

CAROLINA FELIX RAMOS EDUARDO

**QUALIDADE DE VIDA, SAÚDE E ATIVIDADES
FÍSICAS DE MULHERES QUE SOFRERAM
INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO**

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)
MESTRADO EM PSICOLOGIA
CAMPO GRANDE-MS
2010**

CAROLINA FELIX RAMOS EDUARDO

**QUALIDADE DE VIDA, SAÚDE E ATIVIDADES
FÍSICAS DE MULHERES QUE SOFRERAM
INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO**

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 da Profa. Dra. Heloisa Bruna Grubits Freire.

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)

MESTRADO EM PSICOLOGIA

CAMPO GRANDE-MS

2010

Ficha Catalográfica

Eduardo, Carolina Felix Ramos

Qualidade de vida, saúde e atividades físicas de mulheres que
sofreram infarto agudo do miocárdio/Carolina Felix Ramos Eduardo;
orientação Heloisa Bruna Grubits Freire

133 f + anexo

Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica
Dom Bosco, Campo Grande, 2010.

Inclui bibliografias

1. Infarto agudo do miocárdio - Mulheres 2. Qualidade de vida 3.
Saúde 4. Atividades físicas I. Freire, Heloisa Bruna Grubits

CDD - 613.71

A dissertação apresentada por CAROLINA FELIX RAMOS EDUARDO, intitulada “QUALIDADE DE VIDA, SAÚDE E ATIVIDADES FÍSICAS DE MULHERES QUE SOFRERAM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO”, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em PSICOLOGIA à Banca Examinadora da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), foi

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Heloisa Bruna Grubits Freire
(orientadora/UCDB)

Prof. Dr. Magnus Benetti (UDESC)

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

Profa. Dra. Sonia Grubits (UCDB)

À MARIA SOLANGE FELIX PEREIRA

Sou um ser movido à paixão. Não tenho limites no sentir e me entrego às paixões de olhos fechados, braços abertos e um toque de infantil inocência.

A maior paixão de minha vida, incontestável e irredutível, é... a minha “mãe”!! Mesmo em nossos desencantos e desencontros, reconheço não sentir por mais ninguém maior admiração.

Ainda vejo nela a criança empenhada na função de aprendiz da vida, colorindo os cachos de uva com as cores mais saborosas de sua aquarela.

Ainda vejo nela a menina valente, desafiando o equilíbrio num banquinho de madeira para alcançar a boca da panela no preparo do guisado, que alimentaria várias outras bocas.

Ainda vejo nela a adolescente abnegada na luta da lida, que contribuiria para o desenvolvimento de toda a família.

Ainda vejo nela a mulher guerreira, positiva e persistente no compromisso assumido de vivenciar seus preceitos morais e sociais inspirados na paixão pela Psicologia.

Ainda vejo nela a mãe amorosa, dedicada na transmissão aos filhos de seus mais elevados valores culturais.

Ainda vejo nela a amiga fiel e confidente, conselheira sentimental e cúmplice de várias gerações que ainda buscam suas sábias palavras e o lembrar de seu ombro tão amigo.

Ainda vejo nela a vovó papa-léguas, tão doce e apaixonada pelo seu netinho, que nenhuma outra expressão a definiria melhor do que “Vovó Gua”.

Ainda vejo nela o amor puro e verdadeiro, refletido na esperança esverdeada do seu olhar, em cada gesto por mais doloroso, em cada lágrima por mais amarga, em cada sorriso por mais triste que fosse, como um exemplo a ser seguido, um desejo a ser almejado, um triunfo a ser alcançado.

Ainda vejo nela a filha mais velha de Pérsio Felix Pereira e Carmen de Souza Ribeiro. Mais da Carmen que do Pérsio...

Agradeço a Deus por ter tido o privilégio de ser sua filha e, com humildade, peço a Deus para aprender a conviver com a saudade e ter sempre a lembrança querida da fórmula áurea do encanto de só ser, tão ser... Solange.

A você, minha eterna mestra, este trabalho e todo o meu amor. Amo você.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que em todos os momentos de minha vida, sempre esteve a meu lado segurando fortemente minha mão e que, neste tão difícil momento, me conforta com coragem e força para continuar com a caminhada aprendendo a conviver com a dor da perda lastimável de minha mãe, justamente na conclusão desta dissertação.

A meu filho amado, presente de Deus, Allan Carlos Eduardo de Campos. Como a vida é maravilhosa agora que você está no mundo!

A meu querido e fiel esposo amigo, Harry Camargo de Campos, que sempre apoiou minhas decisões, estando a meu lado, com seu amor incondicional, nos momentos mais felizes e difíceis de minha vida. Muito obrigado por você existir em minha vida.

A minha amada avó Carmen de Souza Ribeiro, que sempre me apoiando dedicou sua vida, estando ao meu lado e de minha família e que foi meu porto seguro para não desistir de meus objetivos.

A Prof^a. Dr^a. Heloisa Bruna Grubits Freire, que do alto de sua sabedoria aceitou o risco de me orientar, e que me fez vislumbrar a possibilidade de realizar a pesquisa com o segmento profissional por mim desejado. “Vieram fortes os ventos e as tempestades, mas nada puderam contra eles. A casa havia sido construída em rochas. Onde houver amizade, solidariedade e compreensão, aí estará o verdadeiro espírito do ser humano”. (autor desconhecido). Assim, minha querida mestra e amiga, agradeço pela acolhida em todos os momentos.

A Prof^a. Dr^a. Sonia Grubits, que sempre acreditou em meu potencial me convidando a concorrer à bolsa de estudos pela Fundect. Querida professora, os meus mais sinceros agradecimentos!

À Fundect, pela sua imensa colaboração não apenas com o apoio de recursos financeiros, como também pela oportunidade de poder contar com amigos fiéis nesta trajetória de pesquisa.

Ao amigo Prof. Dr. Reinier J. A. Rozestraten, que, mesmo não estando mais presente entre nós, não me deixa esquecer nossas conversas sobre o futuro docente e a conquista de meus sonhos.

