

TANIA CONCEIÇÃO CONTE

**QUALIDADE DE VIDA NO PRÉ-OPERATÓRIO DE
CIRURGIA CARDÍACA**

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)

MESTRADO EM PSICOLOGIA

CAMPO GRANDE-MS

2008

TANIA CONCEIÇÃO CONTE

**QUALIDADE DE VIDA NO PRÉ-OPERATÓRIO DE
CIRURGIA CARDÍACA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia, área de concentração: Psicologia da Saúde, sob a orientação do Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza.

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)
MESTRADO EM PSICOLOGIA
CAMPO GRANDE-MS
2008

Ficha Catalográfica

Conte, Tânia Conceição

Qualidade de vida no pré-operatório de cirurgia cardíaca / Tânia Conceição Conte; orientador José Carlos Souza. Campo Grande, 2008.

102 f ; il + anexos: 30 cm.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Católica Dom Bosco. Programa de Mestrado em Psicologia.

Orientador: José Carlos Souza

Inclui bibliografias

1. Qualidade de vida 2. Pré-operatório 3. Cirurgia Cardíaca I. Souza, José Carlos II. Título

CDD-617.412

A dissertação apresentada por TANIA CONCEIÇÃO CONTE, intitulada “QUALIDADE DE VIDA NO PRÉ-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA”, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em PSICOLOGIA à Banca Examinadora da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), foi

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza
(orientador/UCDB)

Profa. Dra. Heloisa Bruna Grubits Freire
(UCDB)

Prof. Dr. Paulo de Tarso Camillo de Carvalho
(UNIDERP)

Campo Grande-MS, de 2008.

Dedico aos pacientes que participaram e com
boa vontade, colaboraram para realização
desta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela proteção, amparo e por permitir a oportunidade de evoluir moral e intelectualmente.

Agradeço ao meu companheiro, Luiz Carlos Antônio, pelo seu amor, carinho, compreensão e dedicação à família.

Agradeço a minha filha querida, Ana Carla Conte de Souza, pela compreensão, pelas horas dedicadas, por mim, a este trabalho e, portanto lhe negando, muitas vezes, a atenção merecida.

Agradeço ao meu orientador do Mestrado, Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza, por compartilhar seus conhecimentos, pelo incentivo e exemplo.

Agradeço aos professores do Mestrado em Psicologia da UCDB por tanta dedicação ao curso.

Agradeço ao diretor da Santa Casa de Campo Grande, Dr. Carlos Barbosa, pela amizade e oportunidade de realização deste trabalho.

Agradeço a Maria Elisa de Oliveira pela competência e boa vontade na normatização deste trabalho.

Agradeço ao Lucas Rasi pela dedicação ao trabalho estatístico nesta dissertação.

RESUMO

Introdução: A doença cardíaca ocasiona mudanças na rotina de vida e, associada às características individuais de cada pessoa, pode desencadear alterações físicas e emocionais e, consequentemente, na qualidade de vida (QV). **Objetivo:** Avaliar a QV no pré-operatório de cirurgia cardíaca de pacientes internados na Sociedade Beneficente Santa Casa de Campo Grande, MS. **Método:** Trata-se de um estudo exploratório descritivo e de corte transversal. As variáveis estudadas correspondem aos oito domínios do The Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey (SF-36): capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Como critério de inclusão, participaram apenas os pacientes que seriam submetidos à cirurgia cardíaca. O critério de exclusão foram os pacientes que apresentaram instabilidade hemodinâmica, complicações neurológica grave, confusão mental ou inconsciência, diabetes descompensada, obesidade mórbida, doenças degenerativas, insuficiência renal aguda. Sessenta e dois pacientes internados, aguardando a cirurgia cardíaca, participaram da pesquisa. **Resultados:** Com relação ao sexo, os homens mostraram, em relação às mulheres, diferenças significativas nos domínios vitalidade ($p=0,031$) e aspecto emocional ($p=0,046$). Os participantes pertencentes ao grupo de “Não alfabetizado funcional” demonstraram menor escore no domínio da saúde mental ($p=0,008$) em relação àqueles que compõem o grupo “Fundamental”, “Médio e Superior”. Os participantes classificados como sobre peso demonstraram capacidade funcional ($p=0,023$) maior que os classificados como obesos. Não houve associação significativa entre os domínios do SF-36, com relação aos fatores de risco da doença arterial coronariana, ao estado civil e à idade. Com relação à renda, apresentaram associações significativas os seguintes domínios: capacidade funcional ($p=0,018$), aspecto físico ($p=0,001$), aspecto emocional ($p=0,041$) e saúde mental ($p=0,043$). O maior nível médio de QV medido está no domínio estado geral de saúde, com escore médio de 65,2. O menor escore médio foi no domínio aspectos físicos, com escore médio de 23,0. O ponto de corte utilizado foi de 50%. **Conclusão:** O maior nível médio de QV medido nos pacientes por meio do questionário SF-36 está na dimensão “estado geral de saúde”. O menor escore médio foi na dimensão “aspectos físicos”. O “estado geral de saúde” mostrou uma tendência à boa QV em todas as análises. A QV, no geral, está ligeiramente abaixo do limite de ser considerada como boa.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Pré-operatório. Cirurgia cardíaca.

ABSTRACT

Introduction: Heart disease brings changes in life routine and, associated with individual characteristics of each person, may lead to physical and emotional alterations and, consequently, to changes in quality of life. **Objective:** Evaluate the quality of life in pre-surgical period of cardiac surgery of patients in the Sociedade Beneficente Santa Casa de Campo Grande, MS. **Method:** It is performed a descriptive exploratory study based in transversal cut. The studied variables correspond to the eight domains of "The Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey" (SF-36), which are limitations in physical activities because of health problems, limitations in social activities because of physical or emotional problems, limitations in usual role activities because of physical health problems, bodily pain, general mental health (psychological distress and well-being), limitations in usual role activities because of emotional problems, vitality (energy and fatigue), and general health perceptions. The inclusion criterion used was: patients who would be submitted to the cardiac surgery. The exclusion criterion used was: patients that showed the following symptoms: blood instability, serious neurological disturbs, mental confusion, unconsciousness, uncontrollable diabetes, extreme obesity, degenerative diseases, kidney insufficiency. Sixty two patients awaiting surgery took part of the survey. **Results:** With respect to gender, men showed, in comparison to women, significant differences in the vitality ($p=0.031$) and emotional aspect ($p=0.046$) domains. Participants belonging to the group of "not functional literate" showed lower scores in the mental health domain ($p = 0.008$) compared to those in the groups "Elementary," "High," and "Undergraduate" level of education. Those individuals classified as "overweight" showed higher functional capacity ($p=0.023$) than the classified as obese. There was no significant relation among the domains of SF-36 with respect to the risk factors for coronary artery disease, the marital status and the age. The income level showed significant associations with the following domains: functional capacity ($p=0.018$), physical aspect ($p=0.001$), emotional aspect ($p=0.041$) and mental health ($p=0.043$). The highest average level for quality of life was found in the general health state domain, which scored 65,2 in average; the lowest was found in the physical aspect domain, which scored just 23.0 in average. The cut-off point was 50%. **Conclusion:** The highest average level of quality of life in patients measured using the SF-36 questionnaire is the dimension general health state domain. The lowest scoring average was in physical aspect. The general health state has shown a tendency to good quality of life in all analyses. The quality of life is slightly below the level considered good.

Keywords: Quality of Life. Pre-Surgical Period. Cardiac Surgery.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Médias obtidas pelos participantes em relação ao sexo e às dimensões do SF-36.....	53
GRÁFICO 2 - Médias obtidas pelos participantes em relação à formação acadêmica e às dimensões do SF-36.....	56
GRÁFICO 3 - Médias obtidas pelos participantes em relação aos índices de massa corporal (IMC) e às dimensões do SF-36.	58
GRÁFICO 4 - Médias obtidas pelos participantes em relação ao número de fatores de risco para DAC e às dimensões do SF-36.....	61
GRÁFICO 5 - Médias obtidas pelos participantes em relação ao estado civil e às dimensões do SF-36.....	64
GRÁFICO 6 - Médias obtidas pelos participantes em relação às horas trabalhadas e às dimensões do SF-36.....	66
GRÁFICO 7 - Distribuição geral dos escores médios obtidos por meio das dimensões do SF-36.....	67

LISTA DE SIGLAS

AIDS	– Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AQUAREL	– Assessment of Quality of Life and Related Events
COFFITO	– Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CONEP	– Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DAC	– Doença Arterial Coronária
DPOC	– Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
EORTC QLQ-BR23	– European Organization for Research and Treatment of Cancer Breast Cancer-Specific Quality of Life Questionnaire
FACT-B	– Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast
HAS	– Hipertensão arterial sistêmica
HDL	– Lipoproteínas de alta densidade
HRQOL	– Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
IAM	– Infarto agudo do miocárdio
IC	– Insuficiência cardíaca
IMC	– Índice de Massa Corporal
KHQ	– King's Health Questionnaire
MENQOL	– Menopause Specific Quality of Life Questionnaire
SF-36	– Medical Outcome Study 36-Item Short Form
MRS	– Menopause Rating Scale
NHP	– Nottingham Health Profile
OMS	– Organização Mundial da Saúde

POI	– Pós-operatório imediato
POT	– Pós-operatório tardio
PTCA	– Angioplastia coronariana transluminal percutânea
QV	– Qualidade de Vida
RM	– Revascularização do miocárdio
SAQ	– Seattle Angina Questionnaire
UCDB	– Universidade Católica Dom Bosco
UTI	– Unidade de Terapia Intensiva
WHOQOL-100	– World Health Organization Quality of Life
WHQ	– Women's Health Questionnaire

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Caracterização da amostra	51
TABELA 2 - Comparação entre os sexos nas dimensões SF-36.....	52
TABELA 3 - Número de participantes em cada grupo com relação à formação acadêmica	54
TABELA 4 - Comparação entre as formações acadêmicas nas dimensões do SF-36	55
TABELA 5 - Comparação entre os IMC do SF-36.....	57
TABELA 6 - Participantes em relação ao número de fatores de risco de DAC	59
TABELA 7 - Comparação entre o número de fatores de risco para DAC e as dimensões do SF-36	60
TABELA 8 - Fatores de risco com relação ao sexo	62
TABELA 9 - Comparação entre o estado civil nas dimensões do SF-36.....	63
TABELA 10 - Comparação entre a carga horária de trabalho diário nas dimensões do SF-36	65
TABELA 11 - Distribuição dos escores médios obtidos em relação às dimensões do SF- 36.....	67
TABELA 12 - Análise de correlação entre a idade e as dimensões do SF-36	68
TABELA 13 - Análise de correlação entre a renda mensal e as dimensões do SF-36	68

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 DOENÇAS CARDIOVASCULARES.....	18
2.1 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES	19
2.2 PRÉ-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA	22
2.3 CIRURGIA CARDÍACA.....	24
2.3.1 Histórico	24
2.3.2 Tipos de cirurgias cardíacas mais comuns em adultos.....	25
2.3.2.1 Revascularização do miocárdio	25
2.3.2.2 Cirurgia valvular.....	27
2.3.2.3 Transplante cardíaco	28
3 QUALIDADE DE VIDA	29
3.1 BREVE HISTÓRICO E EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE QV	30
3.2 QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE	32
3.3 PESQUISAS EM QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE	35
4 HIPÓTESES E OBJETIVOS	42
4.1 HIPÓTESES	43
4.2 OBJETIVO GERAL	43
4.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	43
5 MÉTODO	44
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	45
5.2 LOCAL DA PESQUISA.....	45
5.3 DESCRIÇÃO DA POPULAÇÃO-AMOSTRA	45
5.3.1 Critérios de inclusão.....	45
5.3.2 Critérios de exclusão.....	45
5.4 PROCEDIMENTOS	46
5.5 DESCRIÇÃO DOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS.....	46

5.5.1 QUESTIONÁRIO SOCIO-DEMOGRÁFICO	46
5.5.2 QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE QV: SF-36	47
5.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	49
5.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	49
6 RESULTADOS.....	50
6.1 ANÁLISE DOS DADOS DEMOGRÁFICOS DA AMOSTRA.....	51
6.2 ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS COM RELAÇÃO AO SF-36	52
6.3 ANÁLISE DOS DADOS DEMOGRÁFICOS CONTÍNUOS.....	68
7 DISCUSSÃO.....	69
8 CONCLUSÃO	78
REFERÊNCIAS.....	81
APÊNDICES	91
ANEXOS	95

1 INTRODUÇÃO

No Brasil e no mundo cresce o interesse pelo estudo da Qualidade de Vida (QV). A tradução e a validação de questionários de QV para a língua portuguesa estimularam a realização de pesquisas sobre o tema.

Com a melhora dos métodos tecnológicos de diagnósticos e de tratamentos das doenças, houve um aumento da sobrevida das pessoas, mas esse fato não determina que elas tenham uma QV melhor. Faz-se necessário, portanto, que também sejam valorizados os aspectos gerais e de bem-estar da pessoa no sentido de promover uma melhor condição de vida.

A escolha do tema, QV no pré-operatório de cirurgia cardíaca, resulta das diversas indagações oriundas da experiência profissional, nos 13 anos de atuação como fisioterapeuta em terapia intensiva, tanto com os pacientes que estão se preparando para a cirurgia cardíaca, quanto na fase pós-operatória deste procedimento. Dentre os questionamentos, destaca-se a necessidade de se ter subsídios que facilitem a abordagem terapêutica, tendo-se em conta o estado psico-emocional dos pacientes, fato este dependente de suas percepções dentro do contexto em que se encontra. Portanto, esta pesquisa intenta contribuir com parâmetros sobre a QV dos pacientes que se encontram em vias de se submeterem a uma cirurgia cardíaca.

Durante os últimos 50 anos o grande avanço tecnológico em todo o mundo, associado a uma industrialização crescente na maioria dos países, fizeram com que populações passassem a adotar um estilo sedentário, aliado a modificações nutricionais drásticas, ao aumento do hábito de fumar, ingestão de álcool e estresse, como consequências, levaram ao incremento das doenças crônicas degenerativas, especialmente as doenças cardiovasculares, miocardiopatias severas, obesidade, diabetes, osteoporose e aspectos associados à morbidade articular.

A partir do momento em que a pessoa é informada do diagnóstico da doença cardíaca, pode ter alterada sua percepção quanto a si e ao seu corpo, ocasionando muitas implicações em seus sentimentos, pensamentos e comportamentos (MORAES et al., 1999). Em geral, observa-se que, os pacientes, muitas vezes debilitados pela própria doença cardíaca, que leva a limitações físicas, se apresentam ansiosos e sensíveis. A cronicidade da cardiopatia e suas complicações criam uma atmosfera de incerteza, medo e frustração.

Um dos procedimentos mais comuns no tratamento das doenças cardíacas, especialmente em casos de obstrução coronariana, é a cirurgia de Revascularização do

Miocárdio (RM), uma das opções no tratamento dos pacientes com doença isquêmica cardíaca que tem como objetivos prolongar a vida, promover o alívio da dor da angina e melhorar a QV (DANTAS; AGUILAR, 2001).

O avanço da cardiologia gerou maior desenvolvimento e expansão dos cuidados de Fisioterapia a pacientes que se encontram no período perioperatório de cirurgia cardíaca. Os cuidados de Fisioterapia passaram a ser fundamentais na fase pré-operatória e para a recuperação do paciente submetido à cirurgia. Diante desse contexto, a Fisioterapia vem aprimorando seus conhecimentos, propondo novas alternativas de assistência e desenvolvendo uma metodologia própria de trabalho.

Atualmente sabe-se da importância de um programa de orientação fisioterápica pré-operatória para pacientes submetidos à cirurgia de RM, em relação à redução do tempo de internação hospitalar, prevenção de complicações pulmonares, como a perda de volumes pulmonares e força muscular respiratória que podem levar a quadros de hipoxemia e insuficiência respiratória.

Portanto, com o interesse na saúde em geral e bem estar dos pacientes, busca-se melhores formas de compreender e atuar dentro da profissão de Fisioterapeuta, auxiliando no controle dos fatores de risco para doenças cardíacas e mostrando a importância do conhecimento da QV, parâmetro capaz de quantificar a percepção da pessoa com relação à sua saúde. Diante da constatação da necessidade da abordagem Fisioterápica no pré-operatório de cirurgia cardíaca, são necessárias mais pesquisas que avaliem como essa prática se concretiza na realidade local.

Neste capítulo apresentou-se uma breve introdução sobre o trabalho, inclusive sobre a importância da Fisioterapia no pré-operatório de cirurgia cardíaca.

O segundo capítulo deste estudo aborda os tópicos sobre as doenças cardiovasculares, incluindo os aspectos epidemiológicos e fatores de risco, as considerações sobre os aspectos psicofisiológicos da doença cardíaca no pré-operatório de cirurgia cardíaca e por fim os tipos de cirurgia.

O terceiro capítulo versa sobre o tema QV, abordando um breve histórico e evolução do conceito, QV relacionada à saúde e pesquisas sobre a temática proposta.

O quarto capítulo estabelece as hipóteses e objetivos deste trabalho.

O quinto capítulo descreve o método, a população-amostra, os critérios de inclusão e exclusão, os procedimentos e os instrumentos de coleta de dados.

O sexto capítulo apresenta os resultados de acordo com a análise estatística e demonstrados por meio de tabelas e gráficos, e no capítulo sete são apresentadas a discussão e conclusão do trabalho.

2 DOENÇAS CARDIOVASCULARES

O coração tem sido mencionado ao longo dos tempos de diversas maneiras, seja pela comparação feita pelos apóstolos ao se referirem à bondade e virtude, seja como fonte inspiradora de poetas. O coração é um órgão que possui um significado cultural como um órgão responsável pelas emoções e controlador da vida, e a cirurgia nesse órgão desgasta emocionalmente o paciente e sua família, pela ameaça ao futuro e à reestruturação do cotidiano (OLIVEIRA; SHAROVSKY; ISMAEL, 1995).

Após a revolução industrial, observaram-se mudanças nos hábitos de vida das pessoas que associadas ao envelhecimento são as maiores responsáveis pela maior incidência de doenças cardiovasculares (GALACHO; PERES, 2000). Das manifestações cardiovasculares, a aterosclerose acomete as artérias coronárias do coração e, quando o tratamento conservador não é mais possível, deve-se realizar o tratamento cirúrgico.

2.1 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E FATORES DE RISCO DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES

No Brasil, em 2020, uma das principais causas de morbidade e mortalidade serão as doenças cardiovasculares (MORENO Jr.; MELO; ROCHA, 2003). A mortalidade precoce por doença arterial coronariana aumentou em 35,8% em homens e 51,3% nas mulheres, nos últimos 20 anos (LESSA, 2002).

Existem fatores de risco para doenças cardiovasculares modificáveis como a hipertensão arterial sistêmica (HAS), colesterol elevado, tabagismo, obesidade, estresse, sedentarismo, e diabetes melito. Os fatores de risco não modificáveis estão relacionados a idade, sexo, e antecedentes familiares. Tanto os fatores de risco conhecidos, modificáveis e não modificáveis, são responsáveis por 50% a 75% dos casos de doença arterial coronariana (DAC). Atualmente, diversos novos marcadores foram considerados como prováveis novos fatores de risco, como os fatores de natureza lipoprotética, metabólicos, hematológicos, marcadores de inflamação e os agentes infecciosos (HOSPITAL CARDIOLÓGICO CONSTANTINI, 2006).

Tem-se observado que os fatores de risco para DAC vêm crescendo e envolvem cada vez mais pessoas mais jovens. Portanto, programas de prevenção e seguimento destas doenças, com equipes multidisciplinares, devem ser alvos de investimentos prioritários.

Ribeiro et al. (2006) realizaram pesquisa epidemiológica com 1.450 estudantes de 6 a 18 anos de idade, na qual foi observada uma prevalência de sobrepeso e obesidade de 8,4% e 3,1%. Os estudantes, com sobre peso e obesos, tiveram 3,6 vezes mais riscos de apresentar pressão arterial sistólica aumentada. Os estudantes, menos ativos comparados com os mais ativos, apresentaram 3,8 vezes mais riscos de terem colesterol total aumentado. Os fatores acima citados caracterizam um perfil de risco aumentado para o desenvolvimento da aterosclerose.

Portanto, a avaliação do estilo de vida bem como a análise dos antecedentes familiares na estratificação do risco cardiovascular do adolescente é fundamental para o sucesso de um programa preventivo e ou terapêutico, no controle da DAC.

Ladeira et al. (2006) analisaram os fatores pré-operatórios preditores de mortalidade em 753 pacientes submetidos à RM nos primeiros 30 dias após infarto agudo do miocárdio (IAM). A mortalidade hospitalar global foi de 6,7% variando de 12,5% nos pacientes portadores de complicações pré-operatórias a 1,4% naqueles sem complicações. A cirurgia de RM na fase aguda do IAM é um procedimento que apresenta mortalidade cirúrgica distinta, na dependência de condição clínica pré-operatória do paciente. Dentre os fatores analisados a presença de choque cardiogênico pré-operatório e história de angioplastia prévia determinam pior prognóstico neste grupo de pacientes.

Oliveira et al. (2006) estudaram 46 pacientes na fase pré-operatória de cirurgia por neoplasia de cabeça e pescoço. O trabalho teve por objetivo avaliar a eficiência do tratamento fisioterápico pré-operatório na minimização das alterações funcionais, advindas da doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), principalmente complicações pulmonares. Os pesquisadores concluíram que o tratamento fisioterápico pré-operatório, como rotina proposta, é eficaz na minimização das desordens funcionais ocasionadas pela DPOC.

Menores índices de escolaridade favorecem o aumento da freqüência de enfermidades como as doenças cardiovasculares (LESSA, 1998). O Brasil tem mais de 16 milhões de pessoas não alfabetizadas, na faixa de 15 anos ou mais, que corresponde a 13,6% da população total. Conforme censo demográfico de 2000, no Mato Grosso do Sul há taxas de analfabetismo de 21,6%, 22,6%, 22,6% para 15 a 29 anos, 30 a 59 anos e 60 anos e mais, respectivamente (BRASIL, 2003).

Os fatores socioeconômicos afetam resultados de tratamento de doenças cardiovasculares. O SUS representa hoje mais de 70% do atendimento médico no país, sendo que os pacientes atendidos correspondem à faixa mais desfavorecida do ponto de vista socioeconômico da população GOMES et al. (2007).

Segundo Formiguera-Sala e Foz (1998), a elevação do índice de massa corporal (IMC) aumenta a prevalência de doenças cardiovasculares. A obesidade é considerada como um fator de risco para o aumento da prevalência de DAC.

Os fatores de risco, diabetes, o colesterol, o tabagismo e estilo de vida, contribuem fortemente para o prognóstico da doença aterosclerótica e influenciam as taxas de doenças em ambos os sexos e em todas as idades, mas com intensidades diferentes. A diabetes e o baixo nível de lipoproteínas de alta densidade (HDL) interferem de modo importante nas mulheres. A taxa de aterogênese relacionada ao colesterol depende da relação entre o colesterol total e o nível de HDL. O tabagismo é mais importante nos homens, sendo não cumulativo, perdendo sua importância caso o fumante cesse o hábito. A hipertensão, intolerância à glicose e o fibrinogênio afetam, independentemente de outros fatores, o risco de eventos coronarianos. O estilo de vida, que predispõe a aterogênese acelerada causada por dieta hipercalórica e rica em gorduras, hábitos sedentários, ganho exagerado de peso e o tabagismo. Incluem atributos aterogênicos pessoais e hábitos de vida (POLLOCK; SCHMIDT, 2003).

Na HAS ocorre um aumento da atividade nervosa simpática e em situações agudas de estresse aumenta a pressão arterial assim como a freqüência de batimentos cardíacos. Esses picos de elevação da pressão arterial associada ao estresse, embora transitórios, podem tornar pessoas predispostas a doenças cardiovasculares (LIPP, 2003). Guimarães (2002), em sua análise dos principais fatores de risco cardiovasculares, cita o estresse psicológico. O estresse está incluído como fator de risco à saúde, uma vez que em um longo prazo, esse aumento da pressão arterial contribui para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. As principais manifestações cardiovasculares são a aterosclerose sendo que o principal território vascular acometido é o sistema das artérias coronárias.

O tabagismo é considerado um importante fator de risco e um importante problema de saúde pública. Martinez et al (2004) realizaram um estudo com estudantes de duas universidades públicas brasileiras, com idade inferior a 26 anos. Os estudantes foram divididos em grupos de fumantes e não fumantes. O tabagismo associou-se significativamente a menores escores na maioria dos domínios do SF-36, como na atividade física, percepção

geral da saúde, vitalidade, atividade social, aspectos emocionais e índice de saúde mental. A maioria, dos estudantes tabagistas, também faziam uso de bebidas alcoólicas, mas este aspecto não influenciou os resultados.

Observa-se que muitos são os fatores de riscos causadores da doença coronariana e que o estilo de vida é um dos fatores mais influentes, por estar ligado aos costumes e hábitos sociais, que refletem a própria cultura de uma determinada região ou país. . No entanto, não é fácil modificar, quando se trata de comportamentos que levam ao declínio da saúde e do bem estar da pessoa Torna-se de fundamental importância propostas de prevenção e controle dos fatores de risco, por meio da avaliação do estilo de vida das pessoas e mensuração da QV principalmente por meio dos profissionais da saúde.

2.2 PRÉ-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA

Numa visão biomédica, o coração é auscultado mesmo antes do nascimento de uma criança, no intuito de avaliar suas condições de vida. Como o coração é um órgão vital, uma cardiopatia faz aflorar sentimentos de angústia e de medo da morte, principalmente, quando a cirurgia cardíaca é a única alternativa de sobrevivência para a pessoa.

Segundo Ramos et al. (1990), o significado simbólico do coração nos remete ao lugar da alma, fonte de energia como o ponto central da vida, representante da unidade Deus e a pessoa. Centro e ponto de partida do amor, o lugar das sensações mais profundas; de qualquer forma pode-se dizer que há uma sensibilidade especial do sistema cardiovascular às emoções em todas as pessoas.

Segundo Huf (2002), o paciente é constituído de um todo, que engloba sua cultura, seus princípios e valores, a sua religião ou filosofia de vida, a sua situação socioeconômica, o seu estado emocional e biológico, entre outros.

Percebe-se que dentro do princípio de valores de cada pessoa há um diferencial com relação à intensidade de emoções empregadas a cada situação vivida, fazendo com que cada uma tenha uma postura particular frente a situações de doença. Algumas pessoas desenvolvem medo e outras até traumas diante de uma situação de doença. Identificar cada um desses estados pode ajudar no desenvolvimento de uma assistência ideal, que atenda às necessidades de cada paciente.

Leguisamo, Kalil e Furlani (2005) acompanharam pacientes hospitalizados que receberam orientações fisioterápicas 15 dias antes da cirurgia de RM e comparou com um grupo de pacientes que não receberam estas orientações antes da cirurgia, observando uma redução significativa do tempo de internação hospitalar, concluindo que pacientes instruídos no pré-operatório estarão melhores preparados para colaborar com o tratamento pós-operatório de reabilitação fisioterápica.

O paciente que se submete à cirurgia cardíaca de forma eletiva pode ser preparado, tanto do ponto de vista somático como do psicológico. As informações sobre a sua situação no pré-operatório diminuem a ansiedade e ajudam a desmistificar fantasias com relação à cirurgia (OLIVEIRA; ISMAEL, 1990).

Para Medeiros e Peniche (2006), a ansiedade, baixa e média, tende a ser benéfica para o paciente, pois faz com que haja uma ativação de comportamento e motivação, tendo um resultado mais efetivo na avaliação da situação e na construção das estratégias de enfrentamento.

A ansiedade e a depressão no pré-operatório também podem levar a reações que resultem em aumento do consumo de anestésicos durante o período intra-operatório e na demanda por analgésicos no pós-operatório. Além disso, a ansiedade e a depressão no pré-operatório parecem ter importante influência no sistema imunológico e no desenvolvimento de infecções, possibilitando outras alterações de longo prazo, sendo que a incidência de ansiedade nesta fase, varia de 11% a 80% entre pacientes adultos (MARCOLINO et al., 2007).

Pacientes submetidos à cirurgia de RM devem ser avaliados em relação à depressão e tratados se necessário, uma vez que esta pode estar associada a complicações no pós-operatório (PINTON, 2006).

A experiência profissional tem mostrado que a ansiedade, o medo e as complicações físicas ocorrem com grande parte dos pacientes internados à espera da cirurgia cardíaca. Para alguns pacientes o simples fato de estarem internados já é motivo de grande angustia, não aceitando o fato de estarem doentes, assim como não suportam o sentimento de incapacidade física para realizar suas tarefas da vida diária. Outros pacientes relatam ter um profundo medo da morte, se preocupando com a família que o espera voltar para casa curado e com a ausência no seu trabalho. Muitas vezes os pacientes sentem a necessidade de fazer longos

relatos sobre suas vidas, na qual questionam sobre o significado da doença que os afetam, choram, ficam tristes e algumas vezes revoltados, tornando-se até agressivos.

Pacientes do sexo masculino frente à notícia da necessidade de realização de uma cirurgia cardíaca e, posteriormente, no período de internação que antecede a cirurgia cardíaca no pré-operatório sentem apreensão, medo, e nervosismo diante da notícia. Com o passar do tempo no período pré-operatório da cirurgia, há uma inversão desses sentimentos, passando, assim, a terem predomínio de sentimentos positivos de esperança diante da possibilidade de cura e reabilitação (VARGAS; MAIA; DANTAS, 2006). Esses sentimentos foram ainda mais freqüentes entre aquelas pessoas que seriam submetidas, pela primeira vez, a um procedimento cirúrgico (LINDSAY et al., 2000).

Na circunstância em que o paciente se encontra, debilitado fisicamente, cansado de lutar contra sintomas clínicos que somente se intensificam até o dia da cirurgia, tomando muitas medicações e emocionalmente abalado, faz-se necessário não somente o atendimento de tratamento físico, mas também do apoio, do carinho e da proximidade dos profissionais da saúde, dando-lhe conforto, esperança e confiança.

2.3 CIRURGIA CARDÍACA

O grande avanço no tratamento clínico, mecânico, como no caso da angioplastia transcoronariana e na RM, mostrou a necessidade de uma abordagem multidisciplinar no processo preventivo e no tratamento dessa enfermidade (PERES; GALACHO; GIMENES, 1998), bem como os transplantes cardíacos, na qual segundo Auler Jr. et al. (2004) é conduta bem definida e aceita em casos de insuficiência cardíaca terminal.

2.3.1 Histórico

No Brasil, a cirurgia cardíaca se difundiu rapidamente. Em 1956, a cirurgia pioneira com circulação extracorpórea, foi realizada pelo Dr. Hugo Felipozzi, do Instituto de Cardiologia “Sabbado D’Ângelo”. No Hospital das Clínicas de São Paulo, a primeira cirurgia nessas condições foi realizada em 1958, pelo Prof. Dr. E. J. Zerbini e sua equipe. A partir desta data, cada vez mais, a cirurgia cardíaca vem crescendo e se desenvolvendo no país

(BRAILE BIOMÉDICA, 2003). A cirurgia cardíaca iniciou-se há pouco mais de quatro décadas, e na década de 1970 começaram a surgir os Centros de Reabilitação Cardiovascular (BRAILE; GODOY, 1996).

Pacientes atualmente submetidos à RM são mais idosos e em pior condição clínica cardíaca e sistêmica que os operados há 10 anos e a pontuação no escore de risco, isto é, aumento na quantidade de fatores de riscos cirúrgicos como as doenças vasculares, doenças pulmonares prévias e a idade avançada, pode levar ao insucesso da cirurgia. Esses escores são utilizados para identificar pacientes que requerem maiores cuidados e predizer o resultado cirúrgico (FEIER et al., 2006).

2.3.2 Tipos de cirurgias cardíacas mais comuns em adultos

Recomenda-se a cirurgia cardíaca quando a probabilidade de sobrevida é maior com o tratamento cirúrgico do que com o clínico. A abertura do esterno para possibilitar o acesso ao coração, introduzida por Milton, em 1897, tem sido evitada sempre que possível. Lança-se mão de procedimentos cardiológicos invasivos com cateteres ou balões e, ultimamente, de abordagens cirúrgicas por meio de reduzidas incisões torácicas com ou sem o auxílio de videotoracoscopia (ACUFF et al., 1996) com excelentes resultados (SAMPAIO et al., 2000). Há vários tipos de incisões cirúrgicas, sendo a Esternotomia Mediana, a mais comum; a Toracotomia antero-lateral direita/esquerda, na qual permite melhor acesso à válvula mitral; a Toracotomia antero-posterior esquerda; a Minitoracotomia; a Abdominal e a Toracoabdominal (IMLE, 2003).

2.3.2.1 Revascularização do miocárdio

A cirurgia de RM significa liberar passagem do sangue por meio da artéria coronária obstruída por uma placa de ateroma, desviando o trajeto do sangue com enxertos de vasos sanguíneos, na própria artéria coronária. É utilizada a artéria torácica interna (mamária interna), como primeira opção e veia safena ou artéria radial (GALACHO; PERES, 2000). Caso a veia safena magna não se mostre adequada, a outra opção de enxerto venoso é a veia safena parva. Uma outra opção de enxerto venoso é a veia cefálica, mas, em geral, suas paredes são finas e seu índice de oclusão é alto. O efeito benéfico de um único enxerto de

artéria mamária na sobrevida tem sido bem documentado em muitos estudos, todos mostrando maiores índices de sobrevida com o uso deste enxerto. O efeito de um segundo enxerto de mamária não tem um efeito benéfico adicional tão grande como o primeiro, geralmente porque o primeiro terá sido implantado na artéria coronária descendente anterior, que é a coronária com o maior significado clínico. A maior sobrevida com o uso da artéria mamária, se o enxerto não ocluir no pós-operatório imediato, a sua permanência em funcionamento é bastante longa, enquanto que os enxertos de veia safena irão apresentar deterioração e oclusão progressivas. A artéria radial foi inicialmente proposta como um enxerto na cirurgia de RM nos anos 1970, tendo sido posteriormente abandonada devido aos maus resultados iniciais como o alto índice de oclusão. Diferentemente da veia safena nos membros inferiores, a artéria radial não é uma estrutura localizada no plano subcutâneo. As paredes da artéria são mais espessas do que da artéria mamária, e a sua reatividade vascular (espasmo) é também aumentada quando comparada com a da mamária.

A experiência de uso com a artéria gastroepiplólica direita como conduto arterial na cirurgia de RM é relativamente recente, mas já existem várias centenas de casos relatados. Após o implante, o diâmetro e o comprimento do enxerto mostram-se adequados, e os índices de patência a curto e à médio prazo, são excelentes. Esta artéria apresenta uma maior espasticidade do que a artéria mamária, com resposta acentuada principalmente com níveis aumentados de catecolaminas, tendendo ao espasmo, a exemplo da artéria radial. O uso da artéria epigástrica inferior não é freqüente e pode estar mais adequada quando se quer prolongar um enxerto de mamária, em caso da mesma ser curta (MATTOS; SOUSA, 1996).

Em situações em que se pretenda evitar os efeitos da circulação extracorpórea (CEC), pode-se realizar a cirurgia de RM sem CEC. Essa situação não é aplicável a todas as lesões coronárias. As vantagens da técnica são uma menor mortalidade e morbidade, um menor custo, e menor necessidade de transfusão sanguínea. As desvantagens são a necessidade de um maior aprimoramento técnico e que a cirurgia só é possível em cerca de 19% dos pacientes que se submetem à RM; além do mais, os vasos das paredes laterais e posterior do coração raramente se encontram acessíveis por essa técnica. Há um maior número de oclusão precoce de enxertos, provavelmente devido à má técnica operatória (GUARAGNA, 2005).

As indicações da cirurgia de RM são para pacientes muito sintomáticos que apresentem intolerância aos medicamentos, para alívio do quadro anginoso não controlado por terapêutica medicamentosa máxima, especialmente quando há comprometimento da QV

do paciente. A cirurgia também é indicada para pacientes que apresentem lesões importantes que não sejam passíveis de tratamento com angioplastia ou Stent, que consiste em uma tela colocada no interior da artéria coronária, proporcionando que o fluxo sanguíneo volte ao normal em artéria que sofreu obstrução (AULER Jr. et al., 2004).

Os resultados das cirurgias de RM são dependentes de inúmeros fatores como urgência da cirurgia, quadro clínico de angina instável ou angina pós-infarto, choque cardiogênico, idade do paciente, técnica utilizada, patologias associadas, como a insuficiência renal, diabetes, obesidade, lesões de carótidas, arteriopatias periféricas. Deve-se ressaltar, entretanto, que no Brasil, a mortalidade global das cirurgias coronárias tem aumentado em todos os serviços de maneira geral, pois cada vez mais têm sido operados pacientes mais idosos ou em pior estado geral. Casos mais simples, antes tratados cirurgicamente, hoje estão apenas recebendo tratamento clínico, adicionado ou não à realização de angioplastia e ao implante de Stent (informação verbal)¹.

2.3.2.2 Cirurgia valvular

A valvuloplastia que consiste em um balonete flutuando num cateter cruzando o septo interatrial, ampliando a abertura da válvula e a substituição valvar por válvula mecânica ou biológica de cadáveres humanos ou de suínos são os tipos de cirurgia valvar existentes.

Segundo Galacho e Peres (2000), as cirurgias valvulares são indicadas quando já há sintomas severos, arritmias, hipertensão pulmonar, fenômenos embólicos, diminuição da capacidade funcional e disfunção ventricular.

Os melhores resultados têm sido obtidos em casos em que a cirurgia valvular tenha sido realizada precocemente, após curtos períodos de choque e quando não há disfunção ventricular grave e o aprimoramento das técnicas de correção cirúrgica fez com que, em longo prazo, houvesse melhora dos resultados. No caso da insuficiência mitral crônica, pode ser indicada a reconstrução quando há regurgitação acentuada, na presença de folhetos não-calcificados e com boa mobilidade. A cirurgia de troca de válvula mitral freqüentemente é acompanhada de um grau de depressão da função contrátil do ventrículo esquerdo.

¹ Informações fornecidas por Dr. Valter Gomes, Dra. Valéria Bezerra e Dr. Danilo Oliveira de Arruda, em mesa redonda, no IX Congresso da Sociedade Centro-Oeste de Cardiologia, Campo Grande, MS, 2007.

Independente da etiologia, a reconstrução se tornou superior à troca de válvula em casos de insuficiência mitral por degeneração dos folhetos e pelos diferentes mecanismos causadores de insuficiência mitral na cardiopatia isquêmica (MATTOS; SOUSA, 1996).

2.3.2.3 Transplante cardíaco

O transplante cardíaco é indicado em caso de insuficiência cardíaca terminal (AULER Jr. et al., 2004). O transplante cardíaco pode ser do tipo Heterotópico, que consiste da anastomose nos átrios, artérias pulmonares e aorta, deixando os dois corações, isso quando há certo grau de hipertensão pulmonar, quando o coração do doador é pequeno para o receptor e/ou condições do doador pouco satisfatórias, na qual ocorre em apenas 10% dos casos (GALACHO; PERES, 2000) e o tipo ortotópico, a grande maioria, que significa a substituição total do coração do receptor pelo do doador (IMLE, 2003).

Segundo Auler Jr. et al. (2004), a hipertensão pulmonar é o principal determinante da disfunção ventricular direita no pós-operatório de transplante cardíaco, quando em combinação com a sobrecarga de líquidos e ventilação com pressão positiva. Aspectos relacionados a desnervação do enxerto e com relação ao uso de imunossupressores, necessário para prevenir rejeição aguda do enxerto, podem trazer complicações pós-operatórias tardias como infecção, rejeição, HAS, hiperlipidemia, doença vascular do enxerto, nefrotoxicidade do ciclosporina, neoplasias, complicações dermatológicas, problemas gastrintestinais, osteoporose e alterações psicológicas.

Ao longo do século XX, a evolução da Medicina, aliada ao avanço tecnológico, a inovação de técnicas cirúrgicas, de intervenções terapêuticas minimamente invasivas e ao maior acesso das pessoas aos serviços de saúde, proporciona, a um contingente maior de pessoas, melhores condições de tratamento e maiores possibilidades de cura frente às doenças cardiovasculares, e refletindo diretamente em sua QV.

3 QUALIDADE DE VIDA

Cada vez mais, na área da saúde, a QV tem sido avaliada, com o intuito de mensurar o impacto das doenças na QV das pessoas. Com a melhora dos métodos tecnológicos de diagnósticos e de tratamentos das doenças, houve um aumento da sobrevida das pessoas, mas esse fato não determina que elas tenham uma QV melhor. Faz-se necessário, portanto, que também sejam valorizados os aspectos gerais e de bem-estar da pessoa no sentido de promover uma melhor condição de vida.

3.1. BREVE HISTÓRICO E EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE QV

Segundo Yamada (2001), foi Arthur Cecil Pigou, em *The Economics of Welfare* (1920), livro que tratava sobre economia e bem-estar, quem mencionou pela primeira vez o termo QV. Entretanto, o termo ganhou destaque na mídia em 1964, quando Lyndon Johnson, Presidente dos Estados Unidos da América do Norte, referindo-se ao sistema bancário norte-americano, o utilizou para dizer que os objetivos só podem ser medidos por meio da QV que proporcionam às pessoas (FLECK et al., 1999). Os autores colocam este fato como sendo a primeira vez da utilização do termo.

A conceituação sobre o que seja vida com qualidade, parece remontar à Antiguidade, pois já era preocupação de filósofos. Aristóteles (384-322 a. C), mencionou em “*Nicomachean Ethics*”, que o homem concebe boa vida ou bem-estar como sendo a felicidade, a qual, pode ser concebida como algo a ser alcançado de acordo com a situação vivenciada: quando doente concebe saúde como sendo felicidade, quando empobrece, como riqueza e prosperidade. Após a Segunda Guerra Mundial o conceito de “boa vida” foi usado para descrever a posse de bens materiais como casa própria, carros e outros bens de consumo (VIDO; FERNANDES, 2007).

Recentemente, a QV foi interesse primeiramente de políticos, cientistas sociais e filósofos e, vem crescendo, em busca de novos e mais amplos conceitos, principalmente na área da saúde (SINZATO, 2005). A QV tornou-se tema com significados abrangentes e dos mais diversos, uma vez que sua utilização está ligada às mais diferentes disciplinas. Desta forma, pode, refletir a percepção individual, quando uma pessoa avalia suas condições de vida, dentro de suas concepções particulares, tanto, quando por meio da aplicação de instrumentos metodológicos de avaliação, atua como referencial junto aos mais diversos campos, tais como: político, governamental, econômico, sociológico, psicológico, médico.

Para Testa e Simonson (1996), o conceito varia de sentido para as pessoas de diferentes faixas etárias e mesmo para pessoas de mesma idade e com as mesmas limitações físicas impostas por doenças. Para Campanã (1997), a percepção subjetiva de QV está ligada às condições sociais da pessoa, exigindo diferentes respostas conforme sua percepção com relação a sua vida. Schipper, Chinch e Olweny (1996) argumentam que com relação à avaliação da QV são valorizados vários aspectos como o bem-estar físico, psíquico, econômico, espiritual e social. A pessoa deve ter um mínimo de condições para que possa desenvolver o máximo de suas potencialidades e deve ser definida em termos da distância entre expectativas individuais e a realidade, sendo que quanto menor à distância, melhor (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). A QV não deve ser medida apenas pelo prolongamento da existência, pois influem diversos fatores, tais como saúde, moradia, trabalho, lazer e satisfação, além de outros. Não é possível padronizar QV, pois ela tem conotação individual, dependendo dos objetivos, das metas traçadas e dos anseios de cada um.

A QV apresenta dificuldades com relação à sua conceituação, dada a amplitude de seu campo de aplicação, uma vez que é vinculada às mais diferentes disciplinas. Desta forma pode, refletir a percepção individual, quando uma pessoa avalia suas condições de vida, dentro de suas concepções particulares, tanto quanto, por meio da aplicação de instrumentos metodológicos de avaliação, atua como referencial associada aos mais diversos campos, tais como: político, governamental, econômico, sociológico, psicológico, médico. As dificuldades com relação ao conceito de QV estão na semântica polissêmica do termo (CASTELLANOS, 1997), bem como na falta de uma definição pragmática, familiaridade com as metodologias psicossociais e a natureza reducionista da análise médica contemporânea (SCHIPPER; CHINCH; OLWENY, 1996).

O conceito QV é um termo utilizado em duas vertentes: na linguagem cotidiana, por pessoas da população em geral, jornalistas, políticos, profissionais de diversas áreas e gestores ligados às políticas públicas; no contexto da pesquisa científica, em diferentes campos do saber, como economia, sociologia, educação, medicina, enfermagem, psicologia e demais especialidades da saúde (SEIDL; ZANNON, 2004).

A QV, para Wilheim e Déak, é a sensação de bem-estar do indivíduo. Esta é proporcionada pela satisfação de condições objetivas, como a renda, emprego, objetos possuídos, qualidade de habitação e de condições subjetivas, como a segurança, privacidade, reconhecimento e afeto (CARDOSO, 1999).

A OMS conceitua QV como a “Percepção do indivíduo da sua posição de vida no

contexto do sistema cultural e de valores em que ele vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996, p.354).

A QV compreende fatores multidimensionais e com o objetivo de reduzi-los e facilitar medidas de QV foi criado o conceito de QV relacionado à saúde o “*health-related quality of life*” (TRESCH et al., 1997).

3.2.QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE

A expressão QV adquiriu crescente interesse na área médica nos últimos anos (PASCHOAL, 2002).

Atualmente, há uma preocupação com o significado do termo saúde que foi definida e inserida na Constituição da OMS no momento de sua fundação, em 1948, como “[...] um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade” (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 80).

De acordo com a 8^a Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986), “[...] alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde...” são condições para dar ao indivíduo e para a sociedade saúde de forma satisfatória.

Pode-se afirmar que a QV e as necessidades de saúde, tanto individuais, quanto coletivas, implicam levar em conta as várias dimensões do ser humano, sejam elas biológicas, psicológicas ou sociais. Essas necessidades levam a considerar a pessoa como um ser integral, que não pode ser dissociado do ambiente no qual vive e, consequentemente integrado ao processo saúde doença.

Entender o conjunto de necessidades da pessoa é um desafio permanente para todos os segmentos da sociedade, não só os profissionais ligados à saúde, mas também os governantes e cidadãos em geral.

As medidas de avaliação de saúde disponíveis, quando aplicadas uma única vez, não são capazes de dizer exatamente ao profissional da saúde o que fazer, entretanto são capazes de demonstrar se os pacientes conseguem fazer determinadas atividades do seu cotidiano e como se sentem quando as estão praticando. Por outro lado, as avaliações repetidas com

instrumentos de QV, por um determinado período, podem detectar a melhora ou piora do paciente na avaliação de uma determinada intervenção clínica (CICONELLI, 2003).

Segundo Jeammet, Reynaud e Consoli (2000), a saúde é subjetiva e os conflitos sociais nela se refletem, corroborando com a idéia de que as percepções e concepções que as pessoas têm sobre a sua vida interferem no processo saúde-doença, uma vez que a saúde depende de aspectos físicos, psíquicos e sociais e que a QV também varia com estes aspectos.

Dada a importância da QV relacionada à saúde percebe-se não só a importância de amenizar os efeitos das doenças, mas promover a saúde por meio de informações que darão às pessoas maior possibilidade de cuidar da sua própria saúde, alterando, por exemplo, alguns hábitos de vida, como também pressionar as autoridades a fim de prestarem os serviços de saúde pública à manutenção da QV.

No entanto, como não está bem claro o que significa “bem-estar”, pode-se inferir que cada pessoa tem a saúde e desenvolve um nível de QV dependendo do meio em que vive e de características próprias de cada um. Isto se dá porque, o meio em que a pessoa vive, reflete um tipo de cultura diferente englobando costumes e comportamentos característicos de cada região e, dependendo de como a pessoa absorve as influências do meio em que vive, poderá sentir-se bem ou não, podendo caracterizar uma medida de QV.

Em outras palavras, QV está relacionada a modo, condições e estilo de vida, assim como, inclui idéias de desenvolvimento e dos direitos humanos e sociais. Com relação à saúde, resulta dos padrões de conforto e tolerância determinada por uma sociedade como parâmetros para si.

Para Minayo, Hartz e Buss (2000), temos dificuldade, como profissionais da área da saúde, de encontrar algum sentido teórico e epistemológico fora do marco referencial do sistema médico que, sem dúvida, domina a reflexão e a prática do campo da saúde pública. O termo QV aparece sempre com sentido bastante genérico. Isso quer dizer que se a idéia geral de QV está presente, precisa ser mais bem explicitada e clarificada.

A conceituação dada à QV pela OMS, confirma a subjetividade e alta amplitude da questão de se avaliar a saúde tendo como objeto a maneira como a pessoa se percebe no processo de sua vida. Em termos gerais, a QV está relacionada a condições e estilos de vida, incluindo idéias de desenvolvimento sustentável e ecologia humana, como também ao campo

da democracia, do desenvolvimento e dos direitos humanos e sociais. A saúde é uma resultante social da construção coletiva dos padrões de conforto e tolerância que determinada sociedade estabelece como parâmetros para si (CASTELLANOS, 1997).

Observa-se que as medidas de QV são importantes parâmetros de avaliação em saúde, pois hoje cresce a valorização, pelos profissionais da saúde, dos aspectos físicos, psíquicos, emocionais e até mesmo espirituais da pessoa, porque cada um desses aspectos interfere uns nos outros e, consequentemente no equilíbrio, na saúde e no bem-estar. Portanto, as medidas de QV em saúde, também podem indicar benefícios com relação a tratamento clínico e reabilitação.

Os questionários de avaliação de QV podem elucidar questões que os pacientes não expõem, durante avaliação clínica, reconhecendo os aspectos que devem ser trabalhados com maior ênfase (TARLOV et al., 1989). Os instrumentos de avaliação de QV são classificados em genéricos e específicos (BARR, 1995; GUYATT et al., 1997).

Os instrumentos genéricos são desenvolvidos com a finalidade de refletir o impacto de uma doença, sobre a vida de pacientes, em uma ampla variedade de população. Avaliam aspectos relativos à função, disfunção e desconforto físico e emocional. Podem, ainda ser subdivididos em dois modos de avaliação: perfil de saúde e medidas de *utility*. O perfil de saúde avalia o estado de saúde de qualquer população, mas não é sensível para detectar determinados aspectos particulares da QV, de uma determinada patologia. Os exemplos mais usados na avaliação de perfis de saúde são: *Sickness Impact Profile* (SIP), *Nottingham Health Profiles* (NHP), o SF-36 utilizado neste estudo, entre outros. As medidas de *utility* são derivadas de teorias econômicas e de decisão e refletem a preferência do paciente por um determinado estado de saúde, tratamento ou intervenção, e à morte. São representadas por um número entre 0 (morte) e 1 (saúde perfeita), entretanto, não são úteis para identificar as dimensões específicas do estado de saúde, nos quais os pacientes têm obtido melhora ou piora (CICONELLI, 2003).

Os instrumentos específicos possibilitam a avaliação individual e específica de alguns aspectos da QV, oferecendo uma maior condição de detecção de melhora ou piora do aspecto específico do estudo. Caracterizam-se por serem sensíveis à detecção de alterações decorrentes de uma determinada intervenção. Podem ser citados, como exemplos, os seguintes instrumentos: *American Rheumatism Association* (ARA), *Functional Class*, *Katz*

Activities of Dayly Living (ADL), *Instruments, Functional Status Index* (FSI), *Stanford Health Assessment Questionnaire* (HAQ), *Arthritis Impact Measurement Scales* (AIMS) (CICONELLI, 2003). O *European Organization for Research and Treatment of Cancer Breast Cancer-Specific Quality of Life Questionnaire* (EORTC QLQ-BR23) (SPRANGERS et al., 1996), *Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast* (FACT-B) (BRADY et al., 1997), no climatério destaca-se o *Menopause Specific Quality of Life Questionnaire* (MENQOL) (HILDITCH et al, 1996), *Menopause Rating Scale* (MRS) (HAUSER et al., 1994) e o *Women's Health Questionnaire* (WHQ) (HUNTER, 1992).

Zúñiga et al. (1999), com base nos resultados da avaliação psicométrica, refere que o SF-36 mostra consistência com todos os supostos de validade e confiabilidade de forma satisfatória. Vilagut et al. (2005) defende que o SF-36, conjuntamente com as novas versões desenvolvidas, é um instrumento adequado para o uso em investigações e na prática clínica. No estudo de revisão de Dantas, Sawada e Mallerbo (2003), foi comprovado que o SF-36 foi o instrumento mais utilizado e encontrado em 34% dos estudos revisados.

Stofmeel et al. (2001) sugeriram um questionário específico de avaliação da QV para pacientes portadores de marcapasso, composto por vinte questões distribuídas em três domínios (desconforto no peito, arritmia e dispnéia ao exercício), denominado *Assessment of Quality of Life and Related Events* (AQUAREL). O AQUAREL deveria ser utilizado como extensão do questionário genérico SF-36. O objetivo do estudo foi traduzir, adaptar culturalmente, avaliar a reprodutibilidade e a validade da versão em português do questionário AQUAREL. Os resultados sugeriram que o AQUAREL pode ser usado, quando associado ao SF-36, para avaliação da QV em grupos de portadores de marcapasso. Sugeriram também, que a utilização exclusiva de instrumentos genéricos de avaliação de QV, em portadores de marcapasso, pode reduzir a capacidade da investigação em reconhecer potenciais benefícios alcançados, cujo efeito poderia ter sido reconhecido, caso um instrumento específico tivesse sido usado.

3.3. PESQUISAS EM QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE

Neste capítulo serão citadas pesquisas sobre QV, pré e pós-eventos fisiopatológicos, na área da cardiologia e, relacionando patologias, como Diabetes, Obesidade, Doença de Chagas, AIDS e outras. A maioria dos estudos encontrados nesta

pesquisa foi sobre a QV pós-eventos, inclusive os coronarianos. Mas como foram encontrados poucos estudos relacionando pré-operatório e cirurgia cardíaca, foram incluídas na pesquisa, doenças que não as cardíacas para fazer um paralelo e confirmar que, no geral, a doença física causa prejuízos psicofísicos, emocionais e sociais. As pesquisas que citam doenças como a Diabetes, DPOC, Obesidade e a Doença de Chagas, representam às de fatores de risco para a doença cardíaca que compromete a QV.

No estudo de Järvinen et al. (2005), 14,6% dos pacientes, operados em uma única instituição, tiveram história de diabetes e foram comparados com pessoas sem diabetes. Foi utilizado o SF-36 como indicador de QV. As avaliações foram realizadas no pré-operatório e repetidos doze meses mais tarde. Embora os pacientes portadores de diabetes difiram dos não portadores de diabetes, que tem a QV ligeiramente inferior, antes e um ano após a cirurgia cardíaca, ganham melhoria similar da QV quando comparados com as pessoas sem diabetes.

Atualmente, os questionários de QV estão sendo considerados importantes ferramentas na avaliação dos benefícios da reabilitação pulmonar em pacientes com DPOC. Zanchet et al. (2006) analisaram a eficácia do programa de reabilitação pulmonar com relação à QV dos pacientes portadores de DPOC, constatando que o programa melhora a QV, mostrando que existe correlação entre o grau de obstrução das vias aéreas e a QV desses pacientes. Martins, França e Kimura (1996) enfatizam a importância de considerar a multidimensionalidade do conceito de QV na assistência às pessoas com doenças crônicas.

O objetivo do estudo de Sinzato (2005), foi avaliar a prevalência da obesidade e a QV relacionada à saúde de pessoas adultas com obesidade, com IMC (peso em quilos dividido pela altura ao quadrado) entre 30 e 40 kg/m², residentes na zona urbana do município de Bandeirantes, Mato Grosso do Sul. Os resultados revelaram uma prevalência de 17% de obesidade leve e moderada nesse município, sendo, significativamente ($p=0,02$), maior entre as mulheres (21,7%) do que entre os homens (11,8%), com predominância em pessoas acima de 30 anos. A prevalência de doenças foi maior entre as pessoas com obesidade (34,5%) que as sem obesidade (14%). Na análise linear da QV percebida, houve somente diferença no domínio estado geral de saúde, no qual, as pessoas com obesidade apresentaram uma pontuação superior com relação aos sem obesidade. Vilas-Bôas (2003), afirma que a

obesidade, por exemplo, é ocasionada por diversos fatores e predispõe as pessoas a várias comorbidades, e pioram a QV.

Segundo Amato, Amato Neto e Uip (1997), em um estudo com pacientes portadores de doença de Chagas, revelaram melhorias quanto aos limites de ações e de perspectivas de vida, passando a contar com objetivos e a poder concretizar realizações, antes inacessíveis. A QV não atingiu estágio ótimo, contudo, tiveram sensíveis aprimoramentos, constatando benefícios propiciados aos entrevistados.

Estudos de French (1998) incluíram demonstrações por meio do instrumento chamado Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (HRQOL) em adultos com fibrose cística, constatando danos em alguns aspectos. O HRQOL é uma medida valiosa do resultado que enfatiza a abrangência do impacto e a subjetividade das respostas, incluindo componentes físicos, funcionais, sociais, e emocionais. Os resultados revelaram pouca evidência do impacto psicossocial em crianças e em adolescentes com fibrose cística.

Aranha et al. (2006) realizaram um estudo descritivo transversal com 60 pacientes do sexo feminino no Serviço de Reumatologia do Hospital Universitário na Espanha. Foi aplicado o SF-36, abordando dados demográficos, características clínicas e dados sobre estilos de vida relacionados à saúde. Os pacientes apresentaram baixa QV, sobretudo nas dimensões mais relevantes da enfermidade, quando comparada com valores da população espanhola em geral constatando-se que as áreas físicas foram as mais afetadas.

Alonso, Poo e Castillo (2004) utilizaram o SF-36 como uma medida do estado de saúde em usuários do programa de Metadona. Para esta população, o instrumento mostrou alta consistência interna e habilidade para discriminar pacientes em diferentes estágios de evolução do tratamento.

Tamanini et al. (2003) testaram as propriedades psicométricas do King's Health Questionnaire (KHQ) como confiabilidade e validade do constructo. A versão para o português do KHQ, traduzida e adaptada para seu uso em mulheres brasileiras com queixas de incontinência urinária, representa um importante instrumento para a avaliação de mulheres, com este problema em pesquisa clínica.

Segundo Conde et al. (2006), há fatores associados à QV de mulheres com câncer de mama como, a idade do diagnóstico, uso de quimioterapia, tipo de cirurgia, sintomas

climatéricos, relacionamento conjugal e sexualidade. Quadros de depressão, ansiedade, ideação suicida, insônia e medo, que inclui desde o abandono pela família e amigos até o de recidiva e morte, podem contribuir para uma percepção negativa da QV. Outros aspectos relacionam-se à diminuição da mobilidade e linfedema do membro superior, sintomas vasomotores, secura vaginal, disfunções sexuais e dificuldades econômicas. A presença de ondas de calor pode comprometer a qualidade e a duração do sono, com consequente piora da fadiga e dos sintomas depressivos.

Seidl, Zannon e Tróccoli (2005) testaram, por meio do WHOQOL-100, a condição clínica, escolaridade, situação conjugal, enfrentamento e suporte social, em pessoas portadoras da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). O suporte, social e emocional e o enfrentamento focalizados na emoção, foram preditores significativos nas análises relativas às demais dimensões da QV. Discute-se as implicações para as práticas de saúde referentes às ações profissionais propiciadoras do bem-estar psicológico e da QV em pessoas vivendo com AIDS.

Cornell, Raczyński e Oberman (1996) constataram que os efeitos da RM e da angioplastia, na QV da pessoa, indicam uma mudança positiva, pois mostra melhora no domínio capacidade funcional do SF-36 e QV geral.

Gonçalves et al (2006) avaliaram a QV por meio do SF-36, 24 pessoas de ambos os性os na faixa etária de 23 a 77 anos, submetidos à cirurgia de RM. O questionário foi aplicado no pré-operatório e no quinto dia e dois meses após a cirurgia. Observou-se queda no funcionamento do organismo, nos domínios aspectos físicos, vitalidade e dor após a cirurgia, havendo recuperação significativa dois meses após. Essa pesquisa mostrou que o SF-36 permite avaliar os benefícios da reabilitação cardíaca na fase I, a qual proporcionou autoconfiança e retorno às atividades diárias.

Favarato et al. (2006) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar a QV, em portadores de doença arterial coronária (DAC), submetidos a um dos três tratamentos: clínico, cirúrgico ou por angioplastia, comparando possíveis diferenças entre os sexos. O instrumento de avaliação foi o SF-36, aplicado no início do tratamento após 6 e 12 meses. As pessoas submetidas ao tratamento cirúrgico mostraram evolução mais favorável. Os homens, apresentaram melhor QV no início, beneficiando-se progressivamente após 6 e 12 meses de tratamento, enquanto nas mulheres a melhora ocorreu aos 6 meses, reduzindo-se aos 12

meses.

Spertus et al. (2004) observaram pacientes, que se submeteram a angioplastia após infarto do miocárdio, com relação aos seus estados de saúde após um ano do procedimento, usando o questionário doença-específico de angina, o Seattle Angina Questionnaire (SAQ), que quantifica o impacto da doença coronariana dos pacientes, em sua QV. A freqüência da angina na linha de base e a função física, foram os preditores mais fortes da melhoria da QV um ano após a angioplastia. Os pacientes, com moderada e severa limitação física, tiveram melhora superior àqueles com mínima limitação física de base. A freqüência da angina, antes da angioplastia, é o mais importante indicador prognóstico para a melhora da QV após este procedimento.

Pocock et al. (1996) afirmam que, os pacientes com angina em dois anos, tiveram mais prejuízo da QV do que os pacientes livres de angina e perceberam que a saúde era similar a da população normal. O prejuízo ligeiramente maior da QV, em angioplastia comparado com RM, é o resultado de suas possibilidades significativamente mais elevadas de ter a angina, especialmente após seis meses. Após dois meses, 40% dos pacientes que sofreram angioplastia, retornaram para seus trabalhos, comparados com os 10% de pacientes de RM. A angina é evitada com mais sucesso após RM, mas proporciona um retorno mais lento ao trabalho. Em um outro estudo realizado por Pocock et al. (2000), foi administrado o SF-36, três meses, um ano e três anos mais tarde, buscando avaliar o impacto da angioplastia coronariana transluminal percutânea (PTCA) e do tratamento médico na QV percebida entre pacientes com angina. A PTCA melhora substancialmente a QV, em especial no aspecto funcional e vitalidade, em comparação ao tratamento médico continuado. Essas diferenças são atribuídas ao alívio dos sintomas cardíacos, mas devem ser considerados os pequenos riscos relacionados ao procedimento de PTCA.

No estudo de Koch et al. (2004) foi analisado estado funcional pré-operatório e pós-operatório dos pacientes que se submetem a RM. No estudo, foram examinados os fatores que influenciam a recuperação funcional e se existem as diferenças, de sexo, no estado funcional pré-operatório e pós-operatório. Diversos fatores pré-operatórios e de eventos pós-operatórios, estão associados com a recuperação funcional após a RM e o sexo feminino está associado com maior prejuízo funcional pós-operatório.

Brorsson (2002), objetivando conhecer o impacto da RM na saúde, avaliou a QV, por

meio do HRQOL, dos pacientes com a angina estável crônica, comparando com os dados da população geral da Suécia, durante quatro anos após a RM. Os pacientes com angina estável crônica estavam livres da angina após a RM e a QV era a mesma, ou melhor, comparando com a população sueca geral. Entretanto, menos da metade de todas as mulheres, que se submeteram a RM, estavam livres de angina após quatro anos. Entre os pacientes com angina recente, ou persistente, a QV era pior do que da população em geral.

O estudo de Rumsfeld et al. (2001) relacionou mudanças na QV, avaliada por meio do SF-36, após RM. Os resultados mostraram, preliminarmente, mudanças nos domínios mental e físico. Os pacientes, com estado de saúde pré-operatório relativamente bom, são improváveis de ter diferenças com relação à QV após cirurgia, sendo que a intervenção deve primar pela melhora da sobrevida do paciente.

O estudo de Kock et al. (2007) apontou baixos escores com relação a QV, no aspecto funcional da saúde, após a cirurgia cardíaca, identificando que os pacientes tiveram, a longo prazo, risco para uma sobrevivência reduzida.

Yun et al. (1999) avaliaram a QV de pacientes, acima de 65 anos de idade, que se submeteram à cirurgia cardíaca eletiva. Os pacientes foram acompanhados por um período de dois anos. Os pesquisadores utilizaram questionários de avaliação da QV no pré-operatório e três, doze, e vinte e quatro meses após a cirurgia. A QV melhora com as intervenções cirúrgicas cardíacas para esses pacientes.

Collins et al. (2002) utilizaram o HRQOL para avaliar a QV das pessoas acima de 80 anos de idade, concluindo que este grupo pode ser operado com mortalidade e benefício no pós-operatório aceitáveis no aspecto funcional e bem estar melhorados. A sobrevivência e a QV depois da cirurgia cardíaca entre esses pacientes é comparável a, ou mais uniforme, do que na população sueca em geral.

Marwick et al. (1999) afirmam que os pacientes, com disfunção do ventrículo esquerdo, têm melhoria da capacidade para o exercício, correlacionando-se com a extensão da viabilidade do miocárdio. Os pesquisadores concluíram, por meio do Nottingham Health Profile (NHP), que a QV melhora na maioria dos pacientes que se submetem a RM.

Herlitz et al. (1999) também utilizaram o NHP e constataram que as pessoas do sexo feminino tem baixos escores para a QV antes da cirurgia de RM e, outras doenças, tais como a

diabetes mellitus também são preditores independentes com baixos escores para QV, cinco anos após a cirurgia de RM.

Lamas et al. (1998) afirmam que a implantação de um marcapasso permanente melhora a QV e os benefícios são principalmente para aqueles pacientes com disfunção do nódulo sino-atrial.

Caine et al. (1991) observaram prejuízos evidenciados no estado de saúde em geral, sintomas e atividades, de três meses a um ano, depois da cirurgia de RM. As diferenças entre os escores do NHP, antes da cirurgia e três meses mais tarde foram significativamente diferentes, indicando um apreciável prejuízo no estado de saúde em geral, e até um ano comparado favoravelmente com aqueles com a população masculina normal.

Segundo Peric et al. (2006), o NHP, usado como modelo para a determinação da QV, distribuídos a todos os pacientes antes e seis meses após a RM, mostrou que os pacientes, com angina mais elevada, tiveram uma pior QV pré-operatória e pós-operatória. Os pacientes com angina mais elevada pré-operatória, tiveram uma melhoria maior da mobilidade, da energia e menos dores físicas.

4 HIPÓTESES E OBJETIVOS

4.1.HIPÓTESES

Quanto maior o número de fatores de risco para DAC, menores serão os escores para a QV, com relação aos domínios do SF-36.

Os domínios aspectos físicos e aspecto emocional apresentam baixos escores para QV.

A QV dos pacientes na fase pré-operatória de cirurgia cardíaca apresenta-se, no geral, com uma pontuação abaixo do nível de ser considerada como boa.

4.2.OBJETIVO GERAL

Avaliar a Qualidade de Vida no pré-operatório de cirurgia cardíaca de pacientes internados na Sociedade Beneficente Santa Casa de Campo Grande, MS.

4.3.OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar o perfil sociodemográfico dos participantes, usando como parâmetros o sexo, estado civil, formação acadêmica, renda mensal, carga horária de trabalho e idade dos participantes.

Comparar os dados sociodemográficos da amostra em relação aos oito domínios do SF-36: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental.

Correlacionar fatores de risco para doenças cardiovasculares como a DPOC, HAS, alterações do Índice de massa corporal (IMC), Diabetes, Insuficiência cardíaca, Infarto agudo do miocárdio, fumo, álcool e drogas ilícitas, com os domínios da QV, avaliados por meio do SF-36.

5 MÉTODO

5.1.CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo exploratório descritivo e de corte transversal.

5.2.LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada na Sociedade Beneficente Santa Casa de Campo Grande, MS, hospital de grande porte, no qual o Serviço de Cardiologia é considerado referência nacional. O Serviço de Cardiologia compõe-se de três setores: Unidade Coronariana (UCO), onde são atendidos os pacientes com comprometimentos clínicos cardíacos graves, que recebem tratamento conservador. Outro setor é a Unidade de Internação, localizada na Ala C do 1º andar, onde são internados pacientes transferidos da UCO, após estabilização do quadro clínico, assim como aqueles pacientes internados com indicação de cirurgia cardíaca. Todos os pacientes que se submetem à cirurgia cardíaca, permanecem na UTI 6 por, aproximadamente, 3 dias e, tão logo conseguem ir ao banheiro caminhando e livres de drogas vasoativas, são transferidos para a Ala C, até a alta hospitalar.

5.3.DESCRIÇÃO DA POPULAÇÃO-AMOSTRA

Participaram da pesquisa, 62 pacientes, sendo 27 do sexo feminino e 37 do sexo masculino, conveniados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), internados e aguardando a cirurgia cardíaca na Ala C da Sociedade Beneficente Santa Casa de Campo Grande, MS.

5.3.1.Critérios de inclusão

Participaram do estudo todos os pacientes que seriam submetidos à cirurgia cardíaca, durante os meses estabelecidos para a coleta de dados.

5.3.2.Critérios de exclusão

Foram excluídos do estudo os pacientes que apresentaram instabilidade hemodinâmica, complicação neurológica grave, confusão mental ou inconsciência, diabetes descompensada, obesidade mórbida, doenças degenerativas, insuficiência renal aguda.

5.4.PROCEDIMENTOS

Primeiramente, foi encaminhado o projeto de pesquisa contendo, em anexo, o Pedido de Autorização da Instituição (APÊNDICE A) para o Diretor Técnico da SBCG.

Deferido o pedido de autorização, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Para a adequação dos instrumentos de avaliação, construiu-se um projeto piloto com o objetivo de avaliar a QV no pré-operatório de cirurgia cardíaca. Os instrumentos foram aplicados em seis pacientes internados na Ala C, à espera da cirurgia cardíaca. Nenhuma modificação foi necessária nos instrumentos de avaliação.

Precedendo a coleta de dados foi realizada uma verificação, no prontuário médico de cada paciente, com o objetivo de constatar a ocorrência de critérios de exclusão.

Para o início da coleta de dados, os participantes foram solicitados a assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), que lhes garantia o sigilo dos dados e a possibilidade de se retirarem da pesquisa, a qualquer momento, caso se sentissem sob qualquer risco de constrangimento.

Os participantes foram entrevistados por meio do questionário SF-36 (ANEXO A) e pelo Questionário Sociodemográfico (APÊNDICE A). A entrevista com cada participante foi individual e durou em média 20 minutos. Todas as entrevistas foram realizadas pela pesquisadora. O período total utilizado para as coletas de dados foi de 4 meses.

5.5.DESCRIÇÃO DOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS

5.5.1 QUESTIONÁRIO SOCIO-DEMOGRÁFICO

Este instrumento foi construído para a realização deste projeto, com a finalidade de conhecer o perfil da população estudada, no que se refere aos dados pessoais, à formação acadêmica, à profissão exercida, aos fatores de risco e ao diagnóstico médico.

Quanto aos dados pessoais, o instrumento permite levantar dados como a idade, o sexo, a altura e o estado civil. Na formação acadêmica, permite levantar o nível escolar, e na profissão exercida a carga horária trabalhada e a renda mensal. Quanto aos fatores de risco,

permite estabelecer a ocorrência de DPOC, alterações do Índice de massa corporal (IMC), Diabetes, HAS, uso de drogas ilícitas, fumo, álcool e outros. Com relação ao diagnóstico médico, permite levantar dados sobre o diagnóstico e o tipo de cirurgia.

O IMC estima a quantidade de gordura na composição, obtida pelo peso (em Kg) dividido pela sua altura (em metros) elevada ao quadrado. Estes índices estão representados no quadro abaixo.

Classificação	IMC (kg/m ²)
Baixo Peso	< 18,5
Peso adequado	18,5 - 24,9
Sobrepeso	> 25,0
Pré-obeso	25,0 - 29,9
Obesidade Grau I	30,0 - 34,9
Obesidade Grau II	35,0 - 39,9
Obesidade Grau III	> 40,0

Fonte: WHO, 2002

5.5.2 QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE QV: SF-36

O *Medical Outcome Study 36-item Short Form* (SF-36) é o questionário de medidas genéricas de QV mais utilizado (HOPMAN et al., 2000). Foi desenvolvido por Ware e Sherbourne (1992) e validado para a população brasileira por Ciconelli (1999). Desenvolvido com a finalidade de refletir o impacto de uma doença sobre a vida de pacientes em uma ampla variedade de população. Avaliam aspectos relativos à função, disfunção e desconforto físico e emocional (CICONELLI, 2003).

O SF-36 foi derivado inicialmente do questionário de avaliação de saúde *The Medical Outcomes Study-MOS*, formado por 149 itens, desenvolvido e testado em mais de 22.000 pacientes. Para a formulação de um questionário abrangente, mas não tão extenso, elaborou-se primeiro um questionário de 18 itens, o qual avaliava a capacidade física, limitação devido à doença, saúde mental e percepção da saúde. Posteriormente foram adicionados os itens avaliação dos aspectos sociais e dor, sendo então criado o SF-20. O SF-20 além de permitir a análise de suas medidas psicométricas, detecta diferenças no estado funcional e de bem-estar entre os pacientes com doenças crônicas e alterações psiquiátricas (WARE: SHERBOURNE, 1992). Para o desenvolvimento do SF-36 foram selecionados, dentre mais de 40, oito conceitos de saúde e escalas analisadas pelos estudos de avaliação de saúde (WARE et al., 1993).

O SF-36 (ANEXO A) é um questionário multidimensional, que pode ser auto-administrável e tem o propósito de examinar a percepção do estado de saúde pelo próprio paciente. É formado por 36 itens agrupados em oito escalas, componentes, domínios ou dimensões: capacidade funcional (10 itens), aspectos físicos (4 itens), dor (2 itens), estado geral de saúde (5 itens), vitalidade (4 itens), aspecto sociais (2 itens), aspectos emocionais (3 itens), saúde mental (5 itens) e mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e a de 1 ano atrás (CICONELLI, 1997). As oito dimensões de saúde possuem uma quantidade variável de itens que graduam as respostas de 0 a 100, sendo que a maior pontuação indica um melhor estado de saúde (BOUSQUET et al., 1994). O item a mais, que compara a saúde atual com a de um ano atrás, não recebe pontuação (HOPMAN et al., 2000).

Segundo Ciconelli (1997, 2005) apud Freire (2006), com relação aos domínios do SF-36 a capacidade funcional avalia tanto a presença com a extensão das limitações impostas à capacidade física, variando em 3 níveis: muito, pouco ou sem limitação; no aspecto físico inclui as limitações no tipo e quantidade de trabalho e o quanto estas limitações dificultam e interferem nas atividades de vida diária da pessoa; com relação à dor mede sua extensão ou interferência nas atividades de vida diária; no domínio saúde mental, avalia ansiedade, depressão, alterações do controle e descontrole emocional e bem estar psicológico.

Para Martinez et al. (1999) apud Freire (2006), o aspecto emocional do SF-36 mede o impacto de aspectos psicológicos no bem estar das pessoas e o estado geral de saúde avalia como o paciente se sente em relação à sua saúde global.

Com relação aos aspectos sociais do SF-36, analisam a integração do indivíduo em atividades sociais (McHORNEY et al., 1992 apud FREIRE, 2006) e a vitalidade que considera tanto o nível de energia, como o de fadiga (FREIRE, 2006).

A QV é composta por 4 campos básicos, que são: - a função física e profissional que valoriza aspectos como força, energia e a capacidade de dar continuidade às atividades normais esperadas; - função psicológica que analisa a ansiedade, a depressão e o medo, sendo que esta análise deve ser global, não realizando uma diagnose específica; - intervenção social que avalia a capacidade da pessoa de dar continuidade às suas relações inter-pessoais; - sensação somática que avalia as reações físicas de dor, náusea, dispneia e outras (BLEY; NEMAZZA-LICHT, 1997).

No estudo, de Ciconelli (1997), com pacientes brasileiros portadores de artrite

reumatóide, foi demonstrado que a versão para a língua portuguesa do SF-36 é de fácil e rápida administração e caracteriza um instrumento útil para avaliação, de forma multidimensional, do estado geral desses pacientes por meio de entrevistas e suas propriedades de medidas, como a reproduzibilidade e validade.

5.6.ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Esta pesquisa seguiu as orientações estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde para pesquisas com seres humanos e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) por meio da Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996 (BRASIL, 1996); e da Resolução nº 010 de 22 de setembro de 1978, do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) (BRASIL, 1978) e do Conselho de Psicologia da 14ª Região.

Os questionários aplicados foram isentos de identificação e os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B). Este item é necessário em pesquisa com seres humanos, onde constam o número do registro de identidade, data e assinatura do participante. A pesquisa garante sigilo absoluto dos resultados que serão apresentados estatisticamente, não possibilitando a identificação dos participantes, sem risco algum aos mesmos. O projeto foi avaliado e homologado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, MS (ANEXO B).

5.7.ANÁLISE ESTATÍSTICA

Na análise estatística dos dados, foram aplicados três testes estatísticos distintos, sendo que para as variáveis categóricas em relação às dimensões do questionário SF-36, foram aplicados o teste *t*-student e o teste de Análise de Variância (ANOVA). Com relação as variáveis demográficas contínuas, foi aplicado o teste de correlação linear de Pearson. O nível de significância foi de 5%. O ponto de corte do SF-36 foi de 50%.

6 RESULTADOS

Os resultados foram divididos em três partes, sendo na primeira parte apresentados os dados demográficos da amostra, na segunda parte foram feitos os testes estatísticos referentes aos dados demográficos categóricos, e na terceira parte os testes estatísticos referentes aos dados demográficos contínuos.

6.1. ANÁLISE DOS DADOS DEMOGRÁFICOS DA AMOSTRA

Foram entrevistados 24 mulheres e 37 homens para análise dos dados demográficos e caracterização da amostra. Do total de participantes, a maioria são homens casados. Com relação à formação acadêmica a maioria dos participantes são mulheres não alfabetizadas funcionais, que trabalham de 4 a 8 h por dia e se encontram dentro do peso normal.

TABELA 1 - Caracterização da amostra

Variável	Categoria						
Sexo		Feminino	%	Masculino	%	Total	%
Estado Civil	Solteiro	5	25,0	3	9,4	8	15,4
	Casado	8	40,0	26	81,3	34	65,4
	Separado	2	10,0	1	3,1	3	5,8
	Viúvo	5	25,0	2	6,3	7	13,5
	Total	20	100,0	32	100,0	52*	100,0
Formação	Não Alfabetizado Funcional	16	66,7	22	61,1	38	63,3
	Fundamental	6	25,0	6	16,7	12	20,0
	Médio	1	4,2	7	19,4	8	13,3
	Superior	1	4,2	1	2,8	2	3,3
	Total	24	100,0	36	100,0	60	100,0
Horas de Trabalho	de 4 a 8 h	8	88,9	13	54,2	21	63,6
	de 8 a 12 h	1	11,1	6	25,0	7	21,2
	de 12 a 16 h		0,0	3	12,5	3	9,1
	Acima de 16 h		0,0	2	8,3	2	6,1
	Total	9	100,0	24	100,0	33*	100,0
IMC	Normal	17	70,8	17	48,6	34	57,6
	Obeso	3	12,5	6	17,1	9	15,3
	Sobrepeso	4	16,7	12	34,3	16	27,1
	Total	24	100,0	35	100,0	59*	100,0

*Nem todos os participantes responderam

6.2. ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS COM RELAÇÃO AO SF-36

Com relação ao sexo, foram encontrados apenas dois casos de associações significativas, sendo nos domínios vitalidade (p -valor = 0,031) e aspecto emocional (p -valor = 0,046). Contatou-se na comparação que, nos domínios vitalidade e aspecto emocional, os homens, em relação às mulheres, mostram diferenças significativas, sendo a diferença menor no domínio aspecto emocional. Com relação à dor as mulheres apresentam melhores escores.

TABELA 2 - Comparação entre os sexos nas dimensões SF-36.

Dimensões	Variável	Média	D.P.	t	p-valor
Capacidade funcional	Feminino	38,75	21,73	3,38	0,071
	Masculino	49,46	22,54		
Aspectos físicos	Feminino	16,67	29,18	1,97	0,166
	Masculino	27,70	30,50		
Dor	Feminino	56,46	19,61	0,34	0,565
	Masculino	53,35	20,99		
Estado geral de saúde	Feminino	59,54	17,39	3,38	0,071
	Masculino	68,35	18,84		
Vitalidade	Feminino	44,38	23,74	4,88	0,031
	Masculino	57,81	22,87		
Aspectos sociais	Feminino	46,52	29,17	2,53	0,117
	Masculino	58,78	29,59		
Aspecto emocional	Feminino	20,29	32,94	4,15	0,046
	Masculino	42,34	44,89		
Saúde mental	Feminino	53,50	23,29	3,22	0,078
	Masculino	64,11	22,08		

Os dados obtidos na Tabela 2 estão representados no Gráfico 1.

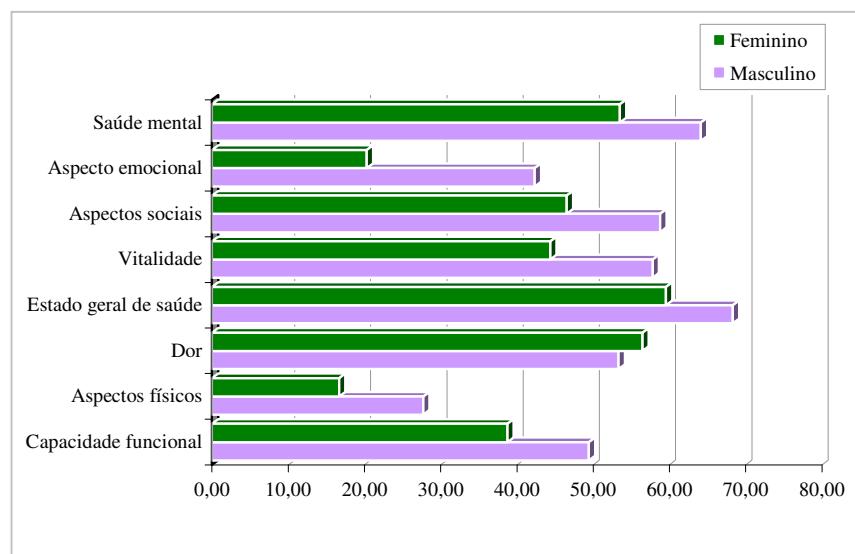


GRÁFICO 1: Médias obtidas pelos participantes em relação ao sexo e às dimensões do SF-36.

Com relação à formação acadêmica, foi encontrada, na análise da Tabela 4, associação significativa no domínio saúde mental (p -valor = 0,018). Os participantes pertencentes ao grupo não alfabetizado funcional demonstram menores escores no domínio saúde mental em relação aos outros grupos. A maior parte dos participantes se encontram no grupo não alfabetizado funcional com 62,3%.

TABELA 3: Número de participantes, em cada grupo, com relação à formação acadêmica.

Não Alfabetizado Funcional	38	62,3%
Fundamental	12	19,7%
Médio	9	14,8%
Superior	2	3,3%
Total	61	100%

TABELA 4: Comparação entre as formações acadêmicas nas dimensões do SF-36

Dimensões	Variável	Média	D.P.	F	p-valor
Capacidade funcional	Não alfabetizado Funcional	42,76	21,01		
	Fundamental	46,67	25,08	0,64	0,531
	Médio e Superior	51,36	26,47		
Aspectos físicos	Não alfabetizado Funcional	19,74	28,57		
	Fundamental	27,08	36,08	0,57	0,566
	Médio e Superior	29,55	31,26		
Dor	Não alfabetizado Funcional	55,66	20,95		
	Fundamental	57,33	20,69	0,35	0,706
	Médio e Superior	50,64	17,59		
Estado geral de saúde	Não alfabetizado Funcional	64,63	18,70		
	Fundamental	61,58	22,31	0,70	0,499
	Médio e Superior	70,73	15,46		
Vitalidade	Não alfabetizado Funcional	48,95	23,94		
	Fundamental	53,92	26,96	1,6	0,210
	Médio e Superior	63,36	18,48		
Aspectos sociais	Não alfabetizado Funcional	50,43	30,28		
	Fundamental	64,58	27,09	1,09	0,342
	Médio e Superior	56,82	29,24		
Aspecto emocional	Não alfabetizado Funcional	27,03	39,16		
	Fundamental	41,67	45,23	0,95	0,392
	Médio e Superior	42,42	42,40		
Saúde mental	Não alfabetizado Funcional	54,42	22,98		
	Fundamental	65,67	20,07	4,33	0,018
	Médio e Superior	75,64	21,12		

Os dados obtidos na Tabela 4 estão representados no Gráfico 2.

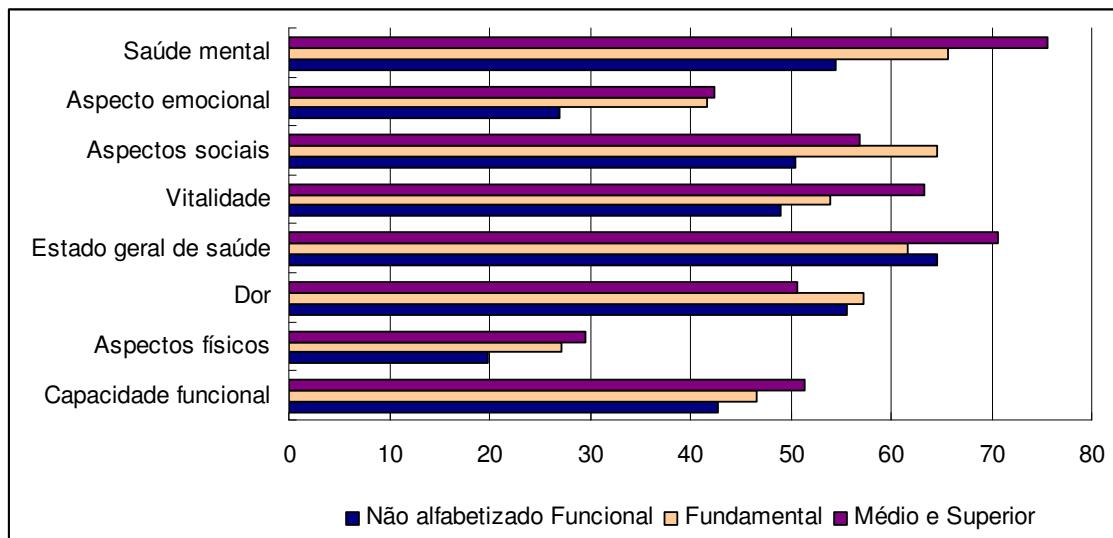


GRÁFICO 2: Médias obtidas pelos participantes em relação à formação acadêmica e às dimensões do SF-36.

Com relação ao IMC, os resultados da análise mostraram que há diferença significativa no domínio capacidade funcional ($p\text{-valor}=0,023$). Os participantes classificados como sobrepeso, apresentam capacidade funcional maior que os classificados como obesos .

TABELA 5: Comparação entre o IMC e os domínios do SF-36

Dimensões	Variável	Média	D.P.	F	p-valor
Capacidade funcional	Normal	40,43	21,47	4,03	0,023
	Obeso	36,67	16,39		
	Sobrepeso	56,56	20,95		
Aspectos físicos	Normal	21,43	31,59	2,27	0,112
	Obeso	8,33	12,50		
	Sobrepeso	34,38	32,76		
Dor	Normal	55,97	18,26	0,13	0,878
	Obeso	53,56	21,47		
	Sobrepeso	53,06	24,47		
Estado geral de saúde	Normal	61,63	20,43	1,36	0,265
	Obeso	64,89	12,51		
	Sobrepeso	70,75	15,72		
Vitalidade	Normal	48,71	24,11	1,01	0,369
	Obeso	51,89	26,33		
	Sobrepeso	58,88	20,89		
Aspectos sociais	Normal	48,69	28,09	1,24	0,297
	Obeso	58,33	27,24		
	Sobrepeso	61,72	32,10		
Aspecto emocional	Normal	31,37	40,98	0,51	0,606
	Obeso	25,93	43,39		
	Sobrepeso	41,67	41,28		
Saúde mental	Normal	59,20	26,14	0,21	0,809
	Obeso	64,89	21,33		
	Sobrepeso	61,25	19,14		

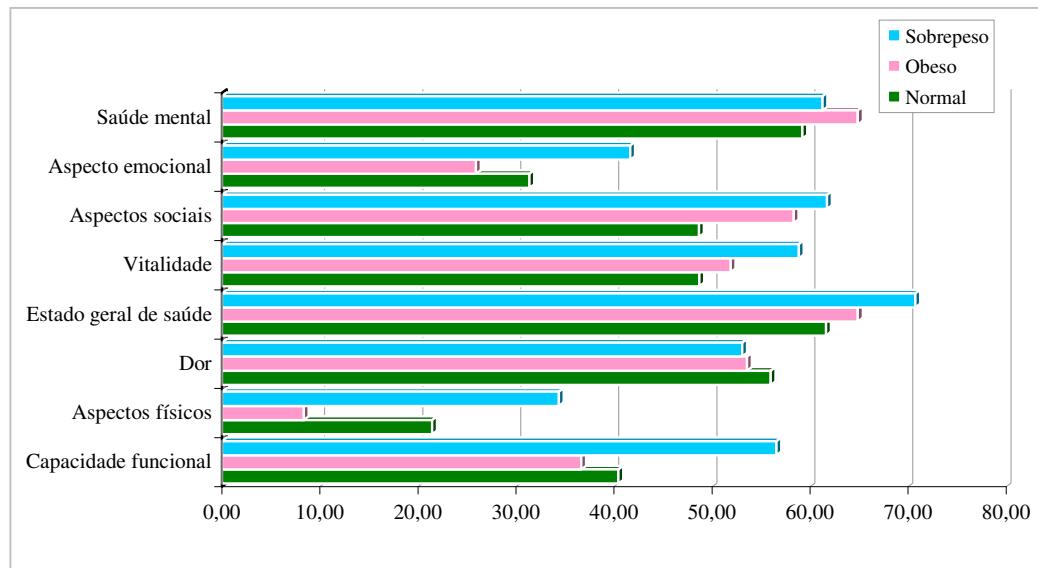


GRÁFICO 3: Médias obtidas pelos participantes em relação ao IMC e aos domínios do SF-36.

Em relação aos fatores de risco para a DAC, a análise estatística, da Tabela 7, mostrou associações significativas na capacidade funcional (*p*-valor = 0,008) e na saúde mental (*p*-valor = 0,008) do SF-36.

Em todos os domínios do SF-36 àqueles participantes que possuíam até três fatores de risco para DAC obtiveram melhores escores do que os que possuíam quatro ou mais.

Conforme a Tabela 6, a maioria dos participantes possui um fator de risco somente e são do sexo masculino (Tabela 8). Dentre os fatores de risco, apresentados pelos participantes, a HAS e o fumo são de maior prevalência, seguidos por diabetes (Tabela 8).

TABELA 6: Participantes em relação ao número de fatores de risco

Quantidade de fatores	Quantidade	Percentual
Um	20	41,67%
Dois	16	33,33%
Três	6	12,50%
Quatro ou mais	6	12,50%
Total	48	100,00%

TABELA 7: Comparação entre o número de fatores de risco para DAC e os domínios do SF-36

Dimensões	Variável	Média	D.P.	F	P-valor
Capacidade Funcional	Um	54	26,47	4,42	0,008
	Dois	40	18,61		
	Três	63,18	16,17		
	Quatro ou mais	33,13	18,5		
Aspectos Físicos	Um	27,19	30,98	0,68	0,57
	Dois	21,76	18,79		
	Três	34,09	43,69		
	Quatro ou mais	15,63	26,52		
Dor	Um	57,44	23,05	1,42	0,249
	Dois	45,18	23,16		
	Três	61,91	22,76		
	Quatro ou mais	52,63	21,26		
Estado geral de Saúde	Um	65,75	21,79	1,87	0,148
	Dois	60,76	17,46		
	Três	76,27	9,49		
	Quatro ou mais	62,63	16,13		
Vitalidade	Um	61,06	21,94	2,60	0,063
	Dois	51,41	20,71		
	Três	65	22,69		
	Quatro ou mais	40,63	19,17		
Aspectos sociais	Um	55,41	28,19	0,84	0,477
	Dois	51,32	29,52		
	Três	64,77	24,89		
	Quatro ou mais	43,75	39,53		
Aspecto emocional	Um	37,5	43,22	1,51	0,225
	Dois	36,27	41,76		
	Três	60,61	41,68		
	Quatro ou mais	20,83	39,59		
Saúde mental	Um	66,92	23,35	4,40	0,008
	Dois	56,63	21,6		
	Três	71,27	12,88		
	Quatro ou mais	40	20,28		

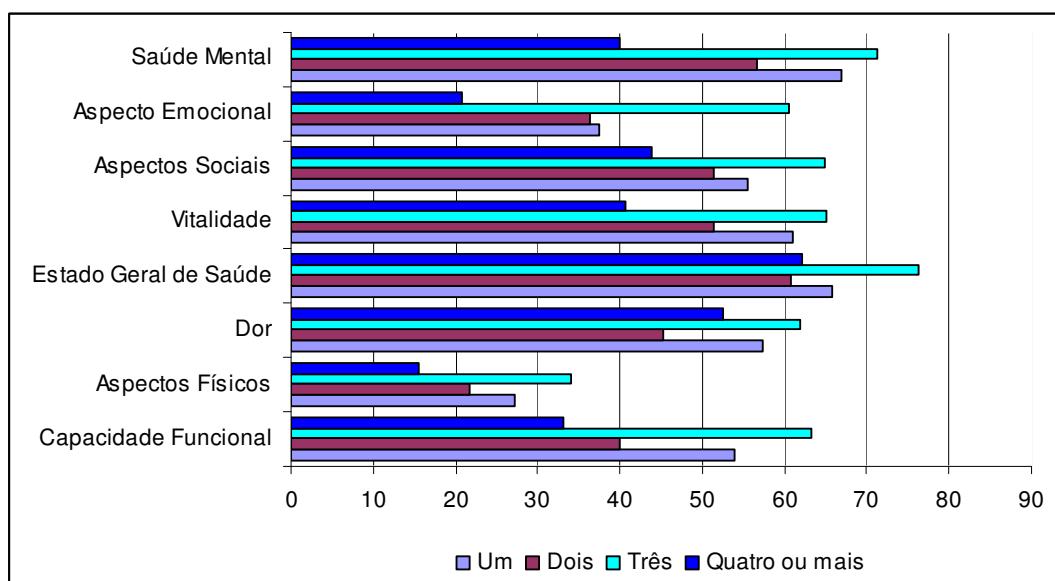


GRÁFICO 4: Médias obtidas pelos participantes em relação ao número de fatores de risco para a DAC e aos domínios do SF-36.

TABELA 8: Fatores de risco com relação ao sexo.

FATORES DE RISCO	FEMININO	MASCULINO
DPOC/Diabetes/hipertensão/infarto/fumo/obeso	1	0
DPOC/Diabetes/fumo/sobre peso	0	1
DPOC/Diabetes/sobre peso	0	1
DPOC/Hipertensão/insuficiência/infarto/sobre peso	1	0
DPOC/insuficiência/infarto/fumo	1	0
Diabetes	1	0
Diabetes/Hipertensão	2	0
Diabetes/Hipertensão/insuficiência	1	0
Diabetes/Hipertensão/insuficiência/infarto	0	1
Diabetes/Hipertensão/insuficiência/fumo/sobre peso	0	1
Diabetes/Hipertensão/sobre peso	0	2
Diabetes/insuficiência	0	1
Diabetes/fumo/álcool	1	0
Diabetes/fumo/sobre peso	0	1
Diabetes/obeso	0	1
Diabetes/sobre peso	0	1
Bronquite	1	0
Bronquite/sobre peso	0	1
Hipertensão	2	2
Hipertensão/insuficiência	0	1
Hipertensão/insuficiência/fumo	0	1
Hipertensão/insuficiência/obesidade	0	1
Hipertensão/infarto/fumo/álcool	0	1
Hipertensão/infarto/fumo/sobre peso	1	0
Hipertensão/infarto/sobre peso	0	1
Hipertensão/fumo/obesidade	0	1
Hipertensão/fumo/sobre peso	0	1
Hipertensão/álcool	0	1
Hipertensão/obesidade	2	1
Hipertensão/sobre peso	0	1
Insuficiência	1	0
Insuficiência/infarto	0	1
Insuficiência/fumo	1	0
Infarto/fumo/álcool	0	1
Fumo/álcool	0	1
Fumo/obesidade	0	1
Fumo/sobre peso	0	2
Álcool	0	1

Com relação ao estado civil, observou-se diferença significativa domínio capacidade funcional (p -valor = 0,004), sendo que as pessoas “divorciadas/separadas” apresentaram os menores escores para a QV.

TABELA 9: Comparação entre o estado civil nos domínios do SF-36

Dimensões	Variável	Média	D.P.	F	p-valor
Capacidade funcional	Solteiro	68,13	22,03	5,15	0,004
	Casado	46,03	22,05		
	Divorciado/Separado	23,33	5,77		
	Viúvo	31,43	18,64		
Aspectos físicos	Solteiro	37,50	35,36	1,38	0,260
	Casado	20,59	26,45		
	Divorciado/Separado	0,00	0,00		
	Viúvo	21,43	36,60		
Dor	Solteiro	61,50	9,96	2,73	0,054
	Casado	57,91	17,86		
	Divorciado/Separado	28,67	5,77		
	Viúvo	61,00	27,70		
Estado geral de saúde	Solteiro	66,00	22,48	1,11	0,353
	Casado	67,09	16,64		
	Divorciado/Separado	46,67	25,66		
	Viúvo	63,43	22,12		
Vitalidade	Solteiro	63,75	20,83	1,72	0,176
	Casado	55,41	23,17		
	Divorciado/Separado	31,67	20,21		
	Viúvo	45,71	27,60		
Aspectos sociais	Solteiro	65,63	32,56	0,85	0,472
	Casado	56,37	30,17		
	Divorciado/Separado	33,33	28,87		
	Viúvo	58,93	26,73		
Aspecto emocional	Solteiro	41,67	42,72	0,75	0,528
	Casado	37,25	44,01		
	Divorciado/Separado	0,00	0,00		
	Viúvo	33,33	47,14		
Saúde mental	Solteiro	66,00	19,71	0,30	0,822
	Casado	60,94	22,80		
	Divorciado/Separado	52,00	4,00		
	Viúvo	59,43	26,68		

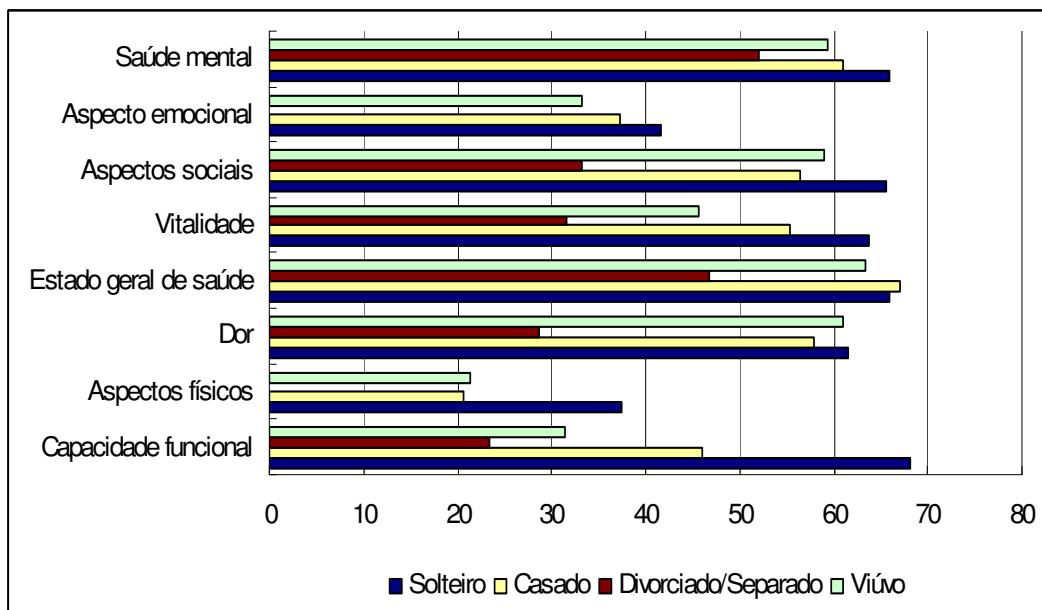


GRÁFICO 5: Médias obtidas pelos participantes em relação ao estado civil e aos domínios do SF-36.

Com relação às horas de trabalho diária participaram 34 pacientes. Não foi encontrada diferença significativa em relação aos domínios do SF-36.

TABELA 10: Comparação entre a carga horária de trabalho diário nos domínios do SF-36.

Dimensões	Variável	média	D.P.	t	P-valor
Capacidade Funcional	Até 8 h	47,50	25,25	0,06	0,812
	Acima de 8 h	49,58	21,89		
Aspectos Físicos	Até 8 h	22,73	26,62	0,58	0,453
	Acima de 8 h	31,25	38,62		
Dor	Até 8 h	55,50	16,30	0,43	0,516
	Acima de 8 h	51,00	23,53		
Estado Geral de Saúde	Até 8 h	72,00	19,32	0,28	0,599
	Acima de 8 h	68,42	17,80		
Vitalidade	Até 8 h	58,18	22,86	0,02	0,88
	Acima de 8 h	59,33	16,95		
Aspectos Sociais	Até 8 h	59,09	33,89	0,00	0,98
	Acima de 8 h	59,38	23,91		
Aspecto Emocional	Até 8 h	39,68	40,30	0,00	0,96
	Acima de 8 h	38,89	48,89		
Saúde Mental	Até 8 h	65,27	18,66	0,81	0,374
	Acima de 8 h	71,00	15,74		

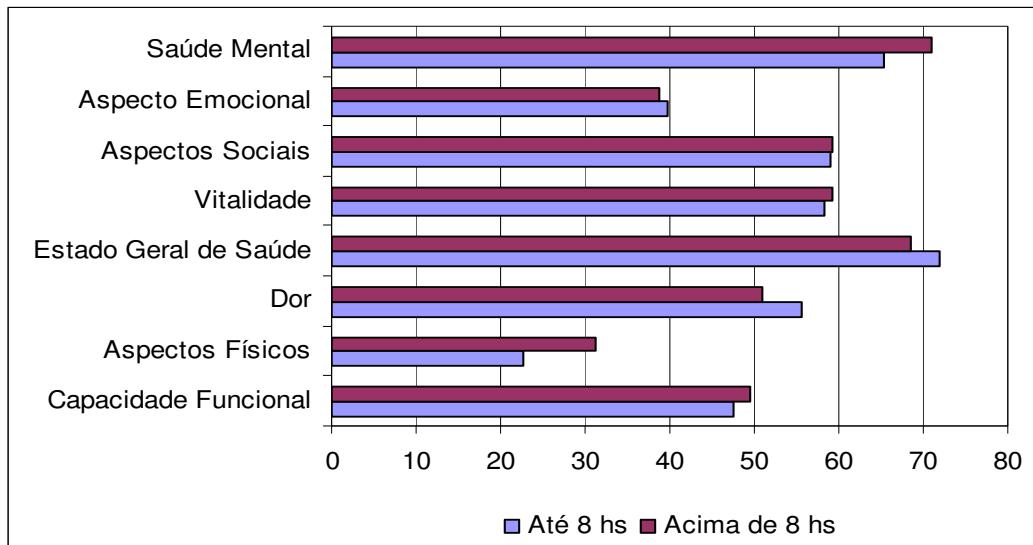


GRÁFICO 6: Médias obtidas pelos participantes em relação às horas trabalhadas e aos domínios do SF-36.

Com relação à distribuição geral dos escores médios obtidos em relação ao SF-36, observa-se que o maior nível médio de QV, medido nos pacientes através do SF-36, esta no domínio estado geral de saúde, com escore médio de 65,24. O menor escore médio foi no domínio aspectos físicos, com escore médio de 22,98.

TABELA 11: Distribuição geral dos escores médios obtidos em relação ao SF-36

Dimensão	n	Média	D.P
Capacidade funcional	62	45,08	22,52
Aspectos físicos	62	22,98	30,13
Dor	62	54,69	20,21
Estado geral de saúde	62	65,24	18,71
Vitalidade	62	52,65	23,77
Aspectos sociais	62	53,90	29,56
Aspecto emocional	61	33,88	41,50
Saúde mental	62	60,45	23,14

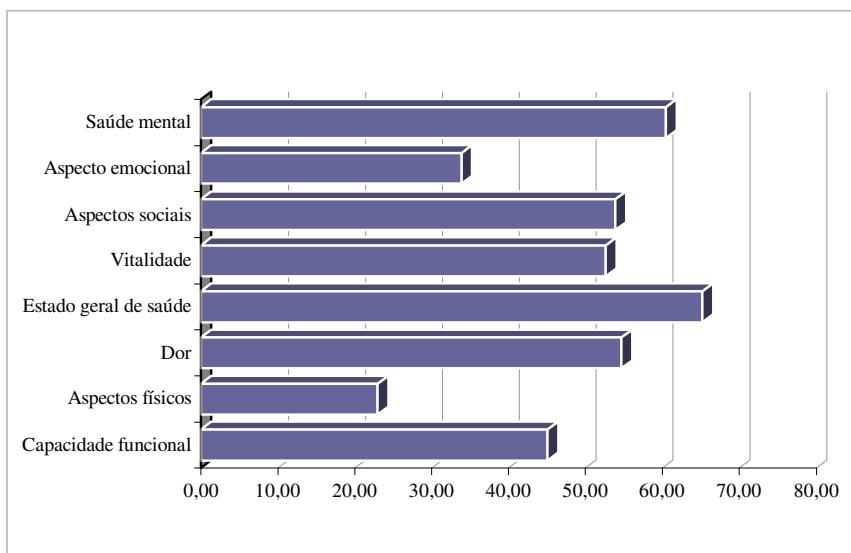


GRÁFICO 7: Distribuição geral dos escores médios obtidos nos domínios SF-36.

6.3. ANÁLISE DOS DADOS DEMOGRÁFICOS CONTÍNUOS

Em nenhuma das dimensões do SF-36 analisadas possui associação significativa. Com relação ao sinal negativo do coeficiente de correlação no domínio capacidade funcional, significa que quanto for maior a idade, os participantes tendem a possuir um menor valor na dimensão analisada.

TABELA 12: Análise de correlação entre a idade e os domínios do SF-36

Dimensão	Correlação	p-valor
Capacidade funcional	-0,036	0,780
Aspectos físicos	0,244	0,056
Dor	0,105	0,415
Estado geral de saúde	0,178	0,165
Vitalidade	0,239	0,062
Aspectos sociais	0,031	0,811
Aspecto emocional	0,188	0,146
Saúde mental	0,137	0,289

Com relação à renda dos participantes, o domínio capacidade funcional foi significativamente correlacionada com a renda ($p\text{-valor} = 0,018$). O domínio aspectos físicos também apresentou associação significativa ($p\text{-valor} = 0,001$), assim como os outros domínios que seguem: aspecto emocional ($p\text{-valor} = 0,041$) e saúde mental ($p\text{-valor} = 0,043$).

TABELA 13: Análise de correlação entre a renda mensal e os domínios do SF-36

Dimensão	Correlação	p-valor
Capacidade funcional	0,343	0,018
Aspectos físicos	0,460	0,001
Dor	-0,043	0,775
Estado geral de saúde	0,151	0,311
Vitalidade	0,198	0,182
Aspectos sociais	0,267	0,070
Aspecto emocional	0,303	0,041
Saúde mental	0,297	0,043

7 DISCUSSÃO

O estudo foi realizado com 61 pacientes, sendo 24 mulheres e 37 homens, que se encontravam internados, à espera da cirurgia cardíaca, na SBSC de Campo Grande/MS. Para a revisão de literatura foram utilizados 25 estudos que relacionam QV e saúde. Do total, 6 estudos de pré e pós-operatório e 10 estudos de pós-operatório de cirurgia cardíaca. Foram incluídos 4 estudos com patologias que representam fatores de risco para DAC e mais 5 com outras patologias, para confirmar que, no geral, as doenças comprometem a QV das pessoas.

O número maior de homens na amostra (60%), com DAC, pode ser devido estes estarem mais expostos aos fatores de risco. Todos os participantes são provenientes do SUS, sendo, portanto pessoas com menos condições financeiras para adquirir meios de cuidar-se e ou menor acesso a informações sobre saúde, assim como ter uma alimentação adequada. O SUS representa hoje mais de 70% do atendimento médico no país, sendo que os pacientes atendidos correspondem à faixa mais desfavorecida do ponto de vista socioeconômico da população GOMES et al. (2007). A inclusão significativa na amostra, de participantes com baixa escolaridade (63%), pode ser pelo motivo de não terem informações suficientes para o cuidado adequado de sua saúde, e que pode ser a causa de um número significativo de mulheres com DAC.

Nota-se que as pessoas, no geral, não têm inserido em sua rotina a prática de exercícios físicos. Embora a maioria dos participantes se encontre dentro do peso normal (57%), é importante ressaltar que a falta de alimentação saudável associado ao sedentarismo, pode alterar níveis de gordura em artérias do coração, trazendo prejuízos ao funcionamento cardiovascular, sem tampouco ocorrer aumento de peso. No entanto, o sedentarismo, associado ao aumento de peso, pode predispor a pessoa a mais fatores de risco de doença arterial coronariana, como no caso da HAS, diabetes e cardiopatias.

No presente estudo, com relação ao sexo, foram encontradas duas diferenças significativas, sendo nos domínios vitalidade ($p=0,031$) e aspecto emocional ($p=0,046$), constatando-se que os homens mostram maiores escores em relação às mulheres. Constatou-se também uma melhor QV no domínio estado geral de saúde com relação ao sexo masculino. O maior escore, no domínio vitalidade, conferido ao sexo masculino representa que os homens têm mais energia do que as mulheres, mas no domínio aspecto emocional o diferencial é menor, indicando que, as pessoas de ambos os sexos, apresentam-se afetadas, demonstrando o quanto esses pacientes ficam abatidos, entristecidos e impotentes durante o pré-operatório de cirurgia cardíaca, diminuindo sua percepção de bem estar.

Em todos os domínios do SF-36 as pessoas do sexo masculino mostraram maiores escores, demonstrando uma tendência para melhor QV. Com exceção do aspecto dor, onde as pessoas do sexo feminino tiveram melhores escores.

Sabe-se que, de acordo com a anatomofisiologia, as pessoas do sexo masculino têm vantagem com relação à força motora corporal quando comparado com as pessoas do sexo feminino. Motivo pelo qual, mesmo diante da cardiopatia, no domínio vitalidade do SF-36, que dá a percepção de energia e fadiga, há uma diferença significativa entre os dois sexos, onde os homens têm maiores escores. No domínio aspecto emocional, a diferença é menor, mas ainda significativa, na qual as mulheres têm menores escores, constatando uma menor percepção de bem estar. Acredita-se que a natureza mais delicada da mulher provoque alterações profundas nas suas emoções perante adversidades da vida, no caso, a doença cardíaca e a perspectiva de uma cirurgia.

Estudos como o de Cornell, Raczyński e Oberman (1996) constataram que os efeitos da RM e da angioplastia, na específica dimensão da QV, indicam uma mudança positiva, pois mostra melhora da capacidade funcional e QV geral em pacientes com doença das artérias coronárias. A diminuição da freqüência da angina posterior a angioplastia é o mais importante indicador prognóstico para a melhora da QV após este procedimento (POCOCK et al., 2000; SPERTUS et al., 2004). A cirurgia cardíaca melhora a QV, diminuindo a presença ou extensão das limitações impostas à capacidade física.

Outro estudo como o de Favarato et al. (2006), com o objetivo de avaliar a QV em pacientes com DAC e submetidos ao tratamento clínico, tratamento cirúrgico ou angioplastia, compararam possíveis diferenças entre sexos. O instrumento de avaliação foi o SF-36, aplicado no início do tratamento, 6 e 12 meses após. Os pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico mostraram evolução mais favorável. Os homens apresentaram melhor QV no início, beneficiando-se progressivamente decorridos 6 e 12 meses de tratamento, enquanto nas mulheres a melhora ocorreu aos 6 meses, reduzindo-se aos 12.

Já as diferenças entre os escores do NHP, antes da cirurgia e três meses mais tarde, foram significativamente diferentes indicando um apreciável prejuízo no estado de saúde em geral, em até um ano comparado à população masculina normal (CAINE et al., 1991).

Constata-se pelas pesquisas acima citadas que o paciente não tem uma boa percepção com relação à sua saúde global, caracterizado no NHP como estado geral de saúde, mas o

tratamento cirúrgico das patologias cardíacas oferece benefícios com relação à saúde dos pacientes, principalmente para as pessoas do sexo masculino, por apresentarem evolução mais favorável, como mostram os resultados dos estudos.

Herlitz et al. (1999) afirmam através do NHP que o sexo feminino tem baixa QV antes da cirurgia de RM. No presente estudo também foram encontrados baixos escores para a QV das mulheres no pré-operatório de cirurgia cardíaca, na maioria dos domínios do SF-36, com relação aos homens, com exceção do domínio dor. Os homens têm os maiores escores de QV, nos quais os melhores preditores de QV foram os domínios: estado geral de saúde e saúde mental. Entre as mulheres os maiores escores foram os domínios: estado geral de saúde e dor.

Similar resultado, com relação à dor, foi encontrado no estudo com pacientes que sofriam de angina mais elevada pré-operatória, na qual tiveram uma melhoria maior da mobilidade, da energia e menos dores físicas no pós-operatório (PERIC et al., 2006). E com relação à saúde mental o estudo de Rumsfeld et al. (2001) relacionando mudanças na QV, por meio do SF-36, após RM, resultou preliminarmente em mudanças nos domínios saúde mental e aspecto físico.

A experiência profissional mostrou que as mulheres conseguem, no geral, suportar e ou administrar melhor a dor do que os homens, mas fisicamente são menos resistentes. As pesquisas comprovam que a QV é melhorada no pós-operatório de cirurgia cardíaca, uma vez que homens e mulheres apresentam um bom estado geral de saúde.

Os resultados obtidos, neste estudo, mostraram com relação à idade e aos domínios do SF-36, que em nenhuma das dimensões analisadas houve associação significativa. Mas, no estudo de Collins et al. (2002), com pessoas acima de 80 anos, afirmam que este grupo pode ser operado com mortalidade aceitável benefício no pós-operatório no aspecto funcional e bem estar melhorados. Lessa (2002) afirma que a mortalidade precoce por DAC tem aumentado em 35% em homens e 51,3% em mulheres, nos últimos 20 anos.

No presente estudo, com relação à formação acadêmica foi encontrada diferença significativa no domínio saúde mental (p -valor = 0,018) do SF-36. Os participantes pertencentes ao grupo de “Não alfabetizado funcional” mostraram menor percepção de bem estar psicológico em relação ao grupo de participantes com formação de nível “Fundamental e Médio ou Superior”. Na análise dos domínios do SF-36, o estado geral de saúde mostrou melhores escores no grupo “Médio ou Superior”.

A baixa escolaridade da maioria dos participantes pode ser o motivo de não assimilarem, adequadamente, as informações para o cuidado com sua saúde. Por outro lado, normalmente a baixa escolaridade está associada com baixa renda familiar, portanto, levando pessoas não terem condições financeiras nem mesmo para se alimentar, quanto menos para cuidados com a saúde. Segundo Lessa (1998), com menor índice de escolaridade há maior freqüência de enfermidades como as doenças cardiovasculares.

A respeito do IMC, este estudo mostrou três classes, sendo composta por 35 (58,3%) pessoas com peso normal, 16 (26,7%) pessoas com sobrepeso e 9 (15%) pessoas consideradas com obesidade. Das pessoas com IMC classificado como “normal”, 52,9% são mulheres, e 47,1% são homens. Já as pessoas com IMC classificado como “Sobrepeso”, 18,8% são mulheres e 81,3% são homens. Das pessoas com obesidade, 66,7% são homens e 33,3% são mulheres. Os resultados da análise mostraram que há diferença significativa entre os valores de IMC, no domínio da capacidade funcional (p -valor= 0,023). Os participantes com sobrepeso demonstraram maior percepção com relação às limitações impostas pela capacidade física que as pessoas com obesidade. As pessoas com obesidade apresentaram pior escore com relação a capacidade funcional, porém apresentaram melhor percepção do estado geral de saúde e saúde mental, isto é, se sente melhor em relação à sua saúde global e bem estar psicológico melhorados, respectivamente. Com relação ao aspecto dor, caracterizada por sua interferência nas atividades de vida diária, tanto as pessoas com sobrepeso, como às com obesidade apresentam a médias semelhantes.

Segundo Sinzato (2005), comparou a população de Bandeirantes no MS, com relação à QV, apenas houve diferença no estado geral de saúde, na qual as pessoas com obesidade apresentaram uma pontuação superior às sem obesidade. Os maiores escores para as pessoas com e sem obesidade foi na capacidade funcional e o menor foi em relação à dor. A obesidade apresentou-se maior entre as mulheres (21,7%) do que entre os homens (11,8%), com predominância em pessoas acima de 30 anos. A QV das pessoas com obesidade, em geral, não diferiu das sem obesidade, apresentando bons resultados no questionário SF-36.

Vilas-Bôas (2003) afirma que a obesidade é ocasionada por diversos fatores e predispõe as pessoas a várias comorbidades, e pioram a QV. Confirmado por Formiguera-Sala e Foz (1998), no estudo que relaciona a elevação do IMC à maior prevalência de doenças cardiovasculares. Para Galacho e Peres (2000), mudanças nos hábitos de vida das pessoas, associadas ao envelhecimento são as maiores responsáveis pela maior incidência de doenças

cardiovasculares.

O presente estudo em comparação com o de Sinzato (2005), mostra resultados diferentes em relação aos resultados do SF-36, pois o presente estudo não mostrou bons escores para a QV. Provavelmente, a divergência entre os estudos, deve-se ao fato de Sinzato (2005), ter realizado o estudo com a população em geral, e este estudo restringiu-se aos pacientes internados com DAC. A DAC contribui para a baixa QV por debilitar física e emocionalmente a pessoa. Também em relação aos estudos acima citados, o presente estudo está em concordância que a obesidade é um fator de risco para DAC e o fato das pessoas terem obesidade acarreta piores escores para a QV.

Em relação aos fatores de risco para a DAC, os grupos de pessoas que participaram da pesquisa foram divididos pelo número de fatores de risco para DAC que possuíam. Foram obtidos 4 grupos: pessoas com um, dois, três, quatro ou mais fatores de risco. A análise estatística mostrou associação significativa na capacidade funcional ($p\text{-valor}= 0,008$) e na saúde mental ($p\text{-valor}= 0,008$) do SF-36.

A maioria dos participantes possui um fator de risco somente e são do sexo masculino. Dentre os fatores de risco, apresentados pelos participantes, a HAS e o fumo são de maior prevalência, seguidos por Diabetes. Observou-se também, que em todos os domínios do SF-36, o grupo que possuía quatro ou mais fatores de risco para DAC obteve baixos escores para a QV. Os que têm 4 ou mais fatores de risco tem pior QV em todos os domínios do SF-36. Na maior parte dos domínios do SF-36, o grupo que possuía apenas um fator de risco para DAC obteve maiores escores para a QV.

Ainda com relação aos fatores de risco para DAC, os participantes que possuíam três fatores de risco mostraram melhores escores do que àqueles com um ou dois fatores de risco. Este fato deve ser estudado, buscando compreender as possíveis causas desse resultado.

O resultado da pesquisa de Koch et al. (2004), com relação ao número de fatores de risco pré-operatórios e de eventos pós-operatórios estavam associados com a recuperação funcional após a RM, e o sexo feminino estava associado com maior prejuízo funcional pós-operatório.

Os fatores de risco para DAC contribuem fortemente para o prognóstico da doença aterosclerótica e influenciam nas taxas de doenças em ambos os sexos e em todas as idades, mas com intensidades diferentes.

Segundo Pollock e Schmidt (2003), os fatores de risco incluem atributos aterogênicos pessoais e hábitos de vida. Järvinen et al. (2005) relatam que, embora pessoas com Diabetes difiram dos sem Diabetes, tendo QV ligeiramente inferior, antes e um ano após a RM, eles ganham semelhante melhoria da QV, um ano após a cirurgia, quando comparados com os que não possuem Diabetes.

O presente estudo encontrou baixos escores com relação ao domínio aspecto físico do SF-36. No estudo de Aranha et al. (2006), os pacientes reumáticos apresentaram baixa QV, sobretudo nas dimensões mais relevantes da enfermidade, quando comparada com valores da população espanhola em geral, constatando que a área física também foi a mais afetada.

A hipótese mais provável para os baixos escores, com relação ao domínio aspecto físico, caracterizando uma baixa QV, é porque pacientes com doença cardíaca e reumática apresentam debilidade física, como cansaço e dores no corpo. A debilidade física afeta a pessoa em seu aspecto emocional, sentindo-se angustiada perante a impotência de uma pequena resistência física. Isto ocorre porque não consegue, na maioria das vezes, desenvolver normalmente seu trabalho e atividades da vida diária.

Pesquisas importantes para a Fisioterapia, que atua diretamente com o sistema respiratório do paciente que se submete à cirurgia cardíaca e tem como consequência alterações funcionais, principalmente, respiratórias são a de Zanchet et al. (2006), que analisou a eficácia do programa de reabilitação pulmonar com relação à QV dos pacientes portadores de DPOC, constatando que o programa melhora a QV, e mostrando que existe correlação entre o grau de obstrução das vias aéreas e a QV destes pacientes. A pesquisa de Martins, França e Kimura (1996) enfatizam a importância de se considerar a multidimensionalidade do conceito de QV na assistência às pessoas com doenças crônicas.

Segundo Galdeano, Rossi e Pezzuto (2004), as necessidades psicossociais e o impacto psicológico da doença cardíaca são responsáveis por grandes mudanças na QV do paciente e de sua família, que possui um papel importante na capacidade das pessoas de suprir suas necessidades básicas. Feier et al. (2006) afirma que um aumento na quantidade de fatores de riscos cirúrgicos, como as doenças vasculares, doenças pulmonares prévias e a idade avançada, podem levar ao insucesso da cirurgia, sendo esses escores utilizados para identificar pacientes que requerem maiores cuidados e predizer o resultado cirúrgico.

Para análise do estado civil, houve diferença significativa no domínio capacidade funcional (p -valor = 0,004). Em todas as dimensões do SF-36 as pessoas solteiras apresentaram os melhores escores para a QV. Os menores escores foram encontrados entre os divorciados, enquanto os casados apresentaram melhor QV no componente estado geral de saúde. As pessoas “divorciadas/separadas” apresentaram os menores escores para a QV, comparado com as pessoas casadas, na qual mostraram uma tendência à boa QV, na maioria dos domínios do SF-36. Os solteiros apresentaram os maiores escores para a QV na maioria dos domínios do SF-36, com exceção do estado geral de saúde, quando comparado com os casados.

Sinzato (2005) não encontrou associação significativa, com relação ao estado civil, nas dimensões do SF-36 entre participantes com obesidade e sem obesidade. Possivelmente porque este estudo não tenha incluído em sua amostra pessoas com outras doenças associadas ao fator de risco obesidade.

No que se refere às horas de trabalho, participaram 34 pacientes, divididos em dois grupos, os que trabalhavam até 8 h/dia e o grupo em que as pessoas trabalhavam acima de 8 horas diárias. Não foram encontradas diferenças significativas entre a carga horária diária e os domínios do SF-36. Porém, os dois grupos tiveram melhores escores com relação ao estado geral de saúde e a saúde mental. Os dois grupos tiveram baixos escores com relação ao aspecto físico. Mostrando que a doença cardíaca causa debilidade física (POLLOCK; SCHMIDT, 2003). A maioria das pessoas que participaram do estudo trabalhavam até 8 hs por dia. O pior escore foi no aspecto físico, principalmente daqueles que trabalhavam até 8hs pô dia, comprovando o quanto à doença cardíaca causa debilidade física, interferindo nas atividades da vida diária da pessoa.

No geral, os melhores escores foram na saúde mental, para àquelas pessoas que trabalhavam acima de 8 hs por dia e o estado geral de saúde para àquelas pessoas que trabalhavam até 8 hs. As pessoas que trabalhavam até 8 hs por dia tem uma melhor percepção com relação à sua saúde, comparado com àquelas que trabalhavam acima de 8 hs por dia. As pessoas que trabalhavam acima de 8 hs por dia apresentam menores níveis de ansiedade, depressão e ou alterações emocionais, caracterizando melhor bem estar psicológico.

Aparentemente, pode-se supor que as pessoas ocupando mais tempo do seu dia com o trabalho, apresentem menor predisposição para desenvolverem ansiedade e ou descontrole emocional e tem melhor bem estar psicológico.

A renda foi significativamente associada com os domínios capacidade funcional, aspectos físico, aspecto emocional e saúde mental. A dimensão dor indicou que quanto maior a renda do paciente, menor será o escore referente a tal dimensão. Segundo Lessa (1998), em níveis sociais mais baixos, encontram-se maiores prevalências de doenças cardiovasculares. Gomes et al. (2007) afirmam que os fatores socioeconômicos afetam resultados de tratamento de doenças cardiovasculares.

No presente trabalho, o estado geral de saúde mostrou-se constante em todas as análises estatísticas com escores mais altos para a QV. Observa-se que o maior nível médio de QV, medido nos pacientes por meio do questionário SF-36, está no domínio estado geral de saúde com escore médio de 65,2. O menor escore médio foi no domínio aspectos físicos, com escore médio de 23,0. Segundo Caine et al. (1991), em relação às diferenças entre os escores do NHP, antes da cirurgia e três meses mais tarde, foram significantemente diferentes indicando um apreciável prejuízo no estado de saúde em geral, e até um ano, comparado favoravelmente com a população masculina normal.

Ainda existem pouquíssimos estudos abordando QV, no pré-operatório de cirurgia cardíaca, provavelmente porque a saúde em nosso país ainda tenha um enfoque curativo. A consequência é que, na maioria das vezes, incide-se na fase patogênica de eventos fisiopatológicos e talvez por isso tenha-se encontrado maior número de estudos científicos pós-eventos. Sabe-se, no entanto, que incidir com recursos preventivos tem um custo menor para o paciente e para o sistema de saúde, da mesma forma que preserva a saúde, por ainda não ter sido instalada a doença ou a limitação física e ou psíquica. Com relação à Fisioterapia, a fase pré-operatória de cirurgia cardíaca ainda tem recebido pouca atenção por parte dos profissionais da área da saúde, mas tem-se observado que, melhores resultados no pós-operatório do paciente, são obtidos quando a intervenção fisioterápica é aplicada também no período pré-operatório.

8 CONCLUSÃO

Nos domínios vitalidade e aspecto emocional, do SF-36, os homens em relação às mulheres, mostram diferenças significativas, sendo a diferença menor no domínio aspecto emocional. Com relação à dor as mulheres apresentam melhores escores que os homens.

Com relação à formação acadêmica o grupo não alfabetizado funcional demonstra menores escores no domínio saúde mental quando comparado ao Fundamental ou Médio/Superior.

Os participantes classificados como sobrepeso, apresentam capacidade funcional maior que os classificados como obesos.

Em todos os domínios do SF-36 àqueles participantes que possuíam até três fatores de risco para DAC obtiveram melhores escores do que os que possuíam quatro ou mais.

Dentre os fatores de risco, apresentados pelos participantes, a HAS e o fumo são de maior prevalência, seguidos por Diabetes.

Com relação ao estado civil, observou-se diferença significativa no domínio capacidade funcional, sendo que as pessoas “divorciadas/separadas” apresentaram o menor escore para a QV. Os solteiros apresentaram melhor escore médio para QV.

Com relação à renda dos participantes, o domínio capacidade funcional foi significativamente correlacionada. O domínio aspectos físicos também apresentou associação significativa, assim como os outros domínios que seguem: aspecto emocional e saúde mental.

O maior nível médio de QV medido nos pacientes por meio do questionário SF-36 está no domínio estado geral de saúde. O menor escore médio foi no domínio aspectos físicos.

O estado geral de saúde mostrou uma tendência à boa QV em todas as análises, com relação as variáveis independentes estudadas. A QV dos participantes se encontra, no geral, ligeiramente abaixo do limite de ser considerada como boa.

Com relação às hipóteses estabelecidas para esta pesquisa, todas foram confirmadas por meio dos resultados estatísticos apresentados, pois os participantes que tinham maior número de fatores de risco para DAC, obtiveram menores escores para a QV, com relação aos domínios do SF-36; os domínios aspectos físicos e aspecto emocional apresentaram baixos escores para QV e a QV dos participantes, na fase pré-operatória de cirurgia cardíaca, apresentou-se, no geral, com uma pontuação abaixo do nível de ser considerada como boa.

Portanto, acredita-se que haja, por meio desta pesquisa, uma contribuição aos estudos em QV, considerando o objetivo atingido de conhecer a QV dos pacientes que se submetem à cirurgia cardíaca e os diferentes resultados em outras pesquisas. Assim, poder-se-á ter melhores parâmetros à tomada de decisões com relação ao tratamento mais adequado a cada doença cardíaca, visando melhoria na QV. Levando-se em consideração que a busca da melhoria da QV depende de um processo de mudança de comportamento individual e, tem como objeto permitir ganhos qualitativos para sua saúde em geral.

A doença cardíaca, a perspectiva da cirurgia e a anestesia traduzem uma mudança na rotina de vida que, associada às características individuais de cada pessoa, pode desencadear alterações psicofísicas e emocionais e, portanto pode alterar a QV. A cirurgia cardíaca melhora a QV desses pacientes.

O presente estudo evidencia a importância da participação de profissionais da psicologia na equipe multidisciplinar no atendimento aos pacientes no período pré-operatório de cirurgia cardíaca. Os fisioterapeutas que atuam na área de cardiologia poderiam receber orientações, por meio de encontros, realizados por profissionais da psicologia, para discutirem como abordar esses pacientes, levando em consideração as suas alterações psicofísicas e emocionais.

Sugere-se a continuidade desta pesquisa podendo-se utilizar amostras maiores, outros instrumentos de coleta de dados, variáveis independentes, correlação com o pós-operatório de cirurgia cardíaca e comparações com outros serviços de cirurgia cardíaca de referência.

REFERÊNCIAS

- ACUFF, T. E. et al. Minimally invasive coronary artery bypass grafting. *The Annals of Thoracic Surgery*, Boston, v. 61, n. 1, p. 135-137, 1996.
- ALONSO, I. M.; POO, M.; CASTILLO, I. I. Valoración del índice de salud SF-36 aplicado a usuarios de programas de metadona: valores de referencia para la comunidad autónoma vasca. *Revista Española de Salud Pública*, Madrid, v. 78, n. 5, p. 609-621, 2004.
- AMATO, M. S.; AMATO NETO, V.; UIP, D. E. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com doença de Chagas submetidos a transplante de coração. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, Uberaba, v. 30, n. 2, p. 159-160, 1997.
- ARANHA, L. L. M. et al. Qualidade de vida em pacientes com osteoporose. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 298-303, 2006.
- AULER Jr., J. O. C. et al. *Pós-operatório de cirurgia torácica e cardiovascular: rotinas do Instituto do Coração (INCOR)/HCFMUSP*. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- BARR, J. T. The outcomes movement and health status measures. *Journal de Allied Health*, Thorofare, v. 24, n. 1, p. 13-28, 1995.
- BLEY, D. & NERNAZZA-LICHT, N. La multiplicité usage du thème de qualité de vie. *Revue Prevenir* 33:7- 13, 1997.
- BOUSQUET, J. et al. Quality of life in asthma. I. Internal consistency and validity of the SF-36 questionnaire. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, New York, v. 149, p. 371-375, 1994.
- BRADY, M. J. et al. Reliability and validity of the functional assessment of cancer therapy-breast quality of life instrument. *American Journal of Clinical Oncology*, New York, v. 15, n 3, p. 974-886, 1997.
- BRAILE BIOMÉDICA. *Resumo da história da cirurgia cardíaca no Brasil*. Disponível em: <<http://www.braile.com.br/UTILIDADES/historiacirur/cirbrasil.htm>>. Acesso em: 30 out. 2003.
- BRAILE, D. M.; GODOY, M. F. História da cirurgia cardíaca. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São José do Rio Preto, v. 66, n. 1, 1996. Disponível em: <<http://abc.cardiol.br/historia/cirurgiacardiaca.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2006.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Decreto-Lei n. 938 de 13 de outubro de 1969.. Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, e dá outras providências. Retificado em 16 de outubro de 1969. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 14 out. 1969. Disponível em: <http://www.crefito4.com.br/dec_lei_938.htm>. Acesso em: 08 set. 2006.
- _____. Conselho Nacional de Saúde. 8^a Conferência Nacional de Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 17 a 21 de Março, 1986. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios.htm>>. Acesso em 27 fev. 2008.

_____. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 16 out. 1996. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc>>. Acesso em: 08 set. 2006.

BRASIL. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. *Mapa do analfabetismo no Brasil*. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <<http://www.oei.es/quipu/brasil/estadisticas/analfabetismo2003.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2006.

BRASIL. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. *Resolução COFFITO n. 010 de 22 de setembro de 1978*. Aprova o Código de Ética Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Disponível em: <<http://www.coffito.org.br/legislacao1.asp?id=10>>. Acesso em: 08 mar. 2006.

BRORSSON, B. et al. Quality of life of patients with chronic stable angina before and four years after coronary revascularisation compared with a normal population. *Heart (British Cardiac Society)*, London, v. 87, n. 2, p. 140-145, 2002.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CAINE, N. et al. Prospective study of quality of life before and after coronary artery bypass grafting. *British Medical Journal*, London, v. 302, n. 6775, p. 511-516, 1991.

CAMPAÑA, A. Em busca da definição de pautas atuais para delineamento de estudos sobre condições de vida e saúde. In: BARATA, R. B. (Org.). *Condições de vida e situações de saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1997. p. 155-165. (Saúde Movimento).

CARDOSO, W.L.C.D. Qualidade de vida e trabalho: uma articulação possível. In: GUIMARÃES L.A.M. ; GRUBITS, S. (Orgs.) *Série Saúde Mental e Trabalho, vol I*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

CASTELLANOS, P. L. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida: considerações conceituais. In: BARATA, R. B. (Org.). *Condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1997. p. 31-76. (Saúde Movimento).

CICONELLI, R. M. *Tradução para Português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “Medical Outcomes Study 36-Item Shorty-Form Health Survey (SF-36)”. Tese de Doutorado*, Escola Paulista de Medicina São Paulo-SP, 1997.

CICONELLI, R. M. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Revista Brasileira de Reumatologia*, Campinas, v. 39, n. 3, p. 143-150, 1999.

CICONELLI, R. M. Medidas de avaliação de qualidade de vida. *Revista Brasileira de Reumatologia*, Campinas, v.43, n. 2, p. IX-XIII, março/abril, 2003.

COLLINS, S. M. et al. Medium-term survival and quality of life of Swedish octogenarians after open-heart surgery. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*, Berlin, v. 22, n. 5, p. 794-801, 2002.

CONDE, D. M. et al. Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 195-204, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v28n3/30847.pdf>>. Acesso em: 16 jul. 2007.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. *Fisioterapia*. Disponível em: <[http://www.coffito.org.br/#/\[page\]showDynamic.php?page=6§ion=6&pagina=fisio_defin](http://www.coffito.org.br/#/[page]showDynamic.php?page=6§ion=6&pagina=fisio_defin)>. Acesso em: 30 mar. 2007.

CORNELL, C. E.; RACZYNSKI, J. M.; OBERMAN, A. Quality of life after coronary revascularization procedures. In: SPILKER, B. (Ed.). *Quality of life and pharmacoconomics in clinical trials*. 2nd. ed. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1996. cap. 90, p. 865-882.

DANTAS, R. A. S.; AGUILAR, O. M. Problemas na recuperação de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio: o acompanhamento pelo enfermeiro durante o primeiro mês após a alta hospitalar. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 9, n. 6, p. 31-36, 2001.

DANTAS, R. A. S.; SAWADA, N. O.; MALERBO, M. B. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do estado de São Paulo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 532-538, 2003.

FAVARATO, M. E. C. S. et al. Qualidade de vida em portadores de doença arterial coronária: comparação entre gêneros. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 52, n. 4, p. 236-241, 2006.

FEIER, F. H. et al. Influências temporais nas características e fatores de risco de pacientes submetidos a revascularização miocárdica. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, São Paulo, v. 87, n. 4, p. 439-445, 2006.

FLECK, M. P. A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 19-28, 1999.

FORMIGUERA-SALA, X.; FOZ, M. Complicaciones de la obesidad. In: FOZ, M.; FORMIGUERA-SALA, X. *Obesidad*. Barcelona: Harcourt, 1998. p. 93-109.

FREIRE, H.B.G.O. *Saúde mental, qualidade de vida e estratégias de coping em estudantes universitários da cidade de Campo Grande-MS*. Tese de Doutorado, Unicamp, Campinas, SP, 2006.

FRENCH, D. J. Quality of life in cystic fibrosis. *Thorax*, London, v. 53, n. 9, p. 721-722, 1998.

GALACHO, G. C.; PERES, P. A. T. Fisioterapia em pré e pós-operatório de transplante cardíaco. In: REGENGA, M. M. *Fisioterapia em cardiologia da UTI à reabilitação*. São Paulo: Roca, 2000. p. 337-357.

GOMES, W. J.; MENDONÇA, J. T.; BRAILE, D. M. Resultados em cirurgia cardiovascular: Oportunidade para rediscutir o atendimento médico e cardiológico no sistema público de saúde do país. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular* v. 22, Edição 4, p 4-6, Out/Dez, 2007.

GONÇALVES, F.D.P et al. Avaliação da qualidade de vida pós-cirurgia cardíaca na fase I da reabilitação através do questionário MOS SF-36. *Rev. Bras. Fisioter.* v.10, n.1, p.121-126, 2006.

GUARAGNA, J. C. V. C. *Pós-operatório em cirurgia cardíaca*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

GUIMARÃES, A. C. Prevenção das doenças cardiovasculares no século 21. *Hipertensão*, São Paulo, v. 5, n. 3, p. 103-106, 2002.

GUYATT,G.H.;NAYLOR,D.;JUNIPER,E.;HEYLAND,D.K.;JAESCHKE,R.;COOK,D.J. – User's guides to the medical literature. XII. How to use articles about health-related quality of life. *JAMA*, 277:1232-1236,1997.

HAUSER, G. A. et al. Evaluation of climacteric symptoms (Menopause Rating Scale). *Zentralblatt für Gynäkologie*, Leipzig, v. 116, n. 1, p. 16-23, 1994.

HERLITZ, J. et al. Determinants of an impaired quality of life five years after coronary artery bypass surgery. *Heart (British Cardiac Society)*, London, v. 81, n. 4, p. 342-346, 1999.

HILDITCH, J. R. et al. A menopause-specific quality of life questionnaire: development and psychometric properties. *Maturitas*, Amsterdam, v. 24, n. 3, p. 161-175, 1996.

HOPMAN, W. M. et al. Canadian normative data for the SF-36 health survey. *Canadian Medical Association Journal*, Ottawa, v. 163, n. 3, p. 265-271, 2000.

HOSPITAL CARDIOLÓGICO CONSTANTINI. *Fatores de risco. Prevenção primária, fatores de risco das doenças cardiovasculares*. Disponível em:<http://www.hospitalconstantini.com.br/fatores.htm>. Acesso em 12 set. 2006.

HUF, D. D. *A face oculta do cuidar: reflexões sobre a assistência espiritual em enfermagem*. Rio de Janeiro: Mondrian, 2002.

HUNTER, M. The women's health questionnaire: A measure of mid-aged women's perceptions of their emotional and physical health. *Psychology & Health*, London, v. 7, n. 1, p. 45-54, 1992.

IMLE, P. C. Fisioterapia em cardíacos, torácicos e abdominais após cirurgia ou trauma. In: IRWIN, S.; TECKLIN, J. S. *Fisioterapia cardiopulmonar*. São Paulo: Manole, 2003. p. 375-403.

JÄRVINEN, O. et al. Effect of diabetes on outcome and changes in quality of life after coronary artery bypass grafting. *The Annals of Thoracic Surgery*, Boston, v. 79, n. 3, p. 819-824, 2005.

JEAMMET, P. H.; REYNAUD, M.; CONSOLI, S. M. *Psicologia médica*. 2. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2000.

- KOCH, C.G. et al. Health-related quality of life after coronary artery bypass grafting: A gender analysis using the Duke Activity Status Index. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, St. Louis, v. 128, n. 2, p. 284-295, 2004.
- KOCK, C. D. et al. Effect of functional health-related quality of life on long-term survival after cardiac surgery. *Circulation*, Dallas, v. 115, n. 6, p. 692-699, 2007.
- LADEIRA et al. Cirurgia de revascularização na fase aguda do infarto do miocárdio. Análise dos fatores pré-operatórios preditores de mortalidade. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v.87, n 3, p. 254-259, Set. 2006.
- LAMAS, G. A. et al. Quality of life and clinical outcomes in elderly patients treated with ventricular pacing as compared with dual-chamber pacing. Pacemaker Selection in the Elderly Investigators. *The New England of Journal of Medicine*, Boston, v. 338, n. 16, p. 1.097-1.104, 1998.
- LEGUISAMO, C. P.; KALIL, R. A. K.; FURLANI, A. P. A efetividade de uma proposta fisioterapêutica pré-operatória para cirurgia de revascularização do miocárdio. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*, São José do Rio Preto, v. 20, n. 2, p. 134-141, 2005.
- LESSA, I. Tendência dos anos produtivos de vida perdidos por mortalidade precoce por doença arterial coronariana. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São José do Rio Preto, v. 79, n. 6, p. 611-616, 2002.
- _____. Introdução à epidemiologia das doenças cardiovasculares no Brasil. In: LESSA, I. Org.). *O adulto brasileiro e as doenças da Modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis*. São Paulo: Hucitec, p. 73-76, 1998.
- LINDSAY, G. M. et al. Coronary artery disease patients' perception of their health and expectations of benefit following coronary artery bypass grafting. *Journal of Advanced Nursing*, Oxford, v. 32, n. 6, p. 1.412-1.421, 2000.
- LIPP, M. E. N. Reatividade cardiovascular: efeitos diferenciais de expressar ou inibir emoções durante momentos de stress emocional. In: LIPP, M. E. N. *Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 37-41.
- MARCOLINO, J. A. M. et al. Escala hospitalar de ansiedade e depressão: estudo da validade de critério e da confiabilidade com pacientes no pré-operatório. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, p. 52-62, 2007.
- MARTINEZ, J.A.B. et al. Impaired quality of life of healthy young smokers. *Chest*, v.125, p.425-428, 2004.
- MARTINS, L. M.; FRANÇA, A. P. D.; KIMURA, M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 4, n. 3, p. 5-18, 1996.
- MARWICK, T. H. et al. Functional status and quality of life in patients with heart failure undergoing coronary bypass surgery after assessment of myocardial viability. *Journal of the American College of Cardiology*, New York, v. 33, n. 3, p. 750-758, 1999.

MATTOS, L. A.; SOUSA, J. E. M. R. Angioplastia coronária, tratamento clínico e revascularização cirúrgica do miocárdio: análise de estudos comparativos. In: SOUSA, A. G. M. R.; MANSUR, A. J. (Orgs.). *SOCESP Cardiologia*. São Paulo: Atheneu, 1996. v. 2, cap. 36, p. 318-326.

MEDEIROS, V. C. C.; PENICHE, A. C. G. A influência da ansiedade nas estratégias de enfrentamento utilizadas no período pré-operatório. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 86-92, 2006.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MORAES, P. A. et al. Percepção de pacientes coronariopatas sobre sua doença. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, São Paulo, v. 9, n. 4, p. 1-11, 1999. Suplemento A.

MORENO Jr., H.; MELO, S. E. S. F. C.; ROCHA, J. C. Stress e Doenças Cardiovasculares. In: LIPP, M. E. N. *Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 99-105.

OLIVEIRA, B.V. et al. Fisioterapia pré-operatória em pacientes candidatos à cirurgia por neoplasia de cabeça e pescoço. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v.44, n.2, Abr./Mai./Jun, 1998.

OLIVEIRA, M. F. P.; ISMAEL, S. M. C. Aspectos psicológicos do paciente coronariano. In: LAMOSA, B. K. W. (Org.). *Psicologia aplicada à cardiologia*. São Paulo: Fundo Editorial BYK, 1990. p. 86-91.

OLIVEIRA, M. F. P.; SHAROVSKY, L. L.; ISMAEL, S. M. C. Aspectos emocionais no paciente coronariano. In: OLIVEIRA, M. F. P.; ISMAEL, S. M. C. *Rumos da psicologia hospitalar em cardiologia*. São Paulo: Papirus, 1995. p. 185-198.

PASCHOAL, S. M. P. Qualidade de vida na velhice. In: FREITAS, E. V. et al. (Eds.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002. p. 79-84.

PERES, P.; GALACHO, G.; GIMENES, A. C. Insuficiência coronariana e fisioterapia. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, São Paulo, v. 8, n. 6, p. 20-24, 1998. Suplemento A.

PERIC, V. M. et al. Severity of angina as a predictor of quality of life changes six months after coronary artery bypass surgery. *The Annals of Thoracic Surgery*, Boston, v. 81, n. 6, p. 2.115-2.120, 2006.

PINTON, F. A. et al. Depressão como fator de risco de morbidade imediata e tardia pós-revascularização cirúrgica do miocárdio. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*, São José do Rio Preto, v. 21, n. 1, p. 68-74, 2006.

POCOCK, S. J. et al. Quality of life after coronary angioplasty or continued medical treatment for angina: Three-year follow-up in the RITA-2 trial. Randomized Intervention Treatment of Angina. *Journal of the American College of Cardiology*, New York, v. 35, n. 4, p. 907-914, 2000.

- POCOCK, S. J. et al. Quality of life, employment status, and anginal symptoms after coronary angioplasty or bypass surgery. 3-year follow-up in the Randomized Intervention Treatment of Angina (RITA) Trial. *Circulation*, Dallas, v. 94, n. 2, p. 135-142, 1996.
- POLLOCK, M. L.; SCHMIDT, D. H. *Doença cardíaca e reabilitação*. 3. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.
- RAMOS, D. G. et al. *A psique do coração: uma leitura analítica do seu simbolismo*. São Paulo: Cultrix, 1990.
- RIBEIRO, R.Q.C. et al. Fatores adicionais de risco cardiovascular associados ao excesso de peso em crianças e adolescentes. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v.86, n 6, Jun. 2006.
- RUMSFELD, J. et al. Changes in health-related quality of life following coronary artery bypass graft surgery. *The Annals of Thoracic Surgery*, Boston, v. 72, n. 6, p. 2.026-2.032, 2001.
- SAMPAIO, D. T. et al. Mediastinite em cirurgia cardíaca: tratamento com epíloon. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*, São José do Rio Preto, v. 15, n. 1, p. 23-31, 2000.
- SCHIPPER, H.; CHINCH, J. J.; OLWENY, C. L. M. Quality of life studies: Definitions and conceptual issues. In: SPILKER, B. *Quality of and pharmacoeconomics in clinical trials*. 2nd. ed. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1996. cap. 2, p. 11-23.
- SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(2):580-588, mar- abr, 2004.
- SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C.; TRÓCCOLI, B. T. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 188-195, 2005.
- SINZATO, E. E. T. *Qualidade de vida de pessoas com obesidade leve e moderada no município de Bandeirantes, MS*. 2005. 94 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2005.
- SOUZA, J. C.; GUIMARÃES, L. A. M. *Insônia e qualidade de vida*. Campo Grande: Editora da UCDB, 1999.
- SPERTUS, J. A. et al. Predictors of quality-of-life benefit after percutaneous coronary intervention. *Circulation*, Dallas, v. 110, n. 25, p. 3.789-3.794, 2004.
- SPRANGERS, M. A. et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer breast cancer-specific quality-of-life questionnaire module: First results from a three-country field study. *American Journal of Clinical Oncology*, New York, v. 14, n. 10, p. 2.756-2.768, 1996.
- STOFMEEL, M. A. et al. Changes in quality-of-life after pacemaker implantation: Responsiveness of the AQUAREL questionnaire. *Pacing and Clinical Electrophysiology*, Mount Kisco, v. 24, n. 3, p. 288-294, 2001.

- TAMANINI, J. T. N. et al. Validation of the Portuguese version of the King's Health Questionnaire for urinary incontinent women. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 203-211, 2003.
- TARLOV, A. R. et al. The Medical Outcomes Study: An application of methods for monitoring the results of medical care. *JAMA: The journal of the American Medical Association*, v. 262, n. 7, p. 925-930, 1989.
- TESTA, M. A.; SIMONSON, D. C. Assessment of quality-of-life outcomes. *The New England Journal of Medicine*, Boston, v. 334, n. 13, p. 835-840, 1996.
- TRESCH, D. D. et al. Quality of life in older patients with cardiovascular disease. In: ARONOW, W. S.; STEMMER, E. A.; WILSON, S. E. (Eds.). *Vascular disease in the Elderly*. Armonk, NY: Futura, 1997. p. 539-550.
- VARGAS, T. V. P.; MAIA, E. M.; DANTAS, R. A. S. Sentimentos de pacientes no pré-operatório de cirurgia cardíaca. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 383-388, 2006.
- VIDO, M.B.; FERNANDES, R.A.Q. Quality of life: considerations about concept and instruments of measure. *Online Brazilian Journal of Nursing*, v.6, n. 2, 2007.
- VILAGUT, G. et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, Barcelona, v. 19, n.2, p. 135-150, 2005.
- VILAS-BÔAS, M. L. *Obesidade mórbida*. Disponível em: <<http://www.obesidademorbida.com.br>>. Acesso em: 05 jun. 2003.
- WARE, J. E.; SHERBOURNE, C. D. The MOS 36 – Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medicinal Care*, Philadelphia, v. 30, n. 6, p. 473-483, 1992.
- WARE, J. E.; SNOW, K. K.; KOSINSKI, M.; GANDEK, B.- SF-36 Health Survey. Manual and Interpretation Guide. Boston, New England Medical Center, 1993.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. What quality of life? The WHOQOL Group. World Health Organization Quality of Life Assessment. *World Health Forum*, Geneva, v. 17, n. 4, p. 354-356, 1996.
- _____. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation. *WHO technical report series*: 916. Geneva, Switzerland, 2002.
- YAMADA, B. F. A. *Qualidade de vida de pessoas com úlceras venosas crônicas*. 2001. 158 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.
- YUN, K. L. et al. Time related quality of life after elective cardiac operation. *The Annals of Thoracic Surgery*, Boston, v. 68, n. 4, p. 1.314-1.320, 1999.

ZANCHET, R. C. et al. Estudo da qualidade de vida por meio dos questionários SF-36 e SGRQ e sua correlação com o grau de obstrução das vias aéreas de pacientes portadores de DPOC. 2006. Slides da palestra apresentada no XII Simpósio Internacional de Fisioterapia Respiratória, realizado em Curitiba, PR.

ZÚNIGA, M. A. et al. Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36: resultados preliminares en México. *Salud Pública de México*, México, v. 41, n. 2, p. 110-118, 1999.

APÊNDICES

Apêndice A – Documentos utilizados na pesquisa

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

Solicito a autorização para realizar uma pesquisa nesta Instituição, com objetivo de promover conhecimentos com relação à “Qualidade de vida no pré-operatório de cirurgia cardíaca”. Será garantido o sigilo das identidades dos entrevistados.

Os resultados deste projeto serão apresentados a esta Instituição, com a elaboração de uma proposta que ofereça aos participantes submetidos à cirurgia cardíaca, embasamento teórico para o pleno exercício de sua capacidade de autonomia.

.....
Entrevistador

.....
Diretoria Clínica

Data:/...../.....

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de contar com a sua colaboração para a realização da pesquisa: “Qualidade de vida no pré-operatório de cirurgia cardíaca”, que está sob a orientação do Prof. Dr. José Carlos Souza. Se concordar em participar, você responderá aos questionários anônimos lhe será entregue, cujos objetivos são avaliar a qualidade de vida, questionário validado, e conhecer o perfil da população que será estudada dos pacientes que se submeterão à cirurgia cardíaca na Sociedade Beneficente Santa Casa de Campo Grande-MS.

A coleta de dados será realizada na unidade de internação, Ala C da Sociedade Beneficente Santa Casa de Campo Grande, MS, sendo que as avaliações serão realizadas individualmente para evitar constrangimentos aos pacientes e everão demorar em média quinze minutos para cada paciente.

A participação dos pacientes é voluntária, sendo que os mesmos poderão se retirar da pesquisa a qualquer momento, sem sofrer qualquer dano ou ônus. Garantimos que não sofrerão nenhum risco de constrangimentos ou lesões, assim como terão privacidade, confidencialidade e sigilo sobre as informações que nos serão fornecidas através dos instrumentos de coleta de dados.

Este projeto justifica-se pela importância do coração como “órgão nobre”, afetando a pessoa biológica, psicológica, fisiológica e socialmente, pois a ansiedade e sintomas pré-operatórios podem interferir na qualidade de vida desses pacientes, por modificações originadas da patologia cardíaca prévia, bem como da fase de hospitalização durante o preparo para a cirurgia cardíaca.

Os benefícios esperados são que possamos elucidar dúvidas e orientar antes, durante e após o término da pesquisa sobre as consequências dos riscos cardiovasculares, tanto para pacientes, quanto para os familiares e profissionais interessados deste hospital, sendo marcado posteriormente, com a direção do hospital para proporcionar um momento de orientações, reflexões sobre as conclusões obtidas, através de palestra pública aberta, bem como publicações em revistas e eventos científicos.

Concordo em participar da pesquisa:

Nome:

Assinatura:

Identidade:

Campo Grande, MS, de de

.....
Tânia Conceição Conte
Responsável pela pesquisa

Apêndice B - Questionário aplicado

Questionário Sócio-demográfico

1. Data da entrevista: / /
2. Idade:
3. Sexo: [] masculino [] feminino
4. Peso:
5. Altura:
6. Estado civil: [] solteiro [] casado [] outro
7. Procedência:
8. Nacionalidade:
9. Fatores de risco:
[] DPOC [] diabetes [] hipertensão [] insuficiência cardíaca
[] infarto [] doenças [] fumo [] álcool
[] drogas ilícitas [] IMC [] outros
10. Formação:
[] não alfabetizado funcional [] fundamental [] médio [] superior
11. Profissão:
12. Ocupação:
13. Tempo:
14. Carga horária diária:
[] até 4 h [] 4-8 h [] 8-12 h [] 12-16 h [] acima de 16 h
15. Renda mensal:
16. Diagnóstico médico:
17. Tipo de cirurgia:

ANEXOS

Anexo A - Questionário de Qualidade de Vida - SF-36

QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA - SF-36

Número:

Score:

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados sobre como você se sente e quanto bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda a cada questão, marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

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 há um ano atrás | 1 |
| Um pouco melhor agora que há um ano atrás | 2 |
| Quase a mesma de um ano atrás | 3 |
| Um pouco pior agora do que há um ano atrás | 4 |
| Muito pior agora que há 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 um 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 quatro 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 de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d. Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (por exemplo: necessitou de um esforço extra)?	1	2

5. Durante as últimas quatro semanas, você teve algum dos seguintes problemas com 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 gostaria?	1	2
c. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6. Durante as últimas quatro 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 quatro semanas?

(circule uma)

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

8. Durante as últimas quatro 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 quatro semanas. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente em relação às últimas quatro 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 se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c. Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido, que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f. Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g. Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i. Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

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

(circule uma)

Todo tempo	1
A maior parte do tempo	2
Alguma parte do tempo	3
Uma pequena parte do tempo	4
Nenhuma parte do tempo	5

11. O 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 - Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Comitê de Ética em Pesquisa /CEP/UFMS

*Carta de Aprovação*

A minha assinatura neste documento, atesta que o protocolo nº 866 da Pesquisadora Tânia Conceição Conte intitulado “Qualidade de vida no pré-operatório de cirurgia cardíaca”, e o seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e o seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram revisados por este comitê e aprovados e aprovado em reunião ordinária no dia 27 de novembro de 2006, encontrando-se de acordo com as resoluções normativas do Ministério da Saúde.


Prof. Odair Pimentel Martins
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS

Campo Grande, 28 de novembro de 2006.

Comitê de Ética da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
<http://www.propp.ufms.br/bioetica/cep/>
bioetica@propp.ufms.br
fone 0XX67 345-7187