			
Total	78	4,65	0,91	5,07	0,61			
IMC								
	Pré x Pós-Cirurgia *	IMC x Emocional**		IMC***				
Peso Ideal	14	4,67	1,11	5,24	0,57			
Sobrepeso	40	4,79	0,87	5,02	0,64			
Obesidade leve	17	4,50	0,95	5,15	0,65	p<0,001	p=0,261	p= 0,615
Obesidade moderada	5	4,33	0,75	5,13	0,32			
Obesidade mórbida	2	4,00	0,35	4,38	0,35			
Total	78	4,65	0,91	5,07	0,61			

* Valor de p para a média total do domínio entre as duas etapas

** Valor de p para a interação variável*Domínio Emocional

*** Valor de p para as médias totais das variáveis

Tabela 13: Comparação entre o domínios Social do McNew e as variáveis sociodemográficas e clínicas em pacientes submetidos a RM (n=78). SOROCABA, -2012.

DIMENSÃO SOCIAL								
GÊNERO	PRÉ CIRÚRGICO		PÓS-CIRURGICO		Pré x Pós-Cirurgia *	Gênero x Social**	Gênero***	
	N	MÉDIA	DP	MÉDIA	DP			
Feminino	26	2,9	2,01	3,13	1,70	p<0,001	p=0,229	p= 0,127
Masculino	52	3,08	1,87	3,97	1,59			
Total	78	3,02	1,90	3,69	1,66			
IDADE			Pré x Pós-Cirurgia*		Idade x Social**	Idade***		
40 a 50 anos	12	3,58	2,03	3,25	1,92			
51 a 60 anos	27	2,78	2,06	3,96	1,87	p<0,001	p=0,051	p=0,076
61 a 70 anos	30	2,77	1,74	3,80	1,42			
71 ou mais anos	9	3,89	1,67	3,11	1,39			
Total	78	3,02	1,90	3,69	1,66			
ESCOLARIDADE			Pré x Pós-Cirurgia*		Escolaridade x Social**	Escolaridade***		
Não Alfabetizado	3	2,17	2,02	2,50	0,50			
Fundamental	18	3,36	2,01	3,78	1,70	p<0,001	p=0,844	p=0,283
Fund. Incompleto	43	2,90	1,76	3,53	1,81			
Médio	14	3,18	2,27	4,32	1,05			
Total	78	3,02	1,90	3,71	1,67			
HAS			Pré x Pós-Cirurgia *		HAS x Social**	HAS***		
Sim	60	2,95	1,89	3,59	1,77	p<0,001	p=0,865	p=0,295
Não	18	3,28	1,99	4,03	1,23			
Total	78	3,02	1,90	3,69	1,66			
Dislipidemia			Pré x Pós-Cirurgia *		Dislipidemia x Social**	Dislipidemia***		
Sim	45	2,78	1,82	3,61	1,72	p<0,001	p=0,634	p=0,217
Não	30	3,30	1,93	3,87	1,63			
Desc.	3							
Total	78	2,98	1,87	3,71	1,67			
Tabagismo			Pré x Pós-Cirurgia *		Tabagismo x Social**	Tabagismo***		
Sim	50	2,90	1,83	3,56	1,80	p<0,001	p=0,974	p=0,262
Não	28	3,25	2,05	3,93	1,39			
Total	78	3,02	1,90	3,69	1,66			
IAM Prévio			Pré x Pós-Cirurgia *		IAM Prévio x Social**	IAM Prévio***		
Sim	52	2,46	1,64	3,68	1,74	p<0,001	p=0,007	p=0,03
Não	26	4,15	1,92	3,71	1,53			
Total	78	3,02	1,90	3,69	1,66			
Nº Artérias			Domínio		Nº ARTÉRIAS x Social	Pré x Pós-Cirurgia		
Uma	5	4,40	2,07	3,50	1,00			
Duas	25	2,92	1,82	3,82	1,63	p<0,001	p=0,341	p=0,216
Três	47	2,86	1,87	3,62	1,76			
4 ou mais	1	6,50	.	5,00	.			
Total	78	3,02	1,90	3,69	1,66			
Diabetes Mellitus			Pré x Pós-Cirurgia*		DM x Social**	DM***		
Sim	30	3,53	2,17	3,73	1,57	p<0,001	p=0,167	p=0,157
Não	48	2,71	1,67	3,67	1,73			
Total	78	3,02	1,90	3,69	1,66			
IMC			Pré x Pós-Cirurgia *		IMC x Social**	IMC***		
Peso Ideal	14	2,50	1,34	4,17	1,92			
Sobre peso	40	3,50	2,15	3,80	1,58			
Obesidade leve	17	2,64	1,62	3,32	1,31	p<0,001	p= 0,442	p= 0,248
Obesidade moderada	5	2,10	1,34	3,10	2,45			
Obesidade mórbida	2	2,50	2,12	2,75	2,47			
Total	78	3,02	1,90	3,69	1,66			

* Valor de p para a média total do domínio entre as duas etapas

** Valor de p para a interação variável*Domínio Social

*** Valor de p para as médias totais das variáveis

Tabela 14: Comparação entre os domínios Global McNew e as variáveis sociodemográficas e clínicas em 78 pacientes submetidos a RM (n=78). SOROCABA, 2012.

DIMENSÃO GLOBAL								
GÊNERO	PRÉ CIRÚRGICO		PÓS-CIRURGICO		Pré x Pós-Cirurgia *	Gênero x Global**		
	N	MÉDIA	DP	MÉDIA	DP			
Feminino	26	4,23	1,28	5,27	0,95	p<0,001	p=0,623	p= 0,007
Masculino	52	4,78	0,89	5,71	0,54			
Total	78	4,59	1,06	5,56	0,72			
IDADE								
					Pré x Pós-Cirurgia *	Idade x Global**	Idade***	
40 a 50 anos	12	4,72	0,81	5,41	0,71			
51 a 60 anos	27	4,60	1,11	5,76	0,49	p<0,001	p=0,143	p=0,847
61 a 70 anos	30	4,46	1,01	5,53	0,73			
71 ou mais anos	9	4,89	1,44	5,32	1,20			
Total	78	4,6	1,06	5,56	0,72			
ESCOLARIDADE								
			Pré x Pós-Cirurgia *	Escolaridade x Global**	Escolaridade***			
Não Alfabetizado	3	3,07	1,62	4,41	1,75			
Fundamental	18	4,51	1,00	5,51	0,72	p<0,001	p=0,925	p=0,008
Fund. Incompleto	43	4,63	1,02	5,58	0,65			
Médio	14	4,92	0,97	5,86	0,44			
Total	78	4,59	1,06	5,56	0,72			
HAS								
		Pré x Pós-Cirurgia *	HAS x Global**	HAS***				
Sim	60	4,50	1,04	5,49	0,78	p<0,001	p=0,734	p=0,075
Não	18	4,92	1,10	5,82	0,45			
Total	78	4,59	1,06	5,56	0,72			
Dislipidemia								
	Pré x Pós-Cirurgia *	Dislipidemia x Global**	Dislipidemia***					
Sim	45	4,42	1,09	5,45	0,82	p<0,001	p=0,635	p=0,086
Não	30	4,79	0,97	5,71	0,58			
Desc.	3							
Total	78	4,56	1,05	5,55	0,73			
Tabagismo								
	Pré x Pós-Cirurgia *	Tabagismo x Global**	Tabagismo***					
Sim	50	4,58	0,99	5,56	0,66	p<0,001	p=0,827	p=0,857
Não	28	4,63	1,20	5,57	0,85			
Total	78	4,59	1,06	5,56	0,72			
IAM Prévio								
	Pré x Pós-Cirurgia *	IAM Prévio x Global**	IAM Prévio***					
Sim	52	4,37	1,03	5,53	0,72	p<0,001	p=0,013	p=0,030
Não	26	5,05	0,99	5,65	0,75			
Total	78	4,59	1,06	5,56	0,72			
Nº Artérias								
	Pré x Pós-Cirurgia *	Nº ARTÉRIAS x Global**	Nº de artérias					
Uma	5	4,90	1,72	5,06	1,48			
Duas	25	4,50	1,01	5,48	0,80	p<0,001	p=0,138	p=0,782
Três	47	4,59	1,03	5,67	0,57			
4 ou mais	1	5,67	.	5,56	.			
Total	78	4,59	1,06	5,56	0,72			
Diabetes Mellitus								
	Pré x Pós-Cirurgia *	DM x Global**	DM***					
Sim	30	4,65	1,13	5,44	0,78	p<0,001	p=0,188	p=0,746
Não	48	4,56	1,03	5,65	0,69			
Total	78	4,59	1,06	5,56	0,72			
IMC								
	Pré x Pós-Cirurgia *	IMC x Global**	IMC***					
Peso Ideal	14	4,55	1,12	5,79	0,55			
Sobrepeso	40	4,72	1,03	5,56	0,76			
Obesidade leve	17	4,43	1,16	5,51	0,86	p<0,001	p= 0,648	p= 0,798
Obesidade moderada	5	4,45	1,20	5,21	0,49			
Obesidade mórbida	2	4,03	0,16	5,37	0,47			
Total	78	4,6	1,06	5,56	0,72			

* Valor de p para a média total do domínio entre as duas etapas

** Valor de p para a interação variável*Domínio Global

*** Valor de p para as médias totais das variáveis

Tabela 15: Comparação entre a escala Inventário de Depressão de Beck e as variáveis sociodemográficas e clínicas em pacientes submetidos a RM(n=78). SOROCABA, 2012.

GÊNERO	PRÉ CIRÚRGICO		PÓS-CIRÚRGICO		Pré x Pós-Cirurgia *	Gênero x Beck**	Gênero***
	N	MÉDIA	DP	MÉDIA	DP		
Feminino	26	1,04	8,30	6,35	9,06	p<0,001	p= 0,626
Masculino	52	7,52	5,89	4,35	4,95		p= 0,066
Total	78	8,48	6,86	5,01	6,61		
IDADE					Pré x Pós-Cirurgia *	Idade x Beck**	Idade***
40 a 50 anos	12	9,17	4,73	5,58	4,83		
51 a 60 anos	27	8,48	7,12	3,89	4,96	p<0,001	p= 0,145
61 a 70 anos	30	9,00	7,45	4,93	7,59		p= 0,926
71 ou mais anos	9	5,89	6,97	7,89	9,27		
Total	78	8,48	6,86	5,01	6,61		
ESCOLARIDADE					Pré x Pós-Cirurgia *	Escolaridade x Beck**	Escolaridade***
Não Alfabetizado	3	1,87	1,17	6,67	1,15		
Fundamental	18	9,50	6,33	5,06	6,39	p<0,001	p= 180
Fund. Incompleto	43	7,93	7,04	5,53	7,29		p=0,158
Médio	14	6,71	4,03	3,00	2,75		
Total	78	8,48	6,86	5,01	6,61		
HAS					Pré x Pós-Cirurgia *	HAS x Beck**	HAS***
Sim	60	9,00	6,73	5,50	7,37	p<0,001	p= 0,057
Não	18	6,78	7,26	3,39	2,43		p= 0,148
Total	78	8,48	6,86	5,01	6,61		
Dislipidemia					Pré x Pós-Cirurgia *	Dislipidemias x Beck**	Dislipidemia***
Sim	45	9,96	6,79	6,04	7,51	p<0,001	p= 0,556
Não	30	6,50	6,65	3,67	5,13		p= 0,027
Desc.	3						
Total	78	8,57	6,90	5,09	6,72		
Tabagismo					Pré x Pós-Cirurgia *	Tabagismo x Beck**	Tabagismo***
Sim	50	8,84	6,75	5,48	6,96	p<0,001	p= 0,861
Não	28	7,86	7,16	4,18	5,98		p= 0,387
Total	78	8,48	6,86	5,01	6,61		
IAM Prévio					Pré x Pós-Cirurgia *	IAM Prévio x Beck**	IAM Prévio***
Sim	52	9,65	7,24	5,38	7,36	p<0,001	p= 0,196
Não	26	6,15	5,47	4,27	4,83		p= 0,084
Total	78	8,48	6,86	5,01	6,61		
Nº Artérias					Pré x Pós-Cirurgia *	Nº ARTÉRIAS x Beck**	Nº artérias***
Uma	5	6,80	8,11	7,80	7,16		
Duas	25	9,28	7,42	5,52	8,60	p<0,001	p= 0,611
Três	47	8,19	6,61	4,43	5,36		p= 0,858
4 ou mais	1	1,10	-	6,00	-		
Total	78	8,48	6,86	5,01	6,61		
Diabetes Melitus					Pré x Pós-Cirurgia *	DM x Beck**	DM***
Sim	30	8,93	7,61	4,77	5,44	p<0,001	p= 0,530
Não	48	8,21	6,43	5,17	7,30		p= 0,901
Total	78	8,48	6,86	5,01	6,61		
IMC					Pré x Pós-Cirurgia *	IMC x Beck**	IMC***
Peso Ideal	14	9,21	8,76	4,07	5,01		
Sobrepeso	40	7,33	5,82	4,70	5,56		
Obesidade leve	17	9,65	7,17	5,71	9,37	p<0,001	p= 0,877
Obesidade moderada	5	1,06	9,45	6,80	9,39		p= 0,693
Obesidade mórbida	2	1,15	3,54	7,50	4,95		
Total	78	8,48	6,87	5,01	6,61		

* Valor de p para a média total do domínio entre as duas etapas

** Valor de p para a interação variável*Beck

*** Valor de p para as médias totais das variáveis

Tabela 16: Comparação entre IDATE ESTADO e as variáveis sociodemográficas e clínicas, em pacientes submetidos a RM(n=78). SOROCABA, 2012.

GÊNERO	PRÉ CIRÚRGICO		PÓS-CIRURGICO		Pré x Pós-Cirurgia*	Gênero x Idate Estado**	Gênero***
	N	MÉDIA	DP	MÉDIA	DP		
Feminino	26	39,31	10,15	33,27	9,54	p<0,001	p=0,185
Masculino	52	35,50	6,63	32,17	4,42		p= 0,090
Total	78	36,77	8,12	32,54	6,54		
IDADE					Pré x Pós-Cirurgia*	Idade x Idate Estado**	Idade***
40 a 50 anos	12	37,50	6,60	35,67	4,48		
51 a 60 anos	27	37,41	7,53	32,41	6,17	p<0,001	p=0,024
61 a 70 anos	30	37,10	9,44	30,67	6,33		p= 0,090
71 ou mais anos	9	32,78	6,82	35,33	8,75		
Total	78	36,77	8,12	32,54	6,54		
ESCOLARIDADE					Pré x Pós-Cirurgia*	Idade x Idate Estado**	Escolaridade***
Não Alfabetizado	3	46,67	17,16	40,00	14,80		
Fundamental	18	38,56	6,49	30,04	5,07	p<0,001	p=0,235
Fund. Incompleto	43	35,77	8,48	32,60	6,94		p=0,083
Médio	14	35,43	5,00	32,79	3,75		
Total	78	36,76	8,11	32,53	6,53		
HAS					Pré x Pós-Cirurgia*	HAS x Idate Estado**	HAS***
Sim	60	37,67	8,42	32,62	7,01	p<0,001	p=0,120
Não	18	33,78	6,31	32,28	4,81		p=0,194
Total	78	36,77	8,11	32,53	6,53		
Dislipidemia					Pré x Pós-Cirurgia*	Dislipidemia x Idate Estado**	Dislipidemia***
Sim	45	37,27	8,69	32,22	7,13	p<0,001	p=0,468
Não	30	36,53	7,52	32,97	5,89		p=0,997
Desc	3						
Total	78	36,97	8,19	32,52	6,63		
Tabagismo					Pré x Pós-Cirurgia*	Tabagismo x Idate Estado**	Tabagismo***
Sim	50	36,84	7,54	32,88	5,30	p<0,001	p=0,709
Não	28	36,64	9,21	31,93	8,38		p=0,689
Total	78	36,76	8,11	32,54	6,54		
IAM Prévio					Pré x Pós-Cirurgia*	IAM Prévio x Idate Estado**	IAM Prévio***
Sim	52	37,58	8,76	32,98	6,60	p<0,001	p=0,594
Não	26	35,15	6,50	31,65	6,46		p=0,197
Total	78	36,76	8,11	32,53	6,53		
Nº Artérias					Pré x Pós-Cirurgia*	Nº ARTÉRIAS x Idate Estado**	Nº de artérias***
Uma	5	35,00	6,96	35,60	12,58		
Duas	25	37,80	7,48	34,56	7,48	p<0,001	p=0,421
Três	47	36,34	8,69	31,17	4,83		p=0,443
4 ou mais	1	40,00	.	31,00	.		
Total	78	36,76	8,11	32,53	6,53		
Diabetes Mellitus					Pré x Pós-Cirurgia*	DM x Idate Estado**	Diabetes Mellitus***
Sim	30	36,77	8,67	31,97	7,74	p<0,001	p=0,642
Não	48	36,77	7,84	32,90	5,72		p=0,742
Total	78	36,77	8,11	32,53	6,54		
IMC					Pré x Pós-Cirurgia*	IMC x Idate Estado**	IMC***
Peso Ideal	14	37,36	9,64	31,86	2,63		
Sobre peso	40	35,85	7,12	32,90	6,07		
Obesidade leve	17	38,12	9,27	31,00	7,31	p<0,001	p=0,424
Obesidade moderada	5	39,40	9,71	36,40	13,94		p= 0,808
Obesidade mórbida	2	33,00	0,00	33,50	2,12		
Total	78	36,77	8,11	32,54	6,54		

* Valor de p para a média total do domínio entre as duas etapas

** Valor de p para a interação variável*Idate Estado

*** Valor de p para as médias totais das variáveis

Tabela 17: Comparação entre IDATE-TRAÇO com as variáveis sociodemográficas e clínicas em pacientes submetidos a RM (n=78). SOROCABA, 2012.

GÊNERO	PRÉ CIRÚRGICO		PÓS-CIRURGICO		Pré x Pós-Cirurgia	Gênero x Idate Traço	Gênero***
	N	MÉDIA	DP	MÉDIA	DP		
Feminino	26	41,42	13,09	37,65	11,71	p<0,001	p=0,904
Masculino	52	35,73	7,63	32,23	5,75		p = 0,004
Total	78	37,67	10,07	34,03	8,55		
IDADE							
				Pré x Pós-Cirurgia*	Idade x Idate Traço**	Idade***	
40 a 50 anos	12	38,00	6,63	36,25	5,12		
51 a 60 anos	27	37,15	10,80	33,19	9,07	p<0,001	p=0,072
61 a 70 anos	30	39,00	11,22	33,07	8,84		p=0,917
71 ou mais anos	9	34,00	7,60	36,89	9,70		
Total	78	37,67	10,07	34,03	8,55		
ESCOLARIDADE							
		Pré x Pós-Cirurgia*	Escolaridade x Idate Traço**	Escolaridade			
Não Alfabetizado	3	50,33	20,21	41,00	16,64		
Fundamental	18	3,94	10,24	33,56	5,56	p<0,001	p=0,396
Fund. Incompleto	43	37,37	9,61	34,72	9,52		p=0,059
Médio	14	33,36	6,38	31,07	5,84		
Total	78	37,67	10,07	34,04	8,55		
HAS							
		Pré x Pós-Cirurgia*	HAS x Idate Traço**	HAS***			
Sim	60	38,15	10,70	34,57	9,27	p<0,001	p=0,991
Não	18	35,89	7,61	32,28	5,32		p=0,300
Total	78	37,63	10,07	34,04	8,55		
Dislipidemia							
		Pré x Pós-Cirurgia *	Dislipidemia x Idate Traço**	Dislipidemia***			
Sim	45	39,04	10,45	34,71	8,97		
Não	30	35,37	9,64	33,33	8,29	p<0,001	p=0,300
Desc.	3						p=0,196
Total	78	37,57	10,23	34,16	8,68		
Tabagismo							
		Pré x Pós-Cirurgia *	Tabagismo x Idate Traço**	Tabagismo***			
Sim	50	38,16	9,65	33,94	7,17	p<0,001	p=0,423
Não	28	36,68	10,90	34,21	10,73		p=0,755
Total	78	37,63	10,07	34,04	8,55		
IAM Prévio							
		Pré x Pós-Cirurgia *	IAM Prévio x Idate Traço**	IAM Prévio***			
Sim	52	39,62	10,72	34,71	9,13	p<0,001	p=0,075
Não	26	33,65	7,30	32,69	7,22		p=0,04
Total	78	37,67	10,07	34,03	8,55		
Nº Artérias							
		Pré x Pós-Cirurgia *	Nº ARTÉRIAS x Idate Traço**	Nº Artérias***			
Uma	5	35,40	8,17	38,60	12,54		
Duas	25	40,88	9,74	36,48	10,39	p<0,001	p=0,300
Três	47	36,28	10,27	32,23	6,59		p=0,167
4 ou mais	1	31,00	.	35,00	.		
Total	78	37,67	10,07	34,04	8,55		
Diabetes Mellitus							
		Pré x Pós-Cirurgia *	DM x Idate Traço**	DM***			
Sim	30	37,47	11,25	34,67	9,77	p<0,001	p=0,553
Não	48	37,73	9,38	33,65	7,77		p=0,843
Total	78	37,63	10,07	34,03	8,55		
IMC							
		Pré x Pós-Cirurgia *	IMC x Idate Traço**	IMC***			
Peso Ideal	14	38,57	13,94	32,07	5,21		
Sobre peso	40	37,28	8,99	34,18	7,49		
Obesidade leve	17	38,00	9,63	31,76	10,13	p<0,001	p= 0,029
Obesidade moderada	5	37,40	12,46	44,20	13,55		
Obesidade mórbida	2	35,50	0,71	39,00	1,41		
Total	78	36,77	8,11	32,54	6,54		0,705

* Valor de p para a média total do domínio entre as duas etapas

** Valor de p para a interação variável*Idate Traço

*** Valor de p para a média total das variáveis

5 DISCUSSÃO

A amostra deste estudo foi caracterizada por homens, idosos e baixo nível econômico. Esses resultados assemelham-se a outros estudos realizados no Brasil (idade, predominância do gênero masculino e da baixa escolaridade), o que pode ser indicativo do padrão socioeconômico e do perfil de pacientes atendidos em hospital públicos conveniados ao Sistema Único de Saúde.^{9,12,38,57,65-68}

O baixo nível de escolaridade chama a atenção quanto à necessidade de os profissionais de saúde desenvolverem práticas de “educação em saúde” que atinjam a essa população, visando à adesão, ao tratamento e à prevenção a novos eventos.

Neste estudo o percentual maior foi do gênero masculino em relação ao feminino. As mulheres estão protegidas, por questões hormonais, contra a doença cardiovascular durante a idade fértil, possivelmente pelo papel dos estrógenos. Em geral, a doença cardiovascular na mulher manifesta-se 10 anos mais tarde que no homem, e associa-se à concomitância de múltiplos fatores de risco; por outra, infarto agudo do miocárdio não costuma ser a primeira manifestação da doença na mulher, ocorrendo nela 20 anos mais tarde que no homem.^{38,69-71}

Em relação às características clínicas o mesmo resultado foi observado em outros estudos^{9,12,38,56,65-67} nos quais as doenças cardíacas são mais agravadas em função do tempo de exposição aos fatores de risco. Esses dados mostram que os fatores de risco para as doenças cardiovasculares mantêm-se semelhantes nas diversas populações estudadas. Além disso, sugere que as mudanças no estilo de vida poderiam reduzir potencialmente o risco de infarto agudo do miocárdio, e consequentemente a diminuição da mortalidade.

A preocupação com QVRS após evento coronariano leva os indivíduos a adotarem modificações no seu estilo de vida. A revascularização do miocárdio visa, em caráter progressivo, a melhorar as limitações diárias impostas pela doença. Sendo assim, a RM e a sua complexidade, não pelo

ato cirúrgico, mas pelo patológico, é marcada pela tentativa de reconstrução da qualidade de vida dos indivíduos.²⁹

Na avaliação da QVRS, aplicando-se o instrumento SF 36, o domínio aspecto físico teve a menor pontuação no pré-operatório, demonstrando que os pacientes, nesse contexto apresentava-se com grandes limitações para realizar suas atividades diárias, consequência do processo de envelhecimento da população e suas comorbidades. No entanto, sabe-se que a expectativa de vida dessa população aumentou, e a capacidade de interagir socialmente, para os idosos, é fundamental, a fim de que eles possam conquistar e manter as redes de apoio, garantindo maior qualidade de vida.⁷¹

Estudo relata que a insuficiência cardíaca também está associada ao comprometimento do desempenho funcional, traduzido nos relatos dos idosos pelas limitações nas atividades diárias, incapacidade para o trabalho e o estabelecimento de relações sociais e perda da independência.⁶

A independência funcional é definida como a capacidade de realizar algo com os próprios meios. Está associada à mobilidade e à capacidade funcional, quando o indivíduo não requer ajuda, nas condições motora e cognitiva, para a realização das atividades de vida diária. Assim, uma QVRS satisfatória para a população do estudo pode ser interpretada como a possibilidade de conseguir cumprir suas funções diárias básicas, sentir-se bem e viver de forma independente.⁶

Na avaliação no pós-operatório, por meio do SF 36, observou-se uma melhora significativa na QVRS em todos os domínios. Esse resultado foi encontrado em vários outros estudos, o que conclui que a cirurgia de revascularização tem impacto positivo na QVRS.^{66,67,72}

Um estudo randomizado, utilizando SF 36, relata que os pacientes que receberam uma terapia intervencional obtiveram, significativamente, melhor QVRS relacionada ao domínio físico.⁷³

Scatolin, em seu estudo, relata que a QVRS em pacientes com insuficiência cardíaca, mensurados com instrumentos genéricos, pode ser influenciada mais pelas comorbidades associadas que pela própria doença, o que torna os instrumentos específicos mais úteis.⁶

Quando comparada a QVRS no pré e pós-operatórios, com instrumento específico Macnew, a cirurgia proporcionou significativamente uma melhora

na qualidade de vida em todos os domínios. Outros estudos que analisaram qualidade de vida de pacientes com infarto agudo do miocárdio submetidos à revascularização^{12,38,57,74-76} mostraram resultados semelhantes.

O sucesso do tratamento cirúrgico pode ser interpretado com um impacto positivo na vida do paciente e proporciona uma sensação de cura da doença. Anterior ao tratamento cirúrgico, o paciente sofre pelo medo constante da morte, sobretudo pelas mudanças de hábitos necessárias para a prevenção de novo episódio da doença.¹² Com a RM observa-se maior capacidade funcional, diminuição dos sintomas e, consequentemente, melhor convivência com esta afecção.⁵⁰ Além disso, as alterações emocionais associadas à insegurança e medo de um novo evento, que poderiam estar presentes, foram minimizadas com o tratamento cirúrgico.

Um estudo realizado por Guedes³⁴⁶ demonstra que houve uma diferença estatisticamente significativa nos escores totais de QVRS de homens e mulheres em 180 dias de pós-operatório, sendo que amostra masculina apresentou uma melhora nos escores totais de QVRS e em todos os domínios do MacNew QLMI, emocional, físico e social; e a amostra feminina, nos escores totais de QVRS, no domínio social, nos níveis de depressão e no traço de ansiedade.

Especificamente para o instrumento específico Macnew, observa-se que o domínio com maior impacto é o social. A explicação para esse dado pode estar associado a prevalência da população desse estudo serem idosos, e com o aumento da expectativa de vida dos indivíduos, modifica-se, também, o seu perfil de saúde; em vez de processos agudos ou de óbito, tornam-se predominantes as doenças crônicas e suas complicações, como a perda da sua autonomia e independência funcional. A capacidade de interagir socialmente é fundamental para o idoso, a fim de que ele possa conquistar e manter as redes de apoio e garantir maior qualidade de vida. A satisfação de vida é influenciada pelo modo como as pessoas se sentem sobre seus relacionamentos interpessoais, e o apoio social desempenha um papel importante nesse processo. A aquisição do apoio social, por sua vez, depende de competências sociais ou de habilidades sociocognitivas, ou seja, a história anterior de integração social é importante e determinante da quantidade e da

qualidade dos relacionamentos sociais mantidos por idosos. É importante avaliar os vínculos estabelecidos por eles ao longo da vida.⁷⁷

Notamos não somente o impacto da doença e da cirurgia, mas também a frustração vivida pela percepção do declínio funcional do seu organismo.

A crise do envelhecimento assemelha-se à crise do adoecimento, em ambas há a necessidade de elaborar perdas, de adaptar-se a mudanças e de reafirmar o sentido de identidade. Nesse período, as referências que existiam, os amigos, os lugares comuns, o modo de viver vão progressivamente desaparecendo, e o idoso passa a ver-se sozinho, sem o seu ambiente. Diante desses fatores, a aceitação da cirurgia torna-se muito difícil, pois pensam que o sofrimento por que irão passar não compensa. Contudo, em casos nos quais existam vínculos familiares e o suporte destes, a aceitação da intervenção é facilitada, já que o idoso tem um sentimento de plenitude e aceitação em relação ao processo vivido.⁷⁷

Compreende-se que os problemas do cotidiano, somados a outras intercorrências surgidas a partir da doença crônica, necessitam ser trabalhados nos aspectos que refletem a interação e a adaptação do indivíduo à doença e ao meio, objetivando uma melhor QVRS.⁶⁵

Neste estudo, os pacientes apresentaram melhora na pontuação dos escores das escalas de depressão e ansiedade após RM. Alterações no padrão de humor, tais como, depressão, tristeza e ansiedade são comuns no primeiro mês de recuperação após cirurgia de revascularização do miocárdio. A sensação de culpa e de ter provocado a sua própria doença cardíaca , com comportamentos e hábitos pouco saudáveis podem atormentar o paciente nesse período e após 180 dias a cirurgia de revascularização do miocárdio (CRVM), eles estão aptos a retornar as suas atividades de vida diária e não dependem tanto da família, melhorando assim sua QVRS.⁷

Estudos relatam que sintomas depressivos mais intensos são preditores graves de mortalidade entre indivíduo que sofreram IM e sua influência mostra-se mais significativa no estado funcional dos pacientes do que no grau de comprometimento arterial. Assim a depressão é reconhecida como importante fator de risco⁷⁸⁻⁸¹

Quanto aos escores da população em estudo sobre a depressão, predominaram os seguintes: ausência de depressão,(69%); depressão leve, (11%); depressão moderada, (13%). E estudo mostra que há uma correlação negativa entre a qualidade de vida, dor, depressão e ansiedade. Melhorá-la torna-se tão importante quanto o quadro clínico dos pacientes.^{80,81}

A doença cardiovascular pode facilitar o aparecimento de sintomatologia depressiva e, embora não se associe com depressão, pode correlacionar-se com fatores de risco.⁸² Nesse estudo, apesar da população não frequentar centro de reabilitação e a maioria não apresentar níveis depressivos, houve melhora dos escores depressão entre o pré e pós-operatórios com diferença estatisticamente significativa.

Estudo sugere que algumas melhorias psicossociais com relação aos fatores de risco cardiovasculares e qualidade de vida ocorrem entre DCV pacientes que não participem de quaisquer atividades estruturadas de reabilitação.⁸³ Em geral a reabilitação cardíaca visa não a prolongar a vida, mas reduzir os sintomas, aperfeiçoar as funções físicas e promover um bem-estar .⁵⁸

Os pacientes que participam de centro de reabilitação são capazes de experimentar significativamente uma melhoria na maioria dos domínios de QVRS e depressão.⁷⁹

A presença de sintomas de angina (dor precordial) e dispneia são os principais determinantes na QVRS⁷⁵, limitando as atividades cotidianas dos pacientes, e consequentemente influenciar sua qualidade de vida. Nesse estudo a dor foi analisada isoladamente devido ao impacto que causa na vida dos pacientes coronarianos. A dor é uma experiência sensorial , emocional desagradável e quando assume caráter crônico, leva ao sofrimento, à ansiedade e à frustração, podendo evoluir para um quadro depressivo. Ela é discutida na literatura como umas das causas de incapacidade, além de estar associada à alteração do sono, prejuízo na capacidade funcional e, consequentemente, a qualidade de vida.^{65,80}

Com base nessas informações, o estudo demonstra que o item “dor” dos instrumentos utilizados Macnew e SF 36 comparou- se estatisticamente com a melhora na QVRS em relação ao pré e pós-operatórios de revascularização do miocárdio.

Ao compararmos as médias dos escores dos domínios físico, emocional, social e global do instrumento Macnew com variáveis sociodemográficas e clínicas, nota-se que apenas os domínios social e global apresentaram níveis de significância em pacientes com IAM prévio.

As doenças cardiovasculares e seus fatores de riscos são elementos que interferem na qualidade de vida. Entretanto, após a implementação do procedimento cirúrgico há possibilidade do paciente compreender a situação vivenciada e adaptar-se a eventuais limites e alterações no seu estilo de vida, além de obter melhora nas condições físicas e emocionais. Assim, cabe um desafio aos profissionais da saúde, no sentido de aprimorar os indicadores de QVRS, buscando métodos científicos de educação em saúde que promovam medidas que visem minimizar ou eliminar fatores de risco modificáveis e com isso na melhora na qualidade de vida dessa população.

Os dados da literatura clínica têm mostrado que a vida de uma pessoa apresenta mudanças significativas após a ocorrência de um evento mórbido. Porém, não se deve afirmar que a pessoa não será mais a mesma nem que sua mudança será para pior. Em referência ao infarto do miocárdio, quando este desencadeia sentimentos de morte, de perdas e de impotência diante de atividades que vinham sendo desenvolvidos em sua vida diária, o paciente sente a necessidade de fazer uma reflexão para reavaliar seus valores, sua maneira de ser e de viver. As restrições nem sempre são desfavoráveis em relação à satisfação do indivíduo com sua vida.^{72,81,84}

Neste estudo, sugere-se que a família é fonte de apoio emocional e social importante, contribuindo para o enfrentamento dos problemas relacionados ao processo saúde e doença como também outros problemas sociais que envolvem o cotidiano dessas pessoas.

A presença de ansiedade e depressão pode alterar diversas variáveis, podendo influenciar no pós-operatório. No entanto, na população em estudo, houve diferença estatisticamente significativa nos escores do instrumento que mensurava os níveis de ansiedade no pré e pós-operatórios.

Nota-se que nos demais domínios dos instrumentos específicos (Macnew, Idate e Beck) comparados com as variáveis sociodemográficas e clínicas, as diferenças não foram estatisticamente significantes, no entanto algumas variáveis apresentaram interações entre elas. Apesar dos domínios

da qualidade de vida apresentar-se com melhora significativa em todos os domínios no pós- operatório quando comparados com algumas variáveis, apresentou-se um impacto maior entre o pré- operatório.

No domínio emocional , os pacientes que evoluíram com IAM obtiveram um maior ganho na QVRS no pós-operatório. A explicação para este resultado pode estar relacionada ao sucesso da cirurgia sentido pelos pacientes revascularizados, o que pode ser interpretado como impacto positivo em suas vidas, e as alterações emocionais associadas à insegurança e ao medo de um novo evento foram minimizadas com o tratamento cirúrgico.¹²

Nos domínios físico e emocional, os pacientes com hipertensão arterial apresentaram melhor benefício da percepção da QVRS dos que não tinham hipertensão. A hipertensão arterial é considerada um fator de risco importante para desenvolvimento de doenças coronarianas. Inquéritos de base populacional realizados em algumas cidades do Brasil mostram prevalência de hipertensão arterial ($\geq 140/90$ mmHg) de 22,3% a 43,9%. Nesse estudo foi encontrado 70%, superando a prevalência na população geral.⁸⁵

No estudo¹² realizado por meio de questionário MacNew, a hipertensão arterial não apresentou correlação significativa com nenhum dos domínios do questionário. Estudo¹² realizado com o questionário genérico SF 36, constatou-se alta correlação do domínio emocional com a HAS. Acredita-se que o fato de o SF 36 possuir perguntas relacionadas às atividades diárias e a opção de resposta sim ou não facilite o entendimento do indivíduo quanto ao que está sendo questionado. O questionário específico oferece maior número de opções, o que leva o entrevistado a confundir-se no momento da entrevista. Outro fato a se considerar é que os pacientes em acompanhamento clínico podem negligenciar alguns itens do instrumento por acreditar que estes estão sob controle.¹²

No domínio emocional comparados as variáveis gênero feminino, baixo nível de escolaridade, HAS, Dislipidêmico, IAM prévio, obteve-se maior benefício na QVRS. Os procedimentos de revascularização miocárdica-angioplastia e cirurgia têm-se mostrado igualmente eficazes em ambos os sexos quanto ao aumento da sobrevida em longo prazo. Entretanto, as

mulheres apresentam morbidade e mortalidade significativamente maiores que os homens durante os procedimentos.^{69,78}

Em relação ao maior benefício na QVRS, acredita-se, por questões biológicas e culturais, que as mulheres tendem a cuidar mais da saúde do que os homens, facilitando aceitação no pós-operatório.

Em relação a baixa escolaridade quando comparado ao domínio emocional a sua interação, os resultados revelaram baixa escolaridade, o que, quando associado às condições socioeconômicas, pode ser fator limitante para a adesão ao tratamento. E o domínio emocional avalia questões relacionadas à frustração, confiança, desgaste, felicidade, tristeza, atividades sociais, autoconfiança. E a escolaridade, analisada como variável continua correlacionada com a confiança nos profissionais e na cirurgia cardíaca e a certeza da necessidade da cirurgia. Estudo encontrado relata que, quanto maior a escolaridade, menor a confiança nos profissionais e na cirurgia cardíaca; por outro lado, maior a certeza da necessidade da cirurgia cardíaca.⁸⁶

Em relação ao Inventário Depressão de beck e aos QVRS , a interação entre essas variáveis demonstra que os pacientes dislipidêmico, obteve uma maior percepção da QV. Um estudo sobre predistores de mudança na qualidade de vida após um evento coronariano agudo foi diferente desse estudo, pois a presença de dislipidemia associou-se a uma diminuição no escore de qualidade de vida.^{28,67}

Assim sendo, é fundamental pensar-se em medidas educacionais que induzam a um estilo de vida adequado à saúde, o que implica necessariamente orientações dietéticas junto com a prática regular de atividades físicas.

Nesse sentido, o profissional educador pode contribuir com a redução de distúrbios físicos, desenvolvendo programas de atendimento adequados a pessoas diferentes em problemas, habilidades e condições físicas. É esse um caminho para ter mais saúde, o que implicitamente proporciona benefícios psicológicos e melhora a Qualidade de Vida.⁸⁷

Referindo-se à ansiedade no aspecto do Idate Traço, os pacientes que evoluíram com IAM obtiveram maior redução da ansiedade; o evento coronário é sentido frequentemente como um evento traumático, sobretudo

quando se associa a um quadro sintomatológico de dor. A motivação para a mudança é mais elevada nessas situações.⁸⁸

Outros resultados importantes, apesar de não apresentarem significância estatística, apontaram que os pacientes com idade entre 61 e 70 anos tiveram maior redução nos níveis de ansiedade. A relação do avançar da idade com a crença na cirurgia pode ser explicada pela influência que a experiência de vida exerce sobre a maneira do sujeito, ou seja, a maturidade facilita a interpretação dos novos acontecimentos com maior tranquilidade.⁸⁶

Outro importante fator pesquisado revelou que as pessoas com peso ideal ou apresentando obesidade leve tiveram maior redução dos níveis de ansiedade, sendo pertinente enfatizar que, no universo metodológico, o grupo se achava acima do peso.

A obesidade está associada não apenas a prevalência de algumas doenças mas também a um aumento do nível de dor, níveis de mortalidade e morbidade somática e psicológica. Ao nível psicológico, a alteração da imagem corporal poderá provocar uma desvalorização da autoimagem e autoconceito, diminuindo a autoestima, e consequentemente poderão surgir sintomas depressivos e ansiosos.²⁸

Estudo anterior relata que as mulheres apresentam sentimentos desfavoráveis à cirurgia e conclui que elas demonstraram, nesse estudo, que antes da cirurgia de revascularização do miocárdio tinham seu estado físico e social menos favorável e eram mais ansiosas e depressivas. Entretanto, em nosso estudo, não apresentaram níveis de significância estatística, pelo contrário, apresentaram maior redução no que tange ao traço de ansiedade.³³

Um estudo relata que as mulheres que se submeteram a cirurgia RM, avaliadas respectivamente, 1, 6 e 12 meses após o evento, referiram maiores níveis de perturbação em gestão da casa, entretanto apresentavam-se otimistas, estáveis ao longo do tempo, mais propensas aceitar a sua situação. Esse otimismo é considerado um atributo estável.⁸⁹

De certo que a coronariopatia exerce fortes impactos físico, emocional e social, comprometendo a QV. Porém, após a revascularização do miocárdio, além da melhora física e emocional, há a possibilidade de o paciente elaborar a situação vivida e adaptar-se a limites alternativos ao seu estilo de vida e melhora na sua qualidade de vida.⁷⁸

6.CONCLUSÃO

O estudo obteve as seguintes conclusões:

- A cirurgia de revascularização causa impacto positivo na QVRS no pós-operatório;

- Em relação as variáveis sociodemográficas, a população em estudo foi composta, em sua maioria, de homens casados, com idade predominante de 50 a 70 anos e baixo nível de escolaridade;

- Em relação ao perfil clínico e aos fatores de risco associados, nota-se que a maior parte da população estava acima do peso. Em percentual decrescente, predominou a HAS, IAM, Tabagismo, Dislipidemia e DM. Quanto ao número de artérias comprometidas, nota-se que a maioria possuía mais de uma artéria comprometida;

- Há melhora QVRS nos domínios capacidade funcional, aspectos físicos, dor,estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental através de mensuração com instrumento genérico SF 36 no pré e pós-operatórios.

- Há melhora na QVRS nos domínios físico, social, mental e global através da mensuração com instrumento específico MacNew;

- Houve melhora significativa dos escores de QVRS em relação ao domínio dor do SF 36 e do item dor avaliado pelo macnew.

- Os domínios com maior impacto na QVRS foram: físico, através do instrumento genérico; e social, para o instrumento específico;

- Os níveis de ansiedade e depressão apresentaram melhora significativa no pré e pós-operatório mensurado através de instrumentos específicos: Inventário Depressão de Beck e Idate estado e traço;

- Comparados as variáveis sociodemográfica e clínica com os domínios físico, sócio, mental e global do instrumento específico MacNew, os pacientes que haviam evoluído com IAM apresentaram uma correlação estatisticamente significante no domínio social e global;

As demais variáveis não se correlacionaram estatisticamente, apresentando apenas interação entre elas.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

7.1. Análise do campo da pesquisa através das visitas domiciliares para coleta de dados no pós- operatório

Os pacientes que se beneficiam do atendimento de saúde, principalmente do sistema público, são pessoas carentes e muitas vezes não desfrutam de um ambiente familiar adequado a uma correta recuperação da saúde no pós-operatório.

Com o surgimento de doença crônica, as pessoas por ela atingidas são levadas a tratamento, por vezes de forma singela, através da automedicação, prática condenada pelos profissionais da saúde, pois raras vezes o problema é resolvido, e uma errônea medicação pode levar a resistência, o que prejudica ou, por vezes, piora o estado clínico do paciente.

A alta hospitalar, por si só, não implica que o paciente está completamente apto à volta às suas atividades habituais. Por vezes, o ambiente familiar, associado à carência de saneamento básico, uma boa alimentação e uma moradia digna e adequada levam à deterioração de sua qualidade de vida no pós-operatório. A saída do quadro de internação vem acompanhada de uma série de condutas que devem ser levadas pelo paciente, tais como, mudanças de hábitos de vida, evitar tabagismo, prática de atividades físicas, ter uma boa alimentação além da prescrição de medicamentos a serem tomados de forma “matemática” e precisa pelos pacientes.

A clientela que se beneficia do atendimento de saúde, principalmente do sistema público, são pessoas carentes e se encaixam nos exemplos acima, ou seja, não desfrutam de um ambiente familiar adequado a uma correta recuperação da saúde no pós-operatório.

Desassistidos pelos familiares, o quadro de recuperação pode se agravar, e principalmente se associado ao surgimento de quedas de imunidade, autoestima e depressão.

É diante desse, ora apontado, que se faz necessária a intervenção dos profissionais de saúde na recuperação dos pacientes no pós-operatório, ou seja, além do tratamento hospitalar que tiveram, não seria uma utopia dizermos que os profissionais da saúde deveriam acompanhar os pacientes no pós-operatório, pois o

amparo de um profissional da área em muito contribuiria para uma melhora no restabelecimento da saúde dos pacientes, propiciando uma robusta qualidade de vida a eles.

A Constituição Federal, infere em seu artigo 196, que a Saúde é direito de todos e dever do Estado, este assumiu para si obrigações e deveres com a Saúde Pública, e alternativas como a acima apontada com relação ao pós-operatório deveriam ser implantadas pelo Poder Público através de centro de reabilitação.

Durante esta pesquisa foram feitas visitas domiciliares e observou-se a presença de estados depressivos, a ausência de uma atenção especial, a falta de assepsia, a carência alimentar e o abandono familiar.

A simples visita do pesquisador confortou alguns pacientes, pois se sentiram lembrados, resgatou-se um pouco sua autoestima e puderam conversar um pouco.

A presença de um profissional da saúde no lar dos pacientes mostra-se muito importante para o restabelecimento da saúde do corpo e da alma. Trata-se de um prolongamento do operatório no pós-operatório, o que sem dúvida alguma, contribui para uma melhoria na qualidade de vida desses pacientes.

É neste ponto que defendemos uma postura interdisciplinar do pesquisador e dos profissionais da saúde, pautada em saber lidar com o amor ao próximo e no exercício das diferenças, postura esta, que defendemos no curso da pesquisa e que deveria ser uma atitude presente nos profissionais da saúde realmente comprometidos em melhorar a saúde pública, em buscar melhorias na qualidade de vida, principalmente no pós-operatório dos pacientes. A singela visita do pesquisador e profissional da saúde já apontaram resultados positivos, como acima relatados. Destarte, se essa prática passasse a ser uma frequência no tratamento dos pacientes, sem dúvida alguma isso contribuiria para melhorias na qualidade de vida dos pacientes no pós-operatório.

REFERÊNCIAS

1. Rodrigues PH, Santos IS. Saúde e cidadania: uma visão histórica e comparada do SUS. São Paulo: Atheneu; 2009. p. 71-91.
2. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado; 2008.
3. Melo PCE, Cunha STF, Tonini T. Políticas de saúde pública. In: Figueiredo AMN. Ensinando a cuidar em saúde pública. 2^a ed. São Paulo: Yendis; 2008. p. 49-74.
4. Costa SBMJ, Silva FRM, Carvalho FE. Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes da Saúde da Família do município do Recife (PE, Brasil). Ciênc Saúde Coletiva. 2011; 16(2):623-33.
5. Masson AV, Monteiro IM, Vedovato GT. Qualidade de vida e instrumentos para avaliação de doenças crônicas: revisão de literatura. In: Vilarta R et al. Qualidade de vida: evolução dos conceitos e práticas no século XXI. Campinas: Ipê; 2010. cap. 5, p. 45-50.
6. Scattolin AAF, Diogo DJM, Colombo RCR. Correlação entre instrumentos de qualidade de vida relacionada à saúde e independência funcional em idosos com insuficiência cardíaca. Cad Saúde Pública. 2007; 23(11):2705-15.
7. Dantas SAR, Aguilar MO. Perfil de pacientes com infarto agudo do miocárdio na perspectiva do modelo de “campo de saúde”. Rev Bras Enferm. 1998; 51(4):571-88.
8. Helito BAR, Branco GNR, D’Innocenzo M, Machado RC, Buffolo E. Qualidade de vida dos candidatos a transplantes de coração. Rev Bras Cir Cardiovasc. 2009; 24(1):50-7.
9. Gois LFC, Dantas SAR, Torrati GF. Qualidade de vida relacionada à saúde antes e seis meses após a revascularização do miocárdio. Rev Gaúcha Enferm. 2009; 30(4):700-7.
10. Vila CS, Rossi AL. A qualidade de vida na perspectiva de clientes revascularizados em reabilitação: estudos etnográficos. Rev Latino-Am Enferm. 2008; 16(1):7-14.
11. Berkenbrock I. Envelhecimento saudável e com qualidade de vida. In: Hargreaves LHH. Geriatria. Brasília, DF: SEEP; 2006.
12. Saccomann ICR, Oliveira AR, Collaço BZ, Ferreira C. Qualidade de vida de pacientes após infarto do miocárdio com e sem revascularização. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo. 2011; 21(1 supl A):23-8.

13. Minayo SCM, Hartz AMZ, Buss MP. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Ciênc Saúde Coletiva. 2000; 5(1):7-18.
14. Avezum A, Piegas LS, Pereira JCR. Fatores de risco associados com infarto agudo do miocárdio na região metropolitana de São Paulo: uma região desenvolvida em um país em desenvolvimento. Arq Bras Cardiol. 2005; 84(3):206-13.
15. Gallani MCBJ, Colombo RCB, Alexandre N. Qualidade de vida em pacientes coronariapatas. Rev Bras Enferm. 2003; 56(1):40-3.
16. Brasil. Ministério da Saúde. DataSus [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde/SUS; c2008 [acesso em 27 abr. 2012]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>.
17. Organização Mundial da Saúde (OMS). Cuidados inovadores para doenças crônicas: componentes estruturais em ação: relatório mundial [Internet]. Brasília, DF: OMS; 2003 [acesso em 20 abr. 2011]. Disponível em: http://www.saude.es.gov.br/download/CUIDADOS_INOVADORES_DAS_CONDICOES_CRONICAS.pdf.
18. Marques IR. Doenças cardiovasculares no Brasil: dados estatísticos. CardioSite [Internet]. São Paulo: NIEn/UNIFESP; 2004 [acesso em 11 abr. 2012]. Disponível em: <http://www.unifesp.br/denf/NIEn/CARDIOSITE/dados.htm>.
19. Seidl FME, Zanon CLMC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Cad Saúde Pública. 2004; 20(2):580-8.
20. Franzem E. Avaliação de qualidade de vida em cardiopatia isquêmica [dissertação]. Rio Grande do Sul: Universidade Federal de Rio Grande do Sul; 2005.
21. Russel R. Patogênese da aterosclerose. In: Braunwald E, organizador. Tratado de medicina cardiovascular. 5^a ed. São Paulo: Roca, 1999. v. 2, cap. 34, p. 1179.
22. Bagnatori SR, Bento MA, Moreira LSR. Síndromes coronarianas. In: Quilici AP, Bento AM, Ferreira FG, Cardoso LF, Bagnatori RS. Enfermagem em cardiologia. São Paulo: Atheneu; 2009. p. 306-7.
23. Lima-Costa MF, Peixoto SV, Giatti L. Tendências da mortalidade entre idosos brasileiros (1980-2000). Epidemiol Serv Saúde. 2004; 13(4):217-28.
24. Ramires FAJ, César MAL, Ferreira MFJ. Insuficiência coronariana aguda. RBM Rev Bras Med. 2003; 60(7):415-28.
25. Mioto MB, Ferreira MFJ, César MAL. Insuficiência coronariana crônica. RBM Rev Bras Med. 2011; 68(12):28-36.

26. Bocchi EA, Marcondes-Braga FG, Bacal F, Ferraz AS, Albuquerque D, Rodrigues D, et al.; Sociedade Brasileira de Cardiologia. Atualização da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica - 2012. Arq Bras Cardiol. 2012; 98(1 supl 1):1-33.
27. John AF, Gotto MA. Dislipidemia e outros fatores de risco de doença arterial coronariana. In: Braunwald E, organizador. Tratado de medicina cardiovascular. 5^a ed. São Paulo: Roca, 1999. v. 2, cap. 34, p. 1232-3.
28. Silva Júnior AB, Oliveira MI, Alcântara CE, Resende SE. Fatores de risco para síndromes coronarianas e descrição dos questionários de qualidade de vida MacNew e SF-36. Arq Ciênc Saúde UNIPAR. 2006; 10(1):49-54.
29. Vasconcelos CB. Qualidade de vida, ansiedade e depressão após infarto agudo do miocárdio [dissertação]. Uberlândia: Faculdade de Medicina da universidade Federal de Uberlândia; 2007.
30. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso [Internet]. Washington: OMS; 2012 [acesso em 21 maio 2012]. Nota descriptiva n. 311. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>.
31. Ledoux D, Luikart H. Cirurgia cardíaca. In: Woods SL, Froelicher ES, Motzer AS. Enfermagem em cardiologia. 4^a ed. São Paulo: Manole; 2005. p. 675-684.
32. Braunwald E. Tratado de medicina cardiovascular. 2^a ed. São Paulo: MSD; 1986.
33. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. O Instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). Rev Saúde Pública. 1999; 33(2):198-205.
34. Soares AD, Toledo SAJ et al. Qualidade de vida de portadores de insuficiência cardíaca. Acta Paul Enferm. 2008; 21(2):243-8.
35. Ciconelli RM. Medidas de avaliação de qualidade de vida. Rev Bras Reumatol. 2003; 43(2):11-3.
36. Fayers PM, Machin D. Quality of life: assessment, analysis, and interpretation. Chischester: John Wiley; 1998.
37. Kimura M. Tradução para o português e validação do “Quality of Life Index”, de Ferrans e Powers [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1999.
38. Nogueira CRSR, Hueb W, Takiuti ME, Girardi PBMA, Nakano T, Fernandes F, et al. Qualidade de vida após revascularização do miocárdio com e sem circulação extracorpórea. Arq Bras Cardiol. 1998; 91(4):238-44.
39. Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “Medical Outcomes Study 36-Item Short-form Health Survey” (SF-36) [tese]. São Paulo: UNIFESP; 1997.

40. Ciconelli RM, Ferraz BM, Santos W, Meinão I, Quaresma, MR. Tradução para a Língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol.* 1999; 39 (3):143-50.
41. Buss PM. Promoção da saúde e saúde pública. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz; 1998.
42. Silva AS, Passos SRL, Carballo MT, Figueir M. Avaliação da qualidade de vida após síndrome coronariana aguda: revisão sistemática. *Arq Bras Cardiol.* 2011; 97(6): 526-40.
43. Cattai GBP, Rocha FA, Nardo Júnior N, Pimentel GGA. Qualidade de vida em pacientes com insuficiência renal crônica – SF-36. *Ciênc Cuid Saúde.* 2007; 6(supl.2):460-7.
44. Benetti M, Nahas MV, Barros MVG. Reproducility and validity of a Brazilian version of the MacNew quality of life after myocardial infarction (MacNew QLMI) questionnaire. *Med Sci Sports Exerc.* 2001; 33(5):S62.
45. Saccomann ICR. Qualidade de vida em idosos portadores de insuficiência cardíaca: *Acta Paulista de Enfermagem* ; 24(2):179-84;2011.
46. Guedes AMA, Nascimento FT, Nasrala Neto E, Nasrala MLS. Comparação da qualidade de vida relacionada à saúde entre homens e mulheres após revascularização do miocárdio. *Fisionova [Internet].* Cuiabá: Fisionova; 2007 [acesso em 12 abr. 2011]. Disponível em: <http://fisionova.com.br/articles/articles09.pdf>.
47. Mattos AM, Lougon M, Tura RB, Pereira BB. Depressão e síndrome coronariana aguda. *Rev SOCERJ.* 2005; 18(4):288-94.
48. Sá Júnior AR, Vidal CEL. Depressão, ansiedade e doença cardiovascular. *Arq Bras Psiquiatr Neurol Med.* 2002; 32-5.
49. Marcolino JAM, Mathias LAST, Piccinini Filho L, Guaratini AA, Suzuki FM, Alli LAC. Escala hospitalar de ansiedade e depressão: estudo da validade de critério e da confiabilidade com pacientes no pré- operatório. *Rev Bras Anestesiol.* 2007; 57(1):52-62.
50. Pinton FA, Carvalho CF, Miyazaki MCOS, Godoy MF. Depressão como fator de risco de morbidade imediata e tardia pós revascularização cirúrgica do miocárdio. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2006; 21(1):68-74.
51. Santana CAA. Cirurgia de revascularização do miocárdio: mudanças vividas pelos pacientes e sua opinião sobre o papel do fisioterapeuta na reabilitação cardíaca [dissertação]. Divinópolis: UEMG; 2008.
52. Smeke ELM, Oliveira NLS. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: Vasconcelos EM, organizador. A saúde nas palavras e gestos: reflexões da rede popular de educação e saúde. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 115-36.

53. Lopes SRS, Piovesa ETA, Melo LO, Pereira MF. Pontencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. Com Ciênc Saúde. 2007; 18(2):145-7.
54. Melo CM, Souza LA, Leandro LE ET AL . A educação em saúde como agente promotor de qualidade de vida para o idoso. Ciênc Saúde 14(1); 2009.
55. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; [acesso em 10 maio 2011]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>.
56. Diretrizes de reabilitação cardiopulmonar e metabólica: aspectos práticos e responsabilidades. Arq Bras Cardiol. 2006; 86(1):74-82.
57. Nakajima KM. Qualidade de vida relacionada à saúde na coronariopatia: avaliação das propriedades psicométricas de instrumentos específicos [dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2006.
58. Hillers TK, Guyatt GH, Oldridge N, Crowe J, Willan A, Griffith L, et al. Quality of life after myocardial infarction. J Clin Epidemiol. 1994; 47(11):1287-96.
59. Höfer S, Lim L, Guyatt G, Oldridge N. The MacNew Heart Disease health-related quality of life instrument: a summary. Health Qual Life Outcomes. 2004; 2(3):1-8.
60. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. J Consult Clin Psychol. 1998; 56:893-7.
61. Gorestein C, Andrade L. Inventário de Depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. Rev Psiquiatr Clin. 1998; 25(5):245-50.
62. Fioravanti MCA, Santos LF, Maissonette S, Cruz APM, Landeira-Fernandez J. Avaliação da estrutura fatorial da escala de Ansiedade-Traço do IDATE. Aval Psicol. 2006; 5(2):217-24.
63. Siegel S, Castellan NJ Jr. Estatística não paramétrica para ciências do comportamento. 2^a ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 448.
64. Lobiondo-Wood,G; Haber,J. Nursing Research:methods, critical appraisal and utilization. 3 ed. St Louis, Mosby-Year- Book, 1994.
65. Benetti M, Araújo CLP, Santos RZ. Aptidão cardiorrespiratória e qualidade de vida pós infarto em diferentes intensidade de exercícios. Arq Bras Cardiol. 2010; 95(3):399-404.

66. Benetti M, Nahas MV, Rebelo RPV, Lemos LS, Carvalho T. Alteração na qualidade de vida em coronariopatas acometidos de infarto agudo do miocárdio, submetido a diferentes tipos de tratamento. *Rev Bras Ativ Fis Saúde.* 2001; 6(3):27-33.
67. Takuiti ME, Hueb W, Hiscock SB, Nogueira CRSP, Girardi P, Fernandes F, et al. Qualidade de vida após revascularização cirúrgica do miocárdio, angioplastia ou tratamento clínico. *Arq Bras Cardiol.* 2007; 88(5):537-44.
68. Souza NE, Quadros SA, Maestri R, Albarrán C, Sarmento-Leite R. Preditores de mudança na qualidade de vida em evento coronariano agudo. *Arq Bras Cardiol.* 2008; 91(4):252-9.
69. Luz LP, Solimene CM. Peculiaridades da doença arterial coronariana na mulher. *Rev Assoc Méd Bras.* 1999; 45(1):45-54.
70. Favarato SMEC, Aldrighi MJ. A mulher coronariopata no climatério após a menopausa: implicações na qualidade de vida. *Rev Assoc Méd Bras.* 2001; 47(4):339-49.
71. Eduardo RFC. Qualidade de vida, saúde e atividades físicas de mulheres que sofreram infarto agudo do miocárdio [dissertação]. Campo Grande: Universidade Católica Dom Bosco; 2010.
72. Janzon M, Levin LA, Swahn E. Invasive treatment in unstable coronary artery disease promotes health-related quality of life: results from the FRISC II trial. *Am Heart J.* 2004; 148(1):114-21.
73. Kim J, Henderson RA, Pocock SJ, Clayton T, Sculpher MJ, Fox KAA; RITA-3 Trial Investigators. Health-related quality of life after interventional or conservative strategy in patients with unstable angina or non-ST-segment elevation myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol.* 2005; 45(2):221-8.
74. Alcântara CE. Qualidade de vida após infarto agudo do miocárdio: avaliação com os questionários Mac New QLMI e SF-36 [dissertação]. Uberlândia: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia; 2005.
75. Melo PME, Ferreira LP. Calidad de vida 2 años después de la revascularización coronaria. *Rev Enferm Clin.* 2007; 17(6):309-17.
76. Hlatky MA. Coronary revascularization and quality of life. *Am Heart J.* 2004; 148(1):5-6.
77. Silva CFP, Caldas PC. Implicações psicossociais do envelhecimento: o caso da cirurgia de revascularização do miocárdio em mulheres idosas. *Rev Kaíros.* 2007; (10):189-204.
78. Favarato MECS, Favarato D, Hueb WA, Aldrighi JM. Qualidade de vida em portadores de doença arterial coronária: comparação entre gêneros. *Rev Assoc Méd. Bras.* 2006; 52(4):236-41.

79. Aldana GS, Whitmer WR, Greenlaw R, Avins AL, Thomas D, Salberg A, et al. Effect of intense lifestyle modification and cardiac rehabilitation on psychosocial cardiovascular disease risk factors and quality of life. *Behav Modif.* 2006; 30(4):507-25.
80. Capela EC. Avaliação de dor, qualidade de vida e sintomas secundários de fibromialgia na população de Embu: ansiedade e depressão [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2006.
81. Lemos G. Associação entre depressão, ansiedade e qualidade de vida em pacientes que apresentam quadro de pós-infarto. *Rev. Psic Teor e Pesq* 24(4); 2008.
82. Favarato SMEC, A mulher coronariopata no climatério após a menopausa: Implicações na qualidade de vida [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2000.
83. Kaiper BC. Avaliação do inventário de Ansiedade Traço estado (IDATE) através da análise de Rasch [dissertação]. Porto Alegre: Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.
84. Porto CC. Doenças do coração: prevenção e tratamento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. Qualidade de vida e doenças cardiovasculares.
85. V Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol.* 2007; 89(3):e24-e79.
86. Miranda FA, Gallani JBCM, Araújo S. Significados e atitudes de pacientes de cirurgia cardíaca: influências de variáveis sociodemográficas. *Rev Bras Enferm.* 2005; 58(3):266-71.
87. Ramos FCE. Qualidade de vida, saúde e atividades físicas de mulheres que sofreram infarto agudo do miocárdio [dissertação]. Campo Grande: Universidade Católica Dom Bosco; 2010.
88. Meneses R, Almeida MC, Abecasis J, Arroja I, Carvalho A, Aleixo A. A depressão em doentes com infarto agudo do miocárdio. *Rev Port Cardiol.* 2007; 26(11):1143-63.
89. Beckie MT, Beckstead WJ, Webb SM. Modeling women's quality of life after cardiac events. *West J Nurs Res.* 2001; 23(2):179-94.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisador(es): Andréia Lima Matos Dal Boni

Orientador: Profº. Drº. José Eduardo Martinez

Título da pesquisa: Impacto da Qualidade de Vida de pacientes submetidos à revascularização do miocárdio.

Nome (participante): _____

Caro participante:

Gostaríamos de convidá-lo a participar como voluntário da pesquisa intitulada “*Impacto da Qualidade de Vida de pacientes submetidos à revascularização do miocárdio*”, referente a Trabalho de Conclusão de tese mestrado. O objetivo deste estudo é determinar qual o impacto da cirurgia de revascularização do miocárdio na qualidade de vida de pacientes no pré-operatório e dois meses após (fase 2 de reabilitação).

Sua forma de participação no estudo consiste em responder a quatro questionários, na indicação da cirurgia e após 60 dias da data da cirurgia, no ambulatório do hospital Santa Lucinda

Não será cobrado nada e não haverá gastos nem riscos na sua participação neste estudo, portanto não estão previstos resarcimentos ou indenizações. Não haverá benefícios imediatos na sua participação, mas os resultados contribuirão para avaliarmos a sua qualidade de vida quanto ao resultado do procedimento realizado. Seu nome não será utilizado em qualquer fase da pesquisa, o que garante seu anonimato.

Gostaríamos de deixar claro que sua participação é voluntária e que poderá recusar-se a participar, ou retirar seu consentimento, ou ainda descontinuar sua participação, se assim o preferir.

Desde já agradecemos sua atenção e participação e colocamo-nos à disposição para mais informações a respeito do estudo, a qualquer momento.

Em caso de dúvidas e outros esclarecimentos sobre esta pesquisa você poderá entrar em contato com os(as) autores(as) Andréia Lima Matos Dal Boni (015) 3212-9900

Eu confirmo que [nome(s) do(s) pesquisador(es)] explicou(aram)-me os objetivos desta pesquisa, bem como a forma de participação. As alternativas para minha participação também foram discutidas. Eu li e compreendi este termo de consentimento. Portanto, eu concordo em dar meu consentimento para participar como voluntário desta pesquisa.

____ / ____ / ____

(data)

(Assinatura do participante)

1ª via Pesquisador/ 2º via participante

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA

INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICO E CLINICA

Formulário: n º _____

1. Caracterização sóciodemográfica

- 1.1. Nome (Iniciais) DN_____ / ____ / ____.
- 1.2. Idade: _____
- 1.3. Sexo: Feminino Masculino
- 1.4. Estado Civil: solteiro casado viúvo separado convivente.
- 1.5. Naturalidade_____
- 1.6. Procedência: _____
- 1.7. Escolaridade: Não alfabetizado Fundamental Fundamental incompleto Médio Graduação Especialização Mestrado Doutorado
Anos de estudos _____.
- 1.8. Profissão: _____.
- 1.9. Situação de trabalho antes IC:
 ativo aposentado compulsoriamente aposentado por invalidez
 aposentado + trabalho recebendo auxílio doença desempregado do lar.
- 1.10. Situação após a Revascularização do miocárdio
 ativo aposentado compulsoriamente aposentado por invalidez
 aposentado + trabalho recebendo auxílio doença desempregado do lar.
- 1.11. Renda familiar
 1 salário mínimo 2 -3 salários mínimos
 4- 5 salários 6 a mais salários mínimos.

2. Caracterização Clinica

- 2.1. Dados relacionados ao quadro clínico
- 2.2. Data do diagnóstico de insuficiênci a coronariana _____ / ____ / ____
- 2.3. Duração da doença até indicação da cirurgia _____ anos
- 2.4. IAM prévio sim não quantos: _____
- 2.5. Tratamento: clínico angioplastia Cirurgia de RM
- 2.6. Nº de artérias comprometidas: uma duas três mais
- 2.7. Sinais e sintomas no (último mês):

dispneia angina arritmias síncope edema

3. Fatores de riscos associados

3.1. Diabetes mellitus sim não

3.2. Dislipidemia sim não

3.3. HAS sim não

3.4. Tabagismo sim não Tempo de uso: _____ cigarro dias _____. Há quanto tempo parou? _____

3.5. Consumo de álcool: sim não

3.6. Reposição hormonal sim não

3.7. Sedentarismo sim não

3.8. Morte de familiar por doença cardiovascular sim não

3.9. Peso: _____ kg Altura: _____ IMC= _____ Kg/m²

3.10. AVC: sim não 3.11. DM sim não

4. Exames Diagnósticos

4.1. Ecocardiograma: Data do Último exame _____ / _____ / _____

FE(Fração de ejeção) Método Cubo _____ Método Teicholtz _____

4.2. Disfunção sistólica. Considerar SIM, se assinalado pelo menos 1 destes 4 itens

Acinesia Hipocinesia Discinesia FE rebaixada

4.3. Disfunção diastólica sim não (considerar registro no laudo)

4.4. Cateterismo cardíaco: Data do último exame: _____ / _____ / _____

FE: _____

4.5. Lesão de tronco sim não

APÊNDICE C - IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA E PACIENTES SUBMETIDOS A REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO

Impacto na qualidade de vida e pacientes submetidos a revascularização do miocárdio

Impact on quality of life and patients undergoing CABG

Impacto en la calidad de vida y los pacientes sometidos a CABG

Andréia Lima Matos Dal Boni^I; José Martinez;^{II} Izabel Cristina R. Saccomamm^{III}

^IEnfermeira Especialista em Unidade Terapia Intensiva, Mestranda em Educação Profissional na área da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUCSP. São Paulo, Brasil. E-mail de contato: aboni@pucsp.br

^{II}Médico, Professor Titular Faculdade de Ciências Médicas da PUC/SP, São Paulo, Brasil.

^{III}Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Assistente Mestre do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da PUC/SP, São Paulo, Brasil.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo determinar o impacto da cirurgia de revascularização do miocárdio (RM) na qualidade de vida dos pacientes; analisar e comparar as dimensões da qualidade de vida antes e após a intervenção cirúrgica; comparar as variáveis sociodemográficas e clínicas aos aspectos de depressão e ansiedade no pré e pós-operatório revascularização do miocárdio. Foram entrevistados 78 pacientes no pré e pós-operatório, aplicados os instrumentos: The Medical Study 36- item Short- From Health Survey (SF-36), Macnew Heart Disease Health - related Quality of Life Questionnaire MacNew, Inventário Depressão Beck e Stait Trait Anxiety inventory (Idate). Houve melhora significativa em todos os domínios da qualidade de vida, depressão e ansiedade ($p=0,05$). Os domínios físico e social do SF-36 apresentaram menor pontuação dos escores (13,46 e 3,03, respectivamente), bem como o domínio social do instrumento Macnew (3,03). Os domínios social e global do MacNew compararam positivamente com pacientes com infarto agudo do miocárdio prévio, o que demonstra que a cirurgia de revascularização ocasionou impacto positivo na qualidade de vida desses pacientes.

Descritores: Qualidade de vida. Revascularização do Miocárdio. Pacientes.

ABSTRACT

The objective of this study is to determine the quality of life in patients undergoing myocardial revascularization; to analyze and compare it before and after the intervention; to compare clinic and sociodemographic variables to aspects of depression and anxiety disturbs at pre and post-operative periods. Seventy-eight patients were interviewed at pre and post-operative time, applying the instruments: The Medical Study 36- item Short- From Health Survey (SF-36), Macnew Heart Disease Health - related Quality of Life Questionnaire MacNew, Depression Inventory Beck e Stait Trait Anxiety inventory (Idate). There was a significant improvement in all aspects of the quality of life, depression and anxiety ($p=0,05$). The SF-36 physical and social aspects represents the lowest scores (13,46 and 3,03, respectively), as well as the social aspect of Macnew instrument (3,03). The social and global Macnew aspects were positively compared to patients with previous acute myocardial infarction, which demonstrates that the revascularization surgery impacted positively in the patients quality of life.

Key words: Quality of life. Myocardial revascularization. Patients.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo determinar el impacto de la cirugía de revascularización coronaria (CABG) en la calidad de vida de los pacientes, analizar y comparar las dimensiones de calidad de vida antes y después de la cirugía, comparar aspectos sociodemográficos y clínicos de la depresión y ansiedad en la cirugía de revascularización miocárdica preoperatoria y postoperatoria. Entrevistamos a 78 pacientes antes de la cirugía y en el postoperatorio, los instrumentos aplicados: El Estudio Médico 36 - Item Short-Desde Health Survey (SF-36), Corazón MacNew Salud Enfermedades - Calidad de Vida relacionada MacNew, Inventario de Depresión de Beck y Rasgo Stait Anxiety Inventory (STAI). Hubo una mejora significativa en todos los dominios de la calidad de vida, la depresión y la ansiedad ($p = 0,05$). Los dominios físicos y sociales de las puntuaciones del SF-36 tuvieron puntuaciones más bajas (13,46 y 3,03, respectivamente), así como la MacNew instrumento social (3,03). El resultado CABG impacto positivo en la calidad de vida de estos pacientes.

Palabras clave: Calidad de vida. La revascularización miocárdica. Pacientes.

INTRODUÇÃO

As transformações das políticas econômicas e sociais nas últimas décadas geraram um processo de transição demográfica e epidemiológica, em especial, o aumento na longevidade da população através de uma mudança no perfil de mortalidade em crianças e doenças infecciosas para um perfil de mortalidade em idades mais avançadas, causadas por doenças crônicas e externas.¹

As doenças crônicas são permanentes, produzem incapacidades residuais causadas por alterações patológicas irreversíveis, complicações, prejuízos na qualidade de vida (QV), além de implicações econômicas em seu controle e tratamento. Sendo assim, os tratamentos exigem formação especial do doente, com longos períodos de supervisão, observação e cuidado.²

A insuficiência cardíaca (IC) é apontada como desfecho final da maioria das doenças cardiovasculares e, uma vez instalada, tem um forte impacto na vida do paciente, decorrente dos sintomas físicos e psicológicos,³ sendo reconhecida mundialmente como um problema de saúde pública pelo seu aumento a cada ano e por representarem maiores custos à Previdência, com licenças e aposentadorias antecipadas.

Os avanços clínicos e cirúrgicos no tratamento dos pacientes com IC têm possibilitado a sobrevivência das pessoas acometidas por doenças cardiovasculares, modificando a morbimortalidade relacionada à doença; com eles surgem novas classes de medicamentos que permitem a sobrevida e a melhora na QV dos pacientes. Porém o reconhecimento e o rápido tratamento são fundamentais na prevenção de fatores que podem exacerbar a insuficiência cardíaca.⁴

A revascularização do miocárdio (RM) realizada dentro de condições ideais permite melhorar os sintomas decorrentes da IC, aumentar a sobrevida e consequentemente proporcionar um ganho na QV desses indivíduos.⁵ A qualidade de vida relacionada à doença cardiovascular e o impacto do tratamento na vida individual tem sido objeto de investigação, sendo consideradas relevantes, pois além de avaliar os resultados terapêuticos, gera hipóteses e reflexões que possibilitam a ampliação do enfoque dos estudos sobre qualidade de vida, buscando alternativas metodológicas teóricas e conceituais.⁶

Os estudos sobre a QV e a prática clínica nos serviços de saúde têm sido um importante processo para tomada de decisão clínica e determinação do benefício terapêutico, como meio de avaliar a sobrevida do paciente após cirurgia de RM.⁶ Ao mesmo tempo, propicia ações de melhoria na reabilitação desses pacientes através dos instrumentos de qualidade de vida, elaborando programas de atendimento e cuidado à saúde de indivíduos e

comunidades, conforme as suas necessidades, além da promoção de condições favoráveis para participação no cuidado de sua saúde de forma mais integrada.⁶

Considerando que as doenças arteriais coronarianas são multifatoriais e interferem na saúde do indivíduo em várias dimensões, e que a cirurgia de revascularização do miocárdio não tem caráter curativo, sendo um tratamento invasivo que visa a promover uma melhor qualidade de vida, este estudo teve como objetivos determinar o impacto da cirurgia de revascularização do miocárdio na qualidade de vida de pacientes, com a finalidade de uma construção compartilhada da prática da Educação em Saúde, permitindo a experiência do cotidiano dos indivíduos nas relações que influenciam a qualidade de suas vidas.

OBJETIVOS

Determinar o impacto da cirurgia de revascularização do miocárdio na qualidade de vida dos pacientes.

MÉTODO

Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, com delineamento descritivo e exploratório, desenvolvido no ambulatório do Hospital Santa Lucinda, Sorocaba, interior de São Paulo. Fizeram parte desta amostra pacientes no pré-operatório e após dois meses do pós-operatório de RM, de ambos os性os, e que concordaram em participar do estudo, assinando o Termo de consentimento Livre e Esclarecido. O projeto obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC/SP, sob o nº 781/2011.

Para coleta de dados os pacientes foram convidados a participar do estudo nos dias agendados para consulta ambulatorial, no qual foram aplicados cinco instrumentos descritos a seguir.

Caracterização Sóciodemográfica e Clínica que inclui: gênero, idade, situação conjugal, escolaridade, doenças crônicas prévias, hábitos de fumo, números de artérias comprometidas e índice massa corpórea.

The Medical Study 36-item Short-From Health Survey (SF-36), criado para ser um instrumento genérico de avaliação de saúde, tendo sido validado, em 1997, por Ciconelli⁷ É um questionário multidimensional formado por 36 itens, englobando oito escalas ou

domínios: capacidade funcional , limitação por aspectos físicos, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos emocionais, saúde mental . A oitava escala não está relacionada à avaliação das dimensões e sim à percepção do indivíduo frente ao seu estado de saúde atual, quando comparado a um ano atrás. Cada dimensão é analisada separadamente, e sua pontuação varia de 0 a 100, sendo que 0 reflete o pior estado geral de saúde e 100 o melhor estado geral de saúde.⁸

Macnew Heart Disease Health - related Quality of Life Questionnaire (MacNew), instrumento específico para pacientes coronariopatas com angina e/ou infarto, consiste em 27 itens distribuídos em três diferentes domínios: função física, função emocional , função social e global. Cada item é composto por uma escala de resposta tipo likert com escore que variam de 1 a 7 pontos. Escores mais altos indicam melhor qualidade de vida. No Brasil, este instrumento foi traduzido e adaptado por Benetti et al.¹ e validado por Nakajima.⁹

Inventário de Depressão de Beck, utilizado, neste estudo, com a finalidade de excluir a influência de outros fatores clínicos e psicológicos. Este instrumento foi traduzido e validado para a língua portuguesa por Gorenstein e Andrade em 1996. É uma medida de autoavaliação de depressão usada tanto em pesquisa como em clínica, sendo traduzido para vários idiomas inclusive em português, e validado em diferentes países.^{10,11} A escala original consiste em 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de 0 a 3.¹¹

Inventário de Ansiedade Estado e Traço (Idate-Traço), traduzido e validado para a língua portuguesa por Biaggio e Natalício, em 1979. Trata-se de um questionário de autoavaliação composto de duas escalas, elaboradas para medir dois conceitos de ansiedade: estado de ansiedade e traço de ansiedade.¹² Cada escala consiste de 20 afirmações de 4 pontos (1 a 4) em que o indivíduo indica a intensidade daquele momento (Idate -Estado) ou a frequência com que ocorre (Idate –Traço) . O escore total de cada escala varia de 20 a 80, sendo que os valores mais altos indicam maiores níveis de ansiedade.¹²

ANÁLISE DOS DADOS

A Estatística descritiva foi utilizada para caracterização da amostra em relação aos dados sóciodemográficos, clínicos e aos escores dos instrumentos, elaboração das tabelas de frequência, medidas de posição (média, mediana, mínima, máxima e desvio padrão). Para comparar os grupos foi utilizado o teste “t”,¹³ e fixado os níveis de significância em 0,05 ou 5%. A confiabilidade das medidas de qualidade de vida, depressão e ansiedade para a amostra do estudo foi analisada pela consistência interna dos itens e domínios, utilizando-se o coeficiente alfa de Cronbach (valores > 0,70 foram considerados aceitáveis)¹⁴

RESULTADOS

A amostra foi constituída predominantemente por homens (67%), com média de idade de 60 ($\pm 8,08$) anos e variação entre 40 a 71 anos. Quanto ao estado civil, 56 (72%) pacientes eram casados e 43 (55%) tinham ensino fundamental incompleto. (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição das características sociodemográficas dos pacientes submetidos à revascularização do miocárdio (n=78). SOROCABA, 2012.

Variável	N*	%**
Gênero		
Masculino	52	67
Feminino	26	33
Idade		
40 a 50 anos	12	15
51 a 60 anos	27	35
61 a 70 anos	30	38
71 ou mais anos	9	12
Estado Civil		
Solteiro	03	04
Casado	56	72
Viúvo	10	13
Separado	06	08
Convivente	03	04
Escolaridade		
Não Alfabetizado	03	04
Fundamental completo	18	23
Fundamental Incompleto	43	55
Ensino Médio	14	18

*N: média; **%: frequência

Em relação às características clínicas e aos fatores de risco, a hipertensão arterial predominou em 77% dos sujeitos; seguido de sobrepeso (72%), tabagismo (64%), dislipidemia (58%) e *diabetes mellitus* (38%). Verificou-se que 67% da população evoluíram para o infarto agudo do miocárdio, 62% possuíam três ou mais artérias comprometidas e 77% não tinham lesão de tronco. (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição das características clínicas dos pacientes submetidos à revascularização do miocárdio (n=78). SOROCABA, 2012.

Variável	N*	%**
HAS[†]		
Sim	60	77
Não	18	23
Dislipidemia		
Sim	45	58
Não	30	38
Não Respondeu	3	4
Tabagismo		
Sim	50	64
Não	28	36
IM Prédio[‡]		
Sim	52	67
Não	26	33
Número de Artérias acometidas		
Uma	05	6
Duas	25	32
Três ou mais	48	62
Diabetes Mellitus		
Sim	30	38
Não	48	62
IMC[§]		
Peso Ideal	14	18
Sobrepeso	40	51
Obesidade leve	17	22
Obesidade moderada	05	06
Obesidade mórbida	02	03

*N: média; **%: freqüência; [†]HAS:Hipertensão Arterial Sistêmica;

[‡]IAM: Infarto do Miocárdio; [§]IMC: índice de massa corpórea.

As medidas de QV, avaliadas pelos instrumentos específico Macnew e genérico SF-36, estão apresentadas na tabela 3 e 4. Na análise dos dados, por meio do Macnew, destaca-se que o domínio social teve a menor pontuação média ($3,03 \pm 1,91$) e o domínio emocional a maior pontuação média ($5,66 \pm 0,92$), antes da intervenção. Em relação ao instrumento SF-36, a menor pontuação foi em relação ao domínio aspectos físicos ($13,46 \pm 30,87$) e capacidade funcional ($48,14 \pm 44,75$).

Quando comparados no pré e pós-operatório, os escores dos instrumentos de qualidade de vida apresentaram melhora significativa em todos os domínios.

Tabela 3 - Análise descritiva dos domínios do instrumento Macnew dos pacientes submetidos a RM (n=78). SOROCABA, 2012.

McNew	Domínios McNew				p valor
	Pré-Operatório		Pós-Operatório		
	Média	DP*	Média	DP*	
Físico	4,90	1,35	5,80	1,02	<0,001
Emocional	5,66	0,92	5,08	0,61	<0,001
Social	3,03	1,91	3,69	1,66	<0,001
Global	4,60	0,12	5,57	0,82	<0,001

*DP: desvio padrão.

Tabela 4 - Análise descritiva dos domínios do instrumento SF-36 para os pacientes submetidos a RM(n=78). SOROCABA, 2012.

SF-36	Pré-Operatório		Pós-Operatório		p-valor
	Média	DP*	Média	DP*	
Capacidade Funcional	48,14	27,76	69,87	23,35	<0,001
Aspectos Físicos	13,46	30,87	34,94	44,75	0,002
Dor	60,19	33,66	70,22	28,15	0,024
Estado Geral de Saúde	67,12	22,78	80,38	20,91	<0,001
Vitalidade	55,13	29,60	77,82	22,70	<0,001
Aspectos Sociais	71,63	33,14	88,94	22,61	<0,001
Aspectos Emocionais	54,27	47,78	69,66	45,96	0,044
Saúde Mental	67,08	24,96	82,00	18,63	<0,001

*DP: desvio padrão

Este estudo não tinha como objetivo avaliar a ansiedade e depressão, entretanto, estudos apontam que essas variáveis interferem na QV. Assim sendo, verificou-se se a depressão e ansiedade apresentaram melhora dos escores na QV, utilizando o instrumento Inventário Depressão Beck, que mensura os níveis de depressão e Idate, que mensura os níveis de ansiedade. Na tabela 5 observa-se melhora significativa dos escores em relação ao nível de depressão e ansiedade no pós-operatório de RM.

Tabela 5 - Análise descritiva do Inventário de Depressão de Beck e Idate – Ansiedade para os pacientes submetidos à RM (n=78). SOROCABA,2012.

Escalas	Escala Depressão Beck e Ansiedade				p-valor
	Pré-operatório	Pós-Operatório	Média	DP*	
Depressão Beck	8,49	6,87	5,01	6,61	<0,001
IDATE Estado	36,77	0,92	32,54	0,74	<0,001
IDATE Traço	37,63	1,14	34,04	0,97	<0,001

*DP: desvio padrão

A confiabilidade dos instrumentos, medida pelo alpha de Cronbach, mostrou-se satisfatória com valores alpha acima de 0,77.

DISCUSSÃO

A amostra deste estudo foram caracterizados por homens, idosos e baixo nível socioeconômico. Esses resultados assemelham-se a outros estudos realizados no Brasil, o que pode ser indicativo do padrão socioeconômico e o do perfil de pacientes atendidos em hospitais públicos conveniados ao Sistema Único de Saúde.^{15,16} O baixo nível de escolaridade chama atenção quanto à necessidade dos profissionais de saúde em desenvolverem “educação em saúde” a essa população visando adesão ao tratamento e prevenção a novos eventos.

Neste estudo o percentual maior foi do gênero masculino em relação a feminino. As mulheres estão protegidas por questões hormonais contra a doença cardiovascular durante a idade fértil, pelo possível papel dos estrógenos, o que justificaria a menor incidência delas no grupo estudado. Em geral, a doença cardiovascular na mulher se manifesta 10 anos mais tarde que no homem, e associa-se à concomitância de múltiplos fatores de risco; por outra, o infarto do miocárdio não costuma ser a primeira manifestação da doença na mulher, nela ocorre 20 anos mais tarde que no homem.^{17,18}

Em relação às características clínicas o mesmo resultado foi observado em outros estudos,^{19,20} nos quais as doenças cardíacas são mais agravadas em função do tempo de exposição aos fatores de risco. Esses dados mostram que os fatores de risco para as doenças cardiovasculares mantêm-se semelhantes nas diversas populações estudadas. Além disso, sugere que as mudanças no estilo de vida poderiam reduzir potencialmente o risco de infarto agudo do miocárdio, e consequentemente a diminuição da mortalidade.

A preocupação com Qualidade de Vida Relacionada a Saúde (QVRS), após evento coronariano, leva os indivíduos a adotarem modificações no seu estilo de vida e a RM visa,

em caráter progressivo a melhorar as limitações diárias impostas pela doença. Sendo assim, a RM e a sua complexidade, não pelo ato cirúrgico, mas pelo processo patológico, é marcado pela tentativa reconstrução da qualidade de vida dos indivíduos.¹²

Na avaliação da QVRS, aplicando-se o instrumento SF-36, o domínio aspecto físico teve a menor pontuação no pré-operatório, demonstrando que os pacientes, nesse domínio apresentam-se com grandes limitações para realizar suas atividades diárias, consequência do processo de envelhecimento e suas comorbidades. No entanto, sabe-se que a expectativa de vida dessa população aumentou e a capacidade de interagir socialmente, para os idosos é fundamental, a fim de que eles possam conquistar e manter as redes de apoio, garantindo maior qualidade de vida.²¹ Estudo anterior relata que a insuficiência cardíaca está associada ao comprometimento do desempenho funcional, traduzido nos relatos dos idosos pelas limitações nas atividades diárias, incapacidade para o trabalho e no estabelecimento de relações sociais e perda da independência.²²

A independência funcional é definida como a capacidade de realizar algo com os próprios meios e está associada à mobilidade e à capacidade funcional, quando o indivíduo não requer ajuda para a realização das atividades de vida diária nas condições motoras e cognitivas. Assim, uma QVRS satisfatória pode ser interpretada como a possibilidade de conseguir cumprir suas funções diárias básicas, sentir-se bem e viver de forma independente.²²

A avaliação no pós-operatório, por meio do SF-36, observou-se uma melhora significativa na QVRS em todos os domínios. Esse resultado foi semelhante a outros estudos, o que pode sugerir que a cirurgia de revascularização tem impacto positivo na QV dos pacientes.^{15,23}

Quando comparada a QVRS no pré e pós-operatório com instrumentos específicos Macnew , a cirurgia proporcionou significativamente uma melhora na qualidade de vida em todos os domínios. Outros estudos que analisaram qualidade de vida de pacientes com infarto agudo do miocárdio e submetidos à revascularização^{9,24,25} mostraram resultados semelhantes.

O sucesso do tratamento cirúrgico pode ser interpretado como um impacto positivo na via do paciente e proporcionar uma sensação de cura da doença. Anterior ao tratamento cirúrgico, o paciente sofre pelo medo constante da morte, sobretudo pelas mudanças de hábitos necessárias para a prevenção de novo episódio da doença.²⁰ Com a RM observa-se maior capacidade funcional, diminuição dos sintomas e, consequentemente, melhor convivência com esta afecção²² Além disso, as alterações emocionais associadas a insegurança e medo de um novo evento, que poderiam estar presentes, foram minimizadas com o tratamento cirúrgico.

Especificamente para o instrumento específico Macnew, observa-se que o maior impacto foi no domínio social. A capacidade de interagir socialmente é fundamental para o idoso, a fim de que ele possa conquistar e manter as redes de apoio, e garantir maior qualidade de vida. A satisfação de vida é influenciada pelo modo como as pessoas se sentem sobre seus relacionamentos interpessoais, e o apoio social desempenha um papel importante nesse processo.²⁶

Neste estudo, os pacientes apresentaram melhora na pontuação dos escores das escalas de depressão e ansiedade após a RM. Alterações no padrão de humor tais como, depressão, tristeza e ansiedade são comuns no primeiro mês de recuperação após cirurgia de RM. A sensação de culpa e de ter provocado a sua própria doença cardíaca, com comportamentos e hábitos pouco saudáveis podem atormentar o paciente neste período e após período de 180 dias após a CRVM Cirurgia de Revascularização do miocárdio CRVM eles estão aptos a retornar as suas atividades de vida diária e não dependem tanto da família, melhorando assim sua QV.³ Estudos relatam que sintomas depressivos mais intensos são preditores graves de mortalidade entre indivíduos que sofreram IM e sua influência mostra-se mais significativa no estado funcional dos pacientes do que no grau de comprometimento arterial.²⁵ Assim, a depressão é reconhecida hoje, como importante fator de risco.¹⁸

Atualmente estudos sugerem que a participação dos pacientes em atividades de reabilitação melhora os aspectos psicossociais.²⁷ Os pacientes que participam de centro de reabilitação são capazes de experimentar significativamente uma melhoria na maioria dos domínios de QV e de depressão.²⁸

As doenças cardiovasculares e seus fatores de risco são elementos que interferem na qualidade de vida. Entretanto, após a implementação do procedimento cirúrgico há a possibilidade do paciente compreender a situação vivenciada e adaptar-se a eventuais limites e alterações no seu estilo de vida, além de obter melhora nas condições físicas e emocionais. Assim, cabe um desafio aos profissionais da saúde, no sentido de aprimorar os indicadores de QV, buscando métodos científicos de educação em saúde que promovam medidas que visem minimizar ou eliminar fatores risco modificáveis e com isso contribuir na melhora da qualidade de vida dessa população.

CONCLUSÃO

Neste estudo, constatou-se que a cirurgia de revascularização do miocárdio causa impacto positivo na qualidade de vida dos pacientes. Este resultado pôde ser observado, comparativamente, na melhora de todos os domínios dos instrumentos aplicados para análise. Tal impacto revela-se positivo, também, na possibilidade, para o paciente que submeteu a intervenção cirúrgica, de uma independência funcional progressiva, com diminuição dos sintomas, e na modificação no estilo de vida. Os parâmetros aqui verificados podem contribuir, ainda, para que o profissional de saúde empreenda ações no tocante à promoção e ao planejamento assistencial. Além disso, a mudança individual dos pacientes quanto à percepção da doença (controle e tratamento), pode embasar novas programas e práticas educativas em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Costa SBMJ, Silva FRM, Carvalho FE. Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes da Saúde da Família do município do Recife (PE, Brasil). Ciênc Saúde Coletiva. 2011; 16(2):623-33.
2. Masson AV, Monteiro IM, Vedovato GT. Qualidade de vida e instrumentos para avaliação de doenças crônicas: revisão de literatura. In: Vilarta R et al. Qualidade de vida: evolução dos conceitos e práticas no século XXI. Campinas: Ipê; 2010. cap. 5, p. 45-50.
3. Dantas SAR, Aguilar MO. Perfil de pacientes com infarto agudo do miocárdio na perspectiva do modelo de “campo de saúde”. Rev Bras Enferm. 1998; 51(4):571-88.
4. Helito BAR, Branco GNR, D’Innocenzo M, Machado RC, Buffolo E. Qualidade de vida dos candidatos a transplantes de coração. Rev Bras Cir Cardiovasc. 2009; 24(1):50-7.
5. Gois LFC, Dantas SAR, Torrati GF. Qualidade de vida relacionada à saúde antes e seis meses após a revascularização do miocárdio. Rev Gaúcha Enferm. 2009; 30(4):700-7.
6. Vila CS, Rossi AL. A qualidade de vida na perspectiva de clientes revascularizados em reabilitação: estudos etnográficos. Rev Latino-Am Enferm. 2008; 16(1):7-14.
7. Ciconelli RM, Ferraz BM, Santos W, Meinão I, Quaresma, MR. Tradução para a Língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). Rev Bras Reumatol. 1999; 39 (3):143-50
8. Ciconelli RM. Medidas de avaliação de qualidade de vida. Rev Bras Reumatol. 2003; 43(2):11-3.
9. Nakajima KM. Qualidade de vida relacionada à saúde na coronariopatia: avaliação das propriedades psicométricas de instrumentos específicos [dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2006.
10. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. J Consult Clin Psychol. 1998; 56:893-7.
11. Gorestein C, Andrade L. Inventário de Depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. Rev Psiquiatr Clin. 1998; 25(5):245-50.
12. Vasconcelos CB. Qualidade de vida, ansiedade e depressão após infarto agudo do miocárdio [dissertação]. Uberlândia: Faculdade de Medicina da universidade Federal de Uberlândia; 2007.
13. Siegel S, Castellan NJ Jr. Estatística não paramétrica para ciências do comportamento. 2^a ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 448.

14. Lobiondo-Wood,G; Haber,J. *Nursing Research:methods, critical appraisal and utilization.* 3 ed. St Louis, Mosby-Year- Book, 1994.
15. Benetti M, Nahas MV, Rebelo RPV, Lemos LS, Carvalho T. Alteração na qualidade de vida em coronariopatas acometidos de infarto agudo do miocárdio, submetido a diferentes tipos de tratamento. *Rev Bras Ativ Fis Saúde.* 2001; 6(3):27-33.
16. Souza NE, Quadros SA, Maestri R, Albarrán C, Sarmento-Leite R. Preditores de mudança na qualidade de vida em evento coronariano agudo. *Arq Bras Cardiol.* 2008; 91(4):252-9.
17. Luz LP, Solimene CM. Peculiaridades da doença arterial coronariana na mulher. *Rev Assoc Méd Bras.* 1999; 45(1):45-54.
18. Favarato SMEC, Aldrighi MJ. A mulher coronariopata no climatério após a menopausa: implicações na qualidade de vida. *Rev Assoc Méd Bras.* 2001; 47(4):339-49.
19. Eduardo RFC. Qualidade de vida, saúde e atividades físicas de mulheres que sofreram infarto agudo do miocárdio [dissertação]. Campo Grande: Universidade Católica Dom Bosco; 2010.
20. Saccomann ICR. Qualidade de vida em idosos portadores de insuficiência cardíaca: avaliação de um instrumento específico [dissertação]. Campinas: UNICAMP; 2006.
21. Nogueira CRSR, Hueb W, Takiuti ME, Girardi PBMA, Nakano T, Fernandes F, et al. Qualidade de vida após revascularização do miocárdio com e sem circulação extracorpórea. *Arq Bras Cardiol.* 1998; 91(4):238-44.
22. Scattolin AAF, Diogo DJM, Colombo RCR. Correlação entre instrumentos de qualidade de vida relacionada à saúde e independência funcional em idosos com insuficiência cardíaca. *Cad Saúde Pública.* 2007; 23(11):2705-15.
23. Takuiti ME, Hueb W, Hiscock SB, Nogueira CRSR, Girardi P, Fernandes F, et al. Qualidade de vida após revascularização cirúrgica do miocárdio, angioplastia ou tratamento clínico. *Arq Bras Cardiol.* 2007; 88(5):537-44.
24. Guedes AMA, Nascimento FT, Nasrala Neto E, Nasrala MLS. Comparação da qualidade de vida relacionada à saúde entre homens e mulheres após revascularização do miocárdio. Fisionova [Internet]. Cuiabá: Fisionova; 2007 [acesso em 12 abr. 2011]. Disponível em: <http://fisionova.com.br/articles/articles09.pdf>.
25. Hlatky MA. Coronary revascularization and quality of life. *Am Heart J.* 2004; 148(1):5-6.
26. Silva CFP, Caldas PC Implicações psicossociais do envelhecimento: o caso da cirurgia de revascularização do miocárdio em mulheres idosas. *Rev Kaíros.* 2007; (10):189-204.

27. Kaiper BC. Avaliação do inventário de Ansiedade Traço estado (IDATE) através da análise de Rasch [dissertação]. Porto Alegre: Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.
28. Aldana GS, Whitmer WR, Greenlaw R, Avins AL, Thomas D, Salberg A, et al. Effect of intense lifestyle modification and cardiac rehabilitation on psychosocial cardiovascular disease risk factors and quality of life. *Behav Modif*. 2006; 30(4):507-25.

ANEXO A - INSTRUMENTO SF- 36

Instruções:

Esta pesquisa questiona sobre sua saúde, e as informações revelarão como você se sente e quão bem você é capaz de realizar suas atividades cotidianas. Responda cada questão marcando a alternativa como indicado. Em caso de insegurança no que tange às respostas, favor indicar a assertiva de forma espontânea.

1. Em geral, você diria que sua saúde é : (circule uma)

- Excelente 1
- Muito boa 2
- Boa 3
- Ruim 4
- Muito Ruim 5

2. Comparada há um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?

(circule uma)

- Muito melhor agora do que um ano atrás 1
- Um pouco melhor agora do que um ano atrás 2
- Quase a mesma de um ano atrás 3
- Um pouco pior agora do que um ano atrás 4
- Muito pior agora do que um ano atrás 5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido a sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

(circule um número em cada linha)

Atividades	Sim. Dificulta muito	Sim. Dificulta um pouco	Não. Não dificulta de modo algum
a. Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos	1	2	3
b. Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa	1	2	3
c. Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d. Subir vários lances de escada	1	2	3
e. Subir um lance de escada	1	2	3
f. Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g. Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h. Andar vários quarteirões	1	2	3
i. Andar um quarteirão	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física?

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria ?	1	2
c. Esteve limitado no seu tipo trabalho ou em outras atividades?	1	2
d. Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p.ex: necessitou de um esforço extra) ?	1	2

5. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)?(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria ?	1	2
c. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz ?	1	2

6. Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos, amigos ou em grupo?(circule uma)

- De forma nenhuma 1
- Ligeiramente 2
- Moderadamente 3
- Bastante 4
- Extremamente 5

7. Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas? (circule uma)

- Nenhuma..... 1
- Muito leve 2
- Leve 3
- Moderada 4
- Grave..... 5
- Muito grave..... 6

8. Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora de casa e dentro de casa)?

(circule uma)

- De maneira alguma 1
- Um pouco 2
- Moderadamente..... 3
- Bastante..... 4
- Extremamente..... 5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente em relação as últimas 4 semanas:

(circule um número para cada linha)

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a. Quanto tempo você tem sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b. Quanto tempo você tem sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c. Quanto tempo você tem sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d. Quanto tempo você tem sentido calmo ou tranquilo	1	2	3	4	5	6
e. Quanto tempo você tem sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f. Quanto tempo você tem sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g. Quanto tempo você tem sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h. Quanto tempo você tem sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i. Quanto tempo você tem sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas 4 semanas, em quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

(circule uma)

- Todo o tempo.....1
- A maior parte do tempo ..2
- Alguma parte do tempo...3
- Um pequena parte do tempo.....4
- Nenhuma parte do tempo ..5

11.0 Quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

(circule um número em cada linha)

	Definitivamente verdadeiro	A maioria Das vezes verdadeiro	Não Sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa
a. Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b. Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c. Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d. Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

ANEXO B – MACNEW - QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA

RELACIONADO COM A SAÚDE NA DOENÇA CARDÍACA

Como você tem se sentido nas duas últimas semanas ? (Marque um X no espaço que se refere à sua resposta):

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Grande parte do tempo	Uma parte do tempo	Um pouco da parte do tempo	Raremente	Em nenhum tempo
1. Com que frequência você se sentiu frustrado, impaciente ou irritado durante as duas últimas semanas?							
2. Com que frequência, durante as duas últimas semanas, você sentiu inútil ou deslocado do seu ambiente?							
3. Durante as duas últimas semanas, quanto tempo você se sentiu muito confiante e seguro de que poderia lidar com seu problema cardíaco?							
4. Em geral, quanto tempo você se sentiu desencorajado ou no fundo do poço, nas duas últimas semanas?							
5. Quanto tempo, nas duas últimas semanas, você se sentiu relaxado e livre de tensões?							
6. Com que frequência, nas duas últimas semanas, você se sentiu desgastado ou sem energia?							
7. Em geral, com que frequência você se sentiu agitado ou como se você não pudesse se acalmar, nas duas últimas semanas?							
8. Com que frequência, nas duas últimas semanas, você sentiu vontade de chorar?							
9. Com que frequência, nas duas últimas semanas, você se sentiu mais dependente do que era antes do problema cardíaco?							
10. Com que frequência, nas duas últimas semanas, você se sentiu incapaz de realizar suas atividades sociais ou atividades sociais com sua família?							
11. Com que frequência, nas duas últimas semanas, você sentiu que os outros não tinham a mesma confiança em você como tinham antes do problema cardíaco?							
12. Com que frequência, nas duas últimas semanas, você teve dores no peito durante as atividades do dia a dia?							
13. Com que frequência, nas duas últimas semanas, você se sentiu inseguro ou com pouca autoconfiança?							
14. Com que frequência, nas duas últimas semanas, você se sentiu incomodado com cansaço ou dores nas pernas?							
15. Com que frequência, nas duas últimas semanas, você se sentiu apreensivo ou com medo?							
16. Com que frequência, nas duas últimas semanas, você se sentiu tonto?							
17. Com que frequência, nas duas últimas semanas, você se sentiu inseguro sobre a quantidade de exercícios ou atividades físicas que você deveria estar fazendo?							
18. Com que frequência, nas duas últimas semanas, você sentiu que sua família estivesse sendo superprotetora com você?							
19. Com que frequência, nas duas últimas semanas, você se sentiu como uma "carga" para outras pessoas?							
20. Com que frequência, nas duas últimas semanas, você se sentiu excluído de atividades com outras pessoas devido ao seu problema cardíaco?							
21. Com que frequência, nas duas últimas semanas, você se sentiu incapaz de manter contatos sociais por causa de seu problema cardíaco?							

22. Sentiu-se feliz, satisfeito ou realizado nas duas últimas semanas?

Muito insatisfeito, infeliz a maior parte do tempo

Geralmente insatisfeito, infeliz

Um pouco insatisfeito, infeliz

Geralmente satisfeito, feliz

Feliz, na maior parte do tempo

Muito feliz, na maior parte do tempo

Extremamente feliz, não poderia estar mais satisfeito

23. Em que grau você teve dificuldade para respirar enquanto realizava suas atividades físicas da vida diária, nas duas últimas semanas?

Extrema dificuldade para respirar

Grande dificuldade para respirar

Dificuldade para respirar

Dificuldade moderada

Um pouco de dificuldade para respirar

Pequena dificuldade para respirar

Sem dificuldade para respirar

	Extremamente limitado	Muito limitado	Bastante limitado	Moderadamente limitado	Um pouco limitado	Muito pouco limitado	Sem qualquer limitação
24- Nas duas últimas semanas, quanto você se sentiu limitado para praticar esportes ou exercitar-se, devido ao problema cardíaco?							
25- Em geral, nas duas últimas semanas, quanto você se sentiu restringido ou limitado por causa do seu problema cardíaco?							
26- Em geral, nas duas últimas semanas, quanto você tem sentido limitado em suas atividades físicas por causa do seu problema cardíaco?							
27-Com que frequência, nas duas últimas semanas, você sentiu que seu problema cardíaco afetou suas relações sexuais?							

ANEXO C - INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK

Este questionário consiste de 21 afirmações. Por favor, leia cada uma delas e faça um círculo em volta do número com a afirmação que melhor descreve COMO VOCÊ SE SENTIU NA ÚLTIMA SEMANA, INCLUINDO HOJE.

1.0 Não me sinto triste.

1. Eu me sinto triste.
2. Estou sempre triste e não consigo sair disto.
3. Estou tão triste e infeliz que não consigo suportar.

2.0 Não estou particularmente desanimado (a) quanto ao futuro.

1. Eu me sinto desanimado(a) quanto ao futuro.
2. Acho que nada tenho que esperar.
3. Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.

3.0 Não me sinto um fracasso.

1. Acho que fracassei mais que uma pessoa comum.
2. Quando olho pra trás, na minha vida, tudo que posso ver é um monte de fracasso.
3. Acho que como pessoa sou um completo fracasso.

4.0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.

1. Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
2. Não encontro um prazer real em mais nada.
3. Estou insatisfeito(a) ou aborrecido(a) com tudo.

5.0 Não me sinto especialmente culpado.

1. Eu me sinto culpado(a) às vezes.
2. Eu me sinto culpado(a) na maior parte do tempo.
3. Eu me sinto sempre culpado(a).

6.0 Não acho que esteja sendo punido(a).

1. Acho que posso ser punido(a).
2. Creio que posso ser punido(a).
3. Acho que estou sendo punido(a).

7.0 Não me sinto decepcionado(a) comigo mesmo(a).

- 1.¬ Estou decepcionado(a) comigo mesmo(a).
- 2.¬ Estou enjoado(a) de mim.
- 3.¬ Eu me odeio.

8.0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.

- 1.¬ Sou crítico em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros.
- 2.¬ Eu me culpo sempre por minhas falhas.
- 3.¬ Eu me culpo por tudo de mal que acontece.

9.0 Não tenho quaisquer ideias de me matar.

- 1.¬ Tenho ideias de me matar, mas não executaria.
- 2.¬ Gostaria de me matar.
- 3.¬ Eu me mataria se tivesse oportunidade.

10.0 Não choro mais que o habitual.

- 1.¬ Choro mais agora do que costumava.
- 2.¬ Agora, choro o tempo todo.
- 3.¬ Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.

11.0 Não sou mais irritado(a) agora do que já fui.

- 1.¬ Fico molestado ou irritado mais facilmente do que acostumava.
- 2.¬ Atualmente me sinto irritado o tempo todo.
- 3.¬ Absolutamente não me irrito com as coisas que costumavam irritar-me.

12.0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.

- 1.¬ Interesso-me menos do que acostumava pelas outras pessoas.
- 2.¬ Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.
- 3.¬ Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.

13.0 Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época.

- 1.¬ Adio minhas decisões mais do que costumava.
- 2.¬ Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
- 3.¬ Não consigo mais tomar decisões.

14.0 Não sinto que minha aparência seja pior do que acostumava a ser.

1. → Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos.
2. → Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer mais atrativos.
3. → Considero mais feio.

15.0 Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.

1. → Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
2. → Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa.
3. → Não consigo fazer nenhum trabalho.

16.0 Durmo tão bem quanto de hábito.

1. → Não durmo tão bem quanto costumava.
2. → Acordo uma ou duas horas mais cedo do que o hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir.
3. → Acordo vários várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.

17.0 Não fico mais cansado que de hábito.

1. → Fico cansado com mais facilidade do que costumava.
2. → Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa.
3. → Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.

18.0 Meu apetite não está pior do que de hábito.

1. → Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
2. → Meu apetite está muito pior agora.
3. → Não tenho mais nenhum apetite.

19.0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.

1. → Perdi mais de 2,5 Kg.
2. → Perdi mais de 5,0Kg.
3. → Perdi mais de 7,5 Kg.

Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos: SIM() NÃO()

20.0 Não me preocupo mais que de hábito com minha saúde.

1. → Preocupo-me com problemas físicos, como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.
2. → Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso.
3. → Estou tão preocupado com meus problemas físicos, que não consigo pensar em outra coisa.

21.0 Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.

1. → Estou menos interessado por sexo do que costumava.
2. → Estou bem menos interessado em sexo atualmente.
3. → Perdi completamente o interesse por sexo.

ANEXO D – IDATE ESTADO

PARTE I – IDATE ESTADO

Leia cada pergunta e faça um círculo ao redor do número à direita da afirmação que melhor indicar como você se sente agora, neste momento.

Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar uma resposta que mais se aproxime de como você se sente neste momento.

AVALIAÇÃO

Muitíssimo-----4	Um pouco-----2
Bastante-----3	A absolutamente não-----1

- | | |
|--|---------|
| 1. Sinto-me calmo..... | 1 2 3 4 |
| 2. Sinto-me seguro..... | 1 2 3 4 |
| 3. Estou tenso..... | 1 2 3 4 |
| 4. Estou arrependido..... | 1 2 3 4 |
| 5. Sinto-me à vontade..... | 1 2 3 4 |
| 6. Sinto-me perturbado..... | 1 2 3 4 |
| 7. Estou preocupado com possíveis infortúnios..... | 1 2 3 4 |
| 8. Sinto-me descansado..... | 1 2 3 4 |
| 9. Sinto-me ansioso..... | 1 2 3 4 |
| 10. Sinto-me “em casa”..... | 1 2 3 4 |
| 11. Sinto-me confiante..... | 1 2 3 4 |
| 12. Sinto-me nervoso..... | 1 2 3 4 |
| 13. Estou agitado..... | 1 2 3 4 |
| 14. Sinto-me uma pilha de nervos..... | 1 2 3 4 |
| 15. Estou descontraído..... | 1 2 3 4 |
| 16. Sinto-me satisfeito..... | 1 2 3 4 |
| 17. Estou preocupado..... | 1 2 3 4 |
| 18. Sinto-me confuso..... | 1 2 3 4 |
| 19. Sinto-me alegre..... | 1 2 3 4 |
| 20. Sinto-me bem..... | 1 2 3 4 |

* Os itens são as perguntas de caráter positivo do IDATE- estado.

PARTE II – IDATE TRAÇO

Leia cada pergunta e faça um círculo ao redor do número à direita da afirmação que melhor indicar como você se sente.

Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar uma resposta que mais se aproxime de como você se sente geralmente.

AVALIAÇÃO

Quase sempre-----4	Às vezes-----2
Frequentemente-----3	Quase nunca-----1

- | | |
|---|---------|
| 21. Sinto-me bem..... | 1 2 3 4 |
| 22. Canso-me facilmente..... | 1 2 3 4 |
| 23. Tenho vontade de chorar..... | 1 2 3 4 |
| 24. Gostaria de poder ser tão feliz quanto os outros parecem ser..... | 1 2 3 4 |
| 25. Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente..... | 1 2 3 4 |
| 26. Sinto-me descansado..... | 1 2 3 4 |
| 27. Sou calmo, ponderado e senhor de mim mesmo..... | 1 2 3 4 |
| 28. Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não as consigo resolver..... | 1 2 3 4 |
| 29. Preocupo-me demais com as coisas sem importância..... | 1 2 3 4 |
| 30. Sou feliz..... | 1 2 3 4 |
| 31. Deixo-me afetar muito pelas coisas..... | 1 2 3 4 |
| 32. Não tenho muita confiança em mim mesmo..... | 1 2 3 4 |
| 33. Sinto-me seguro..... | 1 2 3 4 |
| 34. Evito ter que enfrentar crises ou problemas..... | 1 2 3 4 |
| 35. Sinto-me deprimido..... | 1 2 3 4 |
| 36. Estou satisfeito..... | 1 2 3 4 |
| 37. Ideias sem importância me entram na cabeça e ficam preocupando-me..... | 1 2 3 4 |
| 38. Levo os desapontamentos tão a sério, que não consigo tirá-los da cabeça..... | 1 2 3 4 |
| 39. Sou uma pessoa estável..... | 1 2 3 4 |
| 40. Fico tenso e perturbado quando penso em meus problemas do momento..... | 1 2 3 4 |

* Os itens são as perguntas de caráter positivo do IDATE- traço.

ANEXO E – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Comitê de Ética em Pesquisa

Sorocaba, 29 de agosto de 2011.

Ilma. Sra.
Andréia Lima de Matos Dal Boni
Pesquisador responsável

RAT APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA E EMENDAS

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde – PUC/SP informa que aprovou em reunião ordinária realizada em 09.08.11.

Projeto de pesquisa: “Impacto da qualidade de vida de pacientes submetidos à revascularização do miocárdio”, “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” e o parecer do relator.


PROF. DR. JOSÉ AUGUSTO COSTA
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da
Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde – PUC/SP