Ao Prof. Dr. Magnus Benetti, pelo carinho e apoio dedicado e pelo imenso privilégio em poder compartilhar e absorver dos seus conhecimentos. “Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende com quem ensina”. (Cora Coralina, 1889-1985).

Ao Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires, pelas honrosas sugestões de aprimoramento não somente para esta dissertação, mas também para futuras publicações em meu decorrer acadêmico. Muito Obrigada!

À amiga Jovenilda, pela atenção no atendimento de minhas solicitações.

À amiga Profª. Maria Helena, pelo carinho sincero e pelos sábios ensinamentos em algumas aulas de português a que tive o privilégio de assistir.

À amiga Maria Elisa, pela dedicação e compromisso ético no desenvolvimento da revisão da ABNT desta dissertação.

Ao Hospital Regional de Mato Grosso do Sul, pela oportunidade de concretização desta pesquisa.

O conhecimento mais extraordinário, o maior que se pode possuir, é, primordial e fundamentalmente, o conhecimento dessa criatura humana que é próprio ser.

Carlos Bernardo González Pecotche (1901-1963)

RESUMO

Introdução: A principal etiologia de um Infarto Agudo no Miocárdio é a obstrução da artéria coronária por uma placa de aterosclerose ou por um coágulo de sangue. No Brasil, anualmente, a incidência é de 300 a 350 mil, e cerca de 214 mil evoluem para o óbito. Nesse sentido, em relação ao gênero feminino, constata-se um número muito superior de mulheres com prevalência de doenças do coração, que predominam quando comparadas a mortes por outras causas. **Objetivo:** Avaliar a QV, Saúde e Atividades Físicas de mulheres que sofreram Infarto Agudo no Miocárdio. **Método:** Trata-se de um estudo exploratório descritivo e de corte transversal. Utilizam-se dois instrumentos de pesquisa, o MacNew QLMI, associado aos escores dos domínios físico, emocional e social, e um questionário sociodemográfico-ocupacional. São estudadas 51 mulheres, com episódio de Infarto Agudo no Miocárdio antes da aplicação dos questionários, com acompanhamento ambulatorial no hospital Regional de Campo Grande MS. Como critério de inclusão, mulheres com história prévia de revascularização, cirúrgica ou não, decorrente de Infarto Agudo no Miocárdio, com idade entre 35 e 94 anos e prontuários entre 1^a de janeiro de 2008 e 31 de dezembro de 2009, excluídas as que não atendem a esses requisitos. Esta pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul e da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Os resultados foram analisados por técnicas descritivas, utilizando-se o teste Anova, seguido pelo pós-teste de Tukey e do t de Student. **Resultados:** Com relação à faixa etária, as participantes de idade mais avançada possuem pouca Qualidade de Vida ($p=<0,001$). Entretanto as participantes em geral possuem boa Qualidade de Vida. Constatou-se maior predomínio de mulheres brancas ($p=0,29$). Nível de escolaridade geral ($p=0,98$) e renda mensal ($p=0,85$) não apresentaram diferenças significativas com o MacNew QLMI. O maior nível de Qualidade de Vida correlacionou-se positivamente para as participantes que realizaram revascularização cirúrgica no tempo de ocorrência de dois anos, para a avaliação total e para os domínios emocional, físico e social; e o menor, para aquelas que a realizaram há um ano, para a avaliação geral ($p=0,03$) e para o domínio emocional ($p=0,01$). Quanto ao tempo de ocorrência pós Infarto Agudo no Miocárdio, não houve diferença significativa com a Qualidade de Vida ($p=0,27$); em relação a problemas psicológicos e psiquiátricos, houve correlação significativa com a ansiedade, depressão e irritabilidade para a avaliação da Qualidade de Vida ($p=0,005$) e, quanto ao uso medicamentoso, esta foi significativamente menor para aquelas que não o usavam ($p=0,65$). Em relação à Qualidade de Vida, a hipertensão e a diabetes apresentaram correlação significativa para a avaliação total e para os domínios emocional, físico e social ($p=0,69$). O tabagismo apresentou pior Qualidade de Vida para a avaliação total ($p=0,007$) e para o domínio emocional ($p=0,04$) para as participantes adeptas a ele. Na avaliação total ($p=0,37$) e domínio físico ($p=0,24$), houve correlação significativa para as participantes sem orientação para as atividades físicas. Em relação à Qualidade de Vida, no escore total e no escore dos domínios emocional, físico e social, o sedentarismo ($p=0,04$) e a inatividade física ($p=0,002$) correlacionam-se significativamente. **Conclusão:** Estes resultados demonstram a necessidade de acompanhamento dessas participantes em programa especiais de reabilitação, com abrangência multidisciplinar em combate ao sedentarismo e inatividade física, de modo a contribuir com a prevenção de doenças associadas ao *modus vivendi* dos dias atuais, em especial, para o Infarto Agudo no Miocárdio, melhorando assim a Qualidade de Vida dessa população.

Palavras-chave: Infarto agudo do miocárdio. Mulheres. Qualidade de vida. Saúde. Atividades físicas.

ABSTRACT

The main etiology of Acute Myocardial Infarction is the obstruction of the coronary artery by an arteriosclerosis plaque or blood clot. Lately in Brazil, the annual occurrence ranges from 300,000 to 350,000 and about 214,000 result in death. In relation to the feminine gender, the prevalence of death from heart diseases is higher than from other causes. **Objective:** Evaluate QOL, Health and Physical Activities in women who had Acute Myocardial Infarction. **Method:** This is an exploratory descriptive study and of transversal incision. Two research instruments are applied, the MacNew QLMI (Quality of life after Myocardial Infarction) related to the scores of the physical, emotional and social domains, and a sociodemographic-occupational questionnaire. A number of 51 women affected by Acute Myocardial Infarction before the questionnaire were considered, with clinical follow up in the Regional Hospital of Campo Grande, MS. As an inclusion criterion, women with prior history of revascularization, surgical or not, originating from Acute Myocardial Infarction, with the age between 35 and 94 and medical records from January 1, 2008 to December 31, 2009, excluding the ones who do not fit those requirements. This research was authorized by the Regional Hospital of Campo Grande, MS and Universidade Federal de Mato Grosso do Sul Research Ethics Committee. The results were analyzed by descriptive techniques, using ANOVA test, followed by Tukey post-test and t of student. **Results:** In regards to the age group, older participants have lower QOL ($p=0.001$). However, the participants in general have good QOL. The results revealed white women predominance ($p=0.29$). General educational level ($p=0.98$) and monthly income ($p=0.85$) did not present expressive differences with the MacNew QLMI. The greatest QOL level correlated favorably to the participants that accomplished surgical revascularization in two years time frame, for the complete evaluation and the emotional, physical and social domains; and the lower for those women who accomplished 1 year ago, for the general evaluation ($p=0.03$) and for the emotional domain ($p=0.01$). In regards to the time frame after Acute Myocardial Infarction, there was no significant difference with the QOL ($p=0.27$), related to psychological and psychiatric problems, there was a significant correlation with anxiety, depression and irritability for QOL evaluation ($p=0.005$) and, in relation to the medicine use, it was significantly lower for those who did not took it ($p=0.65$). Related to QOL, hypertension and diabetes showed significant correlation for the total evaluation and for emotional, physical and social domain ($p=0.69$). Tobacco addiction presented worse QOL for total assessment ($p=0.007$) and for emotional domain ($p=0.04$) to the follower participants. On the total assessment ($p=0.37$) and physical domain ($p=0.24$), there was a significant correlation to the participants without physical activities orientation. Concerning QOL, on the total score and emotional, physical, social domain scores, sedentarism ($p=0.04$) and physical inactivity ($p=0.002$) correlate significantly. **Conclusion:** These results present the participant attendance necessity in rehabilitation special programs, with multidisciplinary coverage fighting against sedentarism and physical inactivity, in order to contribute to the prevention of diseases at the current modus vivendi, specially for Acute Myocardial Infarction, thus, improving the quality of life on that population.

Key-words: Acute Myocardial Infarction. Women. Quality of Life. Health.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Percentual das participantes de acordo com os problemas psicológicos relatados.....	83
GRÁFICO 2 - Escore total e nos domínios emocional, físico e social do questionário MacNew, entre as participantes com diferentes faixas etárias.....	89
GRÁFICO 3 - Escore total e nos domínios emocional, físico e social do questionário MacNew, entre as participantes que apresentavam e aqueles que não apresentavam ou tinham apresentado problemas psicológicos.....	96
GRÁFICO 4 - Escore total e nos domínios emocional, físico e social do questionário MacNew, entre as participantes que praticavam e aqueles que não praticavam atividade física.	99
GRÁFICO 5 - Escore total e nos domínios emocional, físico e social do questionário MacNew, entre as participantes que praticavam ou tinham praticado treinamentos aeróbicos e aqueles que não praticavam ou tinham praticado estes treinamentos.	100

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Resultados referentes à frequência relativa e absoluta de respostas, em relação à faixa etária, raça/cor da pele, escolaridade e renda mensal familiar das participantes	73
TABELA 2 - Resultados referentes à frequência relativa e absoluta de respostas, em relação ao tempo pós IAM e ao tempo após revascularização cirúrgica das participantes.....	75
TABELA 3 - Resultados referentes à frequência relativa e absoluta de respostas, em relação ao uso de medicação, problemas psicológicos ou psiquiátricos, outras doenças e tabagismo.....	79
TABELA 4 - Resultados referentes à frequência relativa e absoluta de respostas, em relação à recomendação médica para prática de atividades físicas, prática de atividade física, prática de exercícios aeróbicos e prática de exercícios resistidos (musculação).....	84
TABELA 5 - Escore no questionário MacNew, tanto total, como nos domínios emocional, físico e social, em relação às variáveis faixa etária, raça/cor da pele, escolaridade e renda familiar	88
TABELA 6 - Escore no questionário MacNew, tanto total, como nos domínios emocional, físico e social, em relação ao tempo de ocorrência pós IAM e tempo após revascularização cirúrgica.....	92
TABELA 7 - Escore no questionário MacNew, tanto total, como nos domínios emocional, físico e social, em relação ao uso de medicação, à presença de problemas psicológicos ou psiquiátricos, outras doenças diagnosticadas e tabagismo.....	95

TABELA 8 - Escore no questionário MacNew, tanto total, como nos domínios emocional, físico e social, em relação à recomendação médica para prática de atividade física, à prática de atividade física e à prática de treinamentos físicos aeróbicos 98

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
2 SAÚDE E DOENÇA CARDIOVASCULAR NA MULHER.....	22
2.1 O PROCESSO SAÚDE E DOENÇA	23
2.2 O INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO	24
2.3 A DOENÇA CARDIOVASCULAR NA MULHER.....	26
2.4 A REVASCULARIZAÇÃO CIRÚRGICA NA MULHER.....	29
2.5 CONSIDERAÇÕES SOBRE OS ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DA SAÚDE E DOENÇA	32
3 ATIVIDADES FÍSICAS.....	38
3.1 CONCEITUANDO ATIVIDADE FÍSICA	39
3.2 REABILITAÇÃO CARDÍACA	41
3.3 PROGRAMAS DE TREINAMENTOS FÍSICOS.....	45
3.4 TREINAMENTOS FÍSICOS AERÓBICOS	47
3.5 TREINAMENTOS FÍSICOS RESISTIDOS	49
4 QUALIDADE DE VIDA	51
4.1 QUALIDADE DE VIDA	52
4.2 QUALIDADE DE VIDA E ATIVIDADES FÍSICAS	55
4.3 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE E A DOENÇA CORONARIANA	57
5 OBJETIVOS.....	60
5.1 OBJETIVO GERAL	61
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	61
6 MÉTODO	62
6.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	63
6.2 DESCRIÇÃO DA AMOSTRA	63
6.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	64

6.4	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	64
6.5	LOCAL DA PESQUISA.....	65
6.6	RECURSOS HUMANOS E DESCRIÇÃO DOS INSTRUMENTOS	65
6.6.1	Questionário de Qualidade de Vida MacNew QLMI	66
6.6.2	Questionário sociodemográfico-ocupacional.....	67
6.7	PROCEDIMENTOS E ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	68
6.8	ANÁLISE ESTATÍSTICA	70
7	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	72
7.1	DADOS SOCIODEMOGRÁFICO-OCUPACIONAIS.....	73
7.2	CORRELAÇÃO DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS- OCUPACIONAIS, SAÚDE E ATIVIDADES FÍSICAS COM MACNEW QLMI.....	86
8	CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	102
	REFERÊNCIAS	105
	APÊNDICES	118
	ANEXOS	125

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos tempos, as doenças cardiovasculares (DCV) têm representado uma das principais causas de morbidade e mortalidade no mundo. Alguns desses aumentos das DCV são devidos à crescente promoção da saúde pública por meio de alertas aos cuidados de saúde, procurando aumentar a sobrevida e reduzir a mortalidade por outras causas. A cardiopatia isquêmica é, sem dúvida, a mais frequente dessas doenças, podendo aparecer de maneira súbita ou evoluir lentamente, sendo uma das maiores endemias do século para diversos países, inclusive para o Brasil.

Dentre as DCV, o Infarto Agudo do Miocárdio é uma das principais causas de mortalidade em muitas capitais brasileiras. O emergencista, o intensivista e o cardiólogista devem estar preparados para atuar nessa importante emergência médica. Entretanto, ainda hoje, cerca de 2 a 5% dos casos de IAM ou angina instável são liberados sem diagnóstico, ocasionando elevada mortalidade (KANAAN; HORSTMANN, 2006).

Essa dissertação foi idealizada como uma forma de reflexões e por experiências acumuladas pela autora, que, há seis anos, optou por atuar como educadora física na área de fisiologia do exercício, em estúdio particular de musculação, cuja assistência maior é decorrente do elevado índice de mulheres com meia-idade acometidas de IAM que buscam a prática de atividades físicas, como prevenção secundária após o evento cardíaco. Desse modo, surgiu a necessidade de investigar a interdependência entre Qualidade de Vida, Saúde e Atividades Físicas de mulheres que sofreram infarto agudo do miocárdio, cujo atendimento é realizado em um ambulatório hospitalar em Campo Grande, MS.

De uma maneira geral, as pessoas não valorizam adequadamente a saúde enquanto a têm, nem a importância da prevenção primária. Preferem lamentá-la quando a perdem. Assim esta pesquisadora, enquanto profissional da saúde, percebeu ter como maior objetivo em sua tarefa a necessidade de proporcionar a indivíduos saudáveis e a cardiopatas a promoção de saúde por meio de programas de exercícios físicos regulares, aplicados à prevenção primária e secundária, visando melhorar a função cardiovascular e, em consequência, prever o aparecimento e a evolução de DCV.

Nesse sentido, este estudo apresenta principalmente um alerta ao gênero feminino, que vem ganhando destaque pelo número superior de mulheres com prevalência de doenças do coração, que predominam quando comparadas a mortes por outras causas, inclusive por câncer de mama, caso em que para cada morte ocorrem três mortes por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), e entre mulheres com menos de 50 anos (NASTRI et al., 2001).

Ainda que seja de conhecimento de todos que o comando da vida física e mental esteja fisiologicamente ligado ao cérebro, é, sem dúvida alguma, o coração que simboliza as emoções mais fortes do ser humano. Amor e ódio, alegria e tristeza, coragem e medo são sentimentos que se associam tradicionalmente ao coração (OLIVEIRA; LUZ, 2004).

Essas autoras até relembram da mística e simbólica interpretação, já ensinada por Hipócrates (460-377 a.C.) e seus discípulos, de que o “coração não poderia ficar doente, pois seria incompatível com a vida”, ou ainda mais tarde, quando Aristóteles (384-322 a.C.) advertia que “o coração era o último órgão a morrer”. Desse modo, fica fácil entender por que qualquer problema cardíaco ganha uma dimensão particular e especial, superando, muitas vezes, o conceito clínico das manifestações mais simples e dos achados laboratoriais mais elementares.

Importante ressaltar que, em países desenvolvidos, também se percebe um aumento na mortalidade de mulheres acometidas por IAM. Essas mortes estão relacionadas principalmente às mudanças de comportamentos e aos hábitos, tais como alguns fatores presentes como tabagismo, alimentação inadequada, inatividade física ocasionando sobrepeso e obesidade, consumo de álcool e maior envolvimento no mercado de trabalho e a dificuldade do diagnóstico (SANTOS FILHO et al., 2007).

Ademais, um estilo de vida fisicamente inativo e a obesidade são dois dos fatores de risco mais prevalentes para as doenças crônicas com a idade, pois ambos acarretam custos enormes para a saúde e para a economia, provocando grande impacto para a saúde pública, já que está associada a várias comorbidades endócrinas e metabólicas, incluindo o diabetes mellitus, a hipertensão arterial sistêmica e a dislipidemia (BOUCHARD, 2003). Estas exigem o desenho de intervenções educacionais que induzam à adoção de estilo de vida adequado à saúde, com orientações dietéticas e prática de atividades físicas regulares (COLOMBO et al., 2003).

A partir desse exposto, a obesidade emerge rapidamente como uma epidemia global. Trata-se de um grande distúrbio que reduz a expectativa e a qualidade de vida da população acometida e requer uma abordagem efetiva especialmente no que se refere à prevenção primária e secundária da coronariopatia (MORAES et al., 2003). A obesidade está presente muitas vezes na mulher cardiopata, tanto quanto uma vivência de crise narcísica intensa quando ocorre um desequilíbrio por um desses fatores ou pela conjunção deles, levando-as,

além de todo o transtorno em termos de tratamento, a ter também uma imagem corporal negativa (CARDOSO, 2004).

Compreende-se por imagem corporal, de acordo com Schilder (1994), a figuração mental que o indivíduo tem de seu esquema corporal. Entretanto Fischer e Cleveland (1958), revendo a formulação inicial de Schilder, apontam que a imagem corporal é termo que se refere ao corpo, como uma experiência psicológica, e que focaliza os sentimentos e as atitudes do indivíduo com o seu próprio corpo e a maneira como foram organizadas tais experiências. Na imagem estão presentes os afetos, os valores, a história pessoal marcada por gestos, no olhar, no corpo que se move, que repousa, que simboliza.

Algumas mulheres, comenta Cardoso (2004), ressentem-se muito com o que veem em seus corpos no pós-operatório, a alteração corporal, não conseguindo de início olhá-los diretamente. Não querem ver o corpo retalhado, castrado, cicatrizado, maculado pela cirurgia, indicando a cicatriz do peito, uma condição de mártires, simbolizando que passam ou passaram por um grande sofrimento, tendo resistido a ele. Mesmo com relatos e todos os programas de alerta e prevenção para a população e com os avanços da metodologia diagnóstica e de tratamentos, a doença coronariana é ainda a maior causa de óbitos (KANAAN; HORSTMANN, 2006).

Embora os fatores de riscos já sejam identificados, bem como os benefícios clínicos das intervenções coronarianas, a Qualidade de Vida, saúde e atividades físicas, em especial de mulheres que sofreram infarto agudo do miocárdio, ainda são pouco estudadas, mesmo com conhecimento público de que as mulheres costumam ter maior longevidade e que, uma vez evidenciada a doença, o prognóstico é pior, se comparado com o sexo masculino. Sabe-se que, depois de ocorrido o IAM, a mortalidade no primeiro ano é maior no sexo feminino comparado ao masculino, 38 e 25%, respectivamente (CONTI et al., 2002).

Entretanto questiona-se essa visão biomédica, por privilegiar a perspectiva de alguns médicos, do sistema de saúde que explica a doença por leis causais, ignorando seu significado histórico e a saúde e o adoecimento do ponto de vista da Qualidade de Vida das mulheres.

Reafirmando essa perspectiva, Seidl e Zanon (2004) definem a Qualidade de Vida relativa à saúde como a mensuração de percepção do estado funcional, dos impactos, das limitações, das condições de tratamento e dos valores que os indivíduos possuem em relação às doenças do coração, que sempre ocorrem num contexto cultural e de sistema de valores.

Trata-se de uma visão que considera o sujeito em relação às várias dimensões de sua vida e não só em relação à intensidade de sintomas de sua doença.

Minayo, Hartz e Buss (2000) explicam também essa visão, mostrando que a Qualidade de Vida transita em um campo semântico polissêmico que, por um lado, está relacionado com as condições e estilos de vida e, por outro, com os processos sociais e políticos. Já para Silva (2000), a Qualidade e Vida, tal como a felicidade, é algo que depende das expectativas e do plano de vida de cada um e guarda, por conseguinte, importante componente individual e subjetivo.

Apesar das diferenças acentuadas, os profissionais da área da saúde, com o apoio da Organização Mundial da Saúde (OMS), buscam cada vez mais uniformizar esses parâmetros com atividades preventivas, buscando captar informações sobre as condições de estilo vida e as atividades físicas diárias dos indivíduos que foram afetados por DCV. Pretendem assim contribuir preventivamente, oferecendo maior liberdade na expressão das emoções, boas e más, e vivência plena, sem medo do amor e do prazer, ambos tomados em sentido muito amplo, como um estado de espírito otimista e aberto para com a vida, com o mundo e outras pessoas em geral.

No que tange ao ponto de vista do indivíduo, a forma e a intensidade com as quais a doença ou a sua terapêutica lhe afetam a vida, devem ser entendidas pelo médico como uma faceta a ser levada em conta na orientação terapêutica. Mais do que apenas a sobrevida, médicos e pacientes devem considerar a preservação do estado funcional e do bem-estar do indivíduo que está doente, ou seja, a sua Qualidade de Vida (SILVA, 2000).

Comenta ainda Silva (2000) a necessidade de distinguir a Qualidade de Vida Geral (QVG) da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS). A QVG refere-se ao indivíduo aparentemente saudável do ponto de vista físico e diz respeito, portanto, a seu estado de satisfação com a vida. A QVRS baseia-se em dados mais objetivos e mensuráveis e aplica-se a indivíduos sabidamente doentes ao grau de limitação e desconforto que a doença ou sua terapêutica acarretam ao indivíduo e à sua vida.

Parte-se do pressuposto de que pensar e investigar as características da relação entre Qualidade de Vida e IAM em mulheres poderia evidenciar o que a doença arterial coronária (DAC) pode significar e o que os meios de prevenção representam nesse contexto para as mulheres participantes da pesquisa, estendendo-se para toda população feminina.

Destaca-se, na relevância deste trabalho, a inexistência de estudos sobre a Qualidade de Vida, a Saúde e as Atividades Físicas de mulheres que sofreram infarto agudo do miocárdio, em consultórios e hospitais ambulatoriais de Campo Grande, MS.

Desse modo, sustenta-se a realização do presente trabalho, a construção de estratégias de intervenções e promoções na área da educação física para contribuir com Qualidade de Vida, objetivo fundamental dos profissionais de saúde.

A partir do que foi exposto, esta pesquisadora espera poder destacar a interdependência entre Qualidade de Vida, Saúde e Atividades Físicas, de forma a contribuir utilmente com os profissionais da saúde que se preocupem em conhecer os cuidados específicos na dedicação a mulheres que sofreram IAM, para além da visão biomédica, e contribuir com uma melhor Qualidade de Vida dessa população. Contempla-se, então, no primeiro capítulo a apresentação abordando o contexto que motivou este estudo, trazendo à tona as diferenças entre QVG da QVRS de mulheres acometidas de IAM.

Fundamentando esta pesquisa está o segundo capítulo, que discorre, na perspectiva da psicologia social da saúde, as mudanças que ocorreram no processo saúde e doença ao longo da história e suas atribuições para doença coronariana e as considerações ligadas a este estudo.

No terceiro capítulo, discute-se sobre atividades físicas, realçando seu crescente aumento e desenvolvimento ao longo dos anos até os dias atuais, tendo como destaque os avanços da reabilitação cardíaca. O quarto capítulo aborda os aspectos da Qualidade de Vida, junto com esses itens apresentados, evidenciando-se a análise de mulheres que sofreram revascularização cirúrgica, ou não, decorrente de IAM.

O quinto capítulo apresenta os objetivos de investigação e o sexto trata do método, participantes e local da pesquisa, critérios de inclusão e exclusão e instrumento utilizado para a obtenção de subsídios, a fim de traçar os resultados capturados.

Apresentam-se, no sétimo capítulo, os resultados e discussão, as variáveis sociodemográficas-ocupacionais correlacionando-as com a Qualidade de Vida, das participantes pesquisadas, como também uma análise dos dados com relação às questões do MacNew QLMI. Finalmente, no oitavo capítulo, apresentam-se as conclusões para considerações finais.

2 SAÚDE E DOENÇA CARDIOVASCULAR NA MULHER

A fundamentação para discutir a saúde e a doença cardiovascular na mulher será feita na perspectiva da psicologia social da saúde. Nessa perspectiva, o saber para a compreensão do processo de adoecimento e das práticas adotadas para a prevenção e a cura da doença foi-se modificando ao longo da história. Para tanto, faz-se necessário discutir a visão da saúde e doença ao longo do processo histórico, para, em seguida, descrever algumas considerações sobre o IAM, a doença cardiovascular na mulher e a passagem pela revascularização cirúrgica para apontar algumas considerações sobre as explicações na dimensão psicossocial.

2.1 O PROCESSO SAÚDE E DOENÇA

Na Antiguidade a saúde apresentava uma concepção sobrenatural, em que a ausência de doenças, bem como sua cura, era decorrente do pecado e da comunhão com Deus. Tratava-se de um estado de equilíbrio entre o organismo e Deus. No Renascimento, com a nova maneira de abordar o conhecimento humano pelo racionalismo e pelo experimentalismo, a saúde e a doença passaram a ser concebidas pelo enfoque dos fatores causais, biológicos e bacteriológicos (SCLiar, 2002).

Mostrando esse movimento de configuração de saúde e doença, ressalta ainda o autor, ao analisar a trajetória da saúde pública, a metáfora do olhar: do olhar mágico, passando pelos olhares empírico, autoritário e científico e social, e o conjunto de conhecimentos produzidos nas diferentes épocas históricas sobre saúde e doença, que não são modificados bruscamente, ou seja, as explicações de cada época não excluem as anteriores, mas se entrelaçam.

Outra constatação de mudança na concepção de saúde que superou as dicotomias entre corpo e mente natural e social, saúde e enfermidade, e que possibilitou a emergência de políticas sanitárias, por ocasião da fundação da OMS, organismo sanitário internacional, integrante da Organização das Nações Unidas, foi a definição de saúde adotada como “[...] estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de enfermidade ou invalidez [...]” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1946, tradução nossa).

Essa definição consta no preâmbulo da Constituição da Assembléia Mundial da Saúde, adotada pela Conferência Sanitária Internacional realizada em Nova York (19/22 de junho de 1946) e assinada, em 22 de julho de 1946, pelos representantes de 61 Estados, com vigor a

partir de abril de 1948, não emendada desde então (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1946).

Spink (2007b), tomando as definições correntes de saúde, mostra o movimento de superação do modelo biomédico sustentado nas causas biológicas e físicas do adoecimento. A autora marca a associação a determinantes sociais com a definição adotada pela OMS, acima citada, e no Brasil, por influência do movimento sanitarista, a associação a determinantes sociais do processo saúde doença, Tema 1 do Relatório Final da VII Conferência de Saúde, realizada em março de 1986:

Em seu sentido mais abrangente, saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (p. 347).

Com essa definição, o norte dos conceitos para saúde e doença configura-se também nas condições sociais para uma vida digna como condição fundamental para a saúde ou para a doença. Esta definição permite pensar a saúde e a doença de outros lugares da vida cotidiana, como da cidade onde se vive, do ar que se respira e da água, do alimento que é consumido, das condições de trabalho, de lazer, da educação, das atividades físicas, enfim, da qualidade e estilo de vida.

Com essa compreensão sobre os processos de saúde e doença, não se podem deixar de lado também os aspectos biomédicos do IAM e da doença cardiovascular na mulher, os quais, na sequência, são caracterizados brevemente.

2.2 O INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

Apesar de todos os programas de alerta e prevenção, da população e dos avanços na metodologia diagnóstica e de tratamentos, a doença coronariana é a ainda a maior causa de mortes no mundo, em que o IAM ainda continua sendo um dos maiores problemas de saúde pública no mundo industrializado (KANAAN; HORSTMANN, 2006).

A principal etiologia de um IAM é a obstrução da artéria coronária por uma placa de aterosclerose (doença das artérias coronárias) ou por um coágulo de sangue. Essa obstrução impede a passagem de sangue para uma determinada área do coração, tornando-a isquêmica, o que pode acarretar morte das células naquele local (necrose), tornando-a área não funcionante (BRAUNWALD, 2001).

O IAM é conceituado por Kanaan e Horstmann (2006) como uma síndrome clínica resultante do fluxo arterial coronariano deficiente para uma área do miocárdio, ocasionando morte celular e necrose. É caracterizada por dor precordial intensa e prolongada semelhante à da angina pectoris, porém são mais intensas as alterações eletrocardiográficas agudas e o aumento do nível de certas enzimas e outras proteínas séricas.

Barbanti (2003) também conceitua infarto como a morte do tecido devida a uma falta prolongada de oxigênio. Também chamado de enfarte ou enfarto, ele representa a morte de uma porção do músculo cardíaco (miocárdio), por falta de oxigênio e irrigação sanguínea. A oxigenação necessária ao funcionamento do coração ocorre por um conjunto de vasos sanguíneos (as artérias coronárias).

Segundo Kanaan e Horstmann (2006), o infarto é ocasionado por uma placa vulnerável (rica em lipídeos) que, ao romper, promove ativação plaquetária e formação de um trombo que pode ocluir totalmente a artéria coronária (IAM do tipo supra de ST) ou levar à suboclusão vascular (IAM não supra de ST), podendo ocasionar dor torácica ou morte súbita.

Ou seja, a aterosclerose, com o tempo, em decorrência do depósito de gordura, colesterol e outras substâncias em seu revestimento interno, depósitos esses conhecidos como placas e que tornam a artéria mais estreita, restringindo assim o fluxo de sangue aos tecidos vitais do organismo. Às vezes, da formação dessa placa pode resultar um coágulo sanguíneo conhecido como trombo. A aterosclerose nos vasos sanguíneos do coração é a principal causa de cardiopatia coronária (ALLSEN; HARRISON; VANCE, 2001).

O maior sintoma de um infarto é a dor. “A sensação é de aperto” localizado no peito, à altura do coração. Essa dor é tão intensa que provoca suores frios, náuseas, vômitos e vertigens, ela costuma se irradiar para os ombros e braços (geralmente o esquerdo), para a mandíbula, as costas, e com projeção no estômago, no abdômen (POWERS; HOWLEY, 2000).

Segundo a OMS, o diagnóstico do IAM é baseado na presença de dois ou três critérios a seguir: dor torácica, alteração no eletrocardiograma e anormalidades nos marcadores proteicos e enzimáticos resultantes da destruição de células cardíacas. E a dor torácica não é caracterizada como um sintoma clínico específico (KANAAN; HORSTMANN, 2006).

Em última análise, o que se procura prevenir em indivíduos com IAM é o desfecho fatal. A meta mais importante no tratamento preventivo do indivíduo com IAM se relaciona à limitação da área da necrose, e consequentemente à preservação da função sistólica do ventrículo esquerdo (NICOLAU; COSTA; BARACIOLI, 2000).

A recanalização da artéria “culpada” e a prevenção do reinfarto são fundamentais, apesar de outras ações no sentido de melhorar o remodelamento ventricular esquerdo, de preservar as células isquêmicas ou diminuir o consumo de oxigênio, entre outras, também participarem de forma importante no processo (NICOLAU; COSTA; BARACIOLI, 2000).

A literatura considera o IAM podendo ser multifatorial, ou seja, são vários os elementos que em um indivíduo podem contribuir para uma predisposição ou para maior probabilidade do aparecimento da insuficiência coronariana e da ocorrência de um infarto do miocárdio (BRAUNWALD, 2001).

2.3 A DOENÇA CARDIOVASCULAR NA MULHER

Oliveira e Luz (2004) apontam que o registro mais antigo sobre o IAM foi encontrado numa múmia egípcia do sexo feminino que viveu há 1.000 a.C. Ela teria 50 anos e seu coração mumificado apresentava sinais de aterosclerose nas artérias coronárias.

As referidas autoras, também relatam que no passado, a morte por infarto era menos frequente talvez porque poucas eram as pessoas que ultrapassavam os 60 anos, período este em que mais frequentemente aparecem os problemas cardiovasculares. A maioria desses eventos ocorria com pacientes do sexo masculino. Talvez por isso, durante décadas, a DAC foi conhecida como a “doença do homem de meia idade”, pois muito raramente acometia as mulheres.

Jacobs e Sherwood (1996) destacam que, em decorrência da doença coronária ter sido durante décadas conhecida como a “doença do homem da meia idade”, até por volta dos anos

1980, toda a investigação científica sobre essa doença era feita com indivíduos do sexo masculino, e as mulheres geralmente eram excluídas das pesquisas.

Entre homem e mulher existem grandes diferenças em relação à taxa de morte, em decorrência de doenças cardio-circulatórias, ou seja, em relação à incidência dos diferentes fatores de risco. Até o climatério, a mulher apresenta um risco cardiocirculatório muito menor que os homens. Entretanto, após o climatério, as mulheres sofrem quatro vezes mais que os homens (WEINECK, 2000).

Conforme dados da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2008) as DCV são principal causa de morbimortalidade entre as mulheres em vários países, especialmente acima dos 50 anos de idade há risco seis vezes maior de morrer por DCV do que por câncer de mama.

Varela (2004) argumenta que, em países de primeiro mundo, também se tem percebido um aumento na mortalidade de mulheres acometidas por infartos agudos no miocárdio. Essas mortes estão relacionadas principalmente às mudanças de comportamento e aos hábitos de fumar, alimentar-se inadequadamente, não praticar exercícios, usar drogas e envolver-se mais no mercado de trabalho.

Ademais, por que mulheres têm sido acometidas pelo IAM antes mesmo de entrarem na menopausa (entre 39 e 50 anos), o que traz uma preocupação maior pelo fato de estarem no auge de sua produtividade (VARELA, 2004).

Weineck (2000) ressalta que o hormônio sexual feminino, o estrogênio, tem um papel de protetor do corpo, o que deixa de existir depois da menopausa. Por isso os homens morrem mais cedo de doenças degenerativas cardiorrespiratórias do que as mulheres, sendo, no entanto, ultrapassados mais tarde, na maioria das doenças, pelas mulheres, no que se refere à frequência de morbidade.

A saúde do coração feminino varia com o ciclo menstrual. Durante as semanas antes e depois da menstruação, aumenta a ocorrência de dores no peito e infartos, a irrigação do músculo cardíaco diminui. A causa é a diminuição dos níveis de estrogênio (hormônio que protege os vasos sanguíneos). Na realidade, a culpa é de uma substância chamada homocisteína, considerada um agressor natural das artérias. A diminuição do estrogênio e o aumento da homocisteína prejudicam a circulação e abrem caminho para que ocorram males cardíacos (WEINECK, 2000).

Guedes (2005) aponta que o IAM pode ocorrer por diversos fatores, podendo ser divididos em dois grupos: os fixos e os modificáveis. Os fatores fixos compreendem idade, sexo e história médica familiar. Os modificáveis englobariam o fumo, hipercolesterolemia, hipertensão arterial, intolerância à glicose, sedentarismo, hipertrigliceridemia, hiperuricemia, obesidade, isolamento social, estresse e comportamento do tipo A. Barbanti (2003, p. 117) define comportamento do tipo A como:

Um padrão de traços da personalidade, que inclui um impulso competitivo excessivo, agressividade, impaciência e um devastador sentido de urgência do tempo. Os indivíduos com predominância desse tipo de comportamento parecem estar comprometidos com uma luta crônica, incessante e frequentemente infrutífera contra si mesmo, com os outros, com as circunstâncias e algumas vezes com a própria vida. O comportamento do tipo A caracteriza-se também por incapacidade de relaxar, agitação, desejo de realização, agressividade, hostilidade facilmente excitável e acentuação da fala normal. As pessoas que possuem esse tipo de comportamento são mais propensas a exibir os fatores de risco de doenças coronarianas.

Outro fator relacionado a problemas cardíacos, segundo Belkiss (1990), é a presença da angústia, pois ela gera modificações corpóreas a nível físico de uma ou mais funções vegetativas. Novaes (1975, p. 109), também considera que “[...] toda angústia implica tensão que pode ser refletida na área corporal, trazendo comprometimento somático, muitas vezes localizado no sistema cardiovascular, já prejudicado pela própria doença.”

As modificações mais comuns são aceleração do ritmo cardíaco; modificação do vaso motricidade cutânea; dispneia ou taquipnêia; perturbação no trânsito intestinal; variações das secreções sudoríparas, salivares ou gástricas; surgimento de espasmos musculares lisos e modificações metabólicas dentre outras.

Segundo Braunwald (2001), há diversas doenças “médicas” que têm, conhecidamente, uma relação com a angústia e ansiedade, principalmente tratando-se da cardiologia. O coração é um foco frequente de queixas de fundo emocional porque, além de ter a função de resposta real ao estresse psicológico, carrega uma extensa carga de atributos simbólicos e psicológicos já citados anteriormente. O autor mostra que 66% dos indivíduos que sofreram de IAM, apresentam transtornos emocionais associados à depressão e ansiedade.

Barbanti (2003) mostra que o estresse, quadro composto de um conjunto de reações fisiológicas exageradas em intensidade ou duração, pode levar a um desequilíbrio no organismo, ou seja, qualquer situação pela qual o equilíbrio homeostático do corpo é perturbado, tanto na forma de dor, infecção, adversidade, de alguma força deteriorante.

A reação ao estresse é uma atitude biológica necessária para a adaptação a situações novas, podendo estar relacionado a diversos motivos; porém Rocha e Debert-Ribeiro (2001) relatam maior frequência de sintomas de estresse, em mulheres, relacionados às exigências do mercado de trabalho, ao ritmo de vida (em especial com jornadas duplas de trabalho) e ao seu papel na sociedade.

Segundo Barbanti (2003), estresse é definido como qualquer situação pela qual o equilíbrio homeostático do corpo é perturbado. Pode ser caracterizada em forma de dor, infecção, adversidade, alguma força deteriorante, ou ainda vários estados anormais que tendem a perturbar o equilíbrio fisiológico normal do corpo (homeostase).

Partindo desse pressuposto, os autores afirmam que o trabalho pode gerar estresse e que esse fenômeno pode desencadear um processo patológico como o IAM, por exemplo.

2.4 A REVASCULARIZAÇÃO CIRÚRGICA NA MULHER

Há mais de trinta anos, introduziram-se os princípios básicos da cirurgia cardíaca, e sua aplicabilidade expandiu-se rapidamente, devido à alta prevalência e à alta mortalidade da doença de coronária (ROMANOS 1998). Essas cirurgias podem ser corretoras, reconstrutoras e substituídas.

As cirurgias corretoras são aquelas que podem levar à cura ou à melhora excelente ou prolongada, incluindo a correção de defeitos congênitos, como o fechamento do canal arterial, do defeito do septo ventricular ou do septo atrial, correção da estenose mitral ou da Tetralogia de Fallot, cardiopatia congênita cianótica mais encontrada em adultos não operados (BLACK; MATASSARIN-JACOBS, 1996).

As cirurgias reconstrutoras são aquelas que incluem a revascularização coronária e a reconstrução das válvulas. As consideradas substituídas nem sempre são curativas, devido às condições pré-operatórias do indivíduo, e nelas se incluem as substituições valvulares (BLACK; MATASSARIN-JACOBS, 1996).

No processo investigativo desta pesquisa, a cirurgia de revascularização coronária está indicada para indivíduos que sofreram uma lesão de tronco da coronária esquerda, lesões

triarteriais com disfunção arterial esquerda, lesão biarterial com obstrução proximal da artéria descendente anterior e a angina estável, a despeito da terapia clínica máxima (COELHO; ALMEIDA; VETI, 2000).

Por sua vez, a cirurgia de revascularização do miocárdio é uma das opções de tratamento dos indivíduos que apresentaram principalmente IAM e tem como objetivos prolongar a vida, promover o alívio da dor da angina e melhorar a Qualidade de Vida (DANTAS; AGUILAR, 2001).

As últimas quatro décadas têm se caracterizado por um constante embate entre a percepção dos papéis de gênero tradicionais e as formas diferenciadas de se considerar a relação masculino e feminino. Impulsionadas pela emergência do movimento feminista, reivindicações sobre direitos referentes às mulheres têm sido consideradas válidas e, em boa parte das vezes, atendidas, ainda que setores mais tradicionais da sociedade procurem inviabilizar tais avanços (ÁVILA; CORRÊA, 1999; BARSTED, 1998).

Ressaltam ainda os autores que o entrelaçamento de questões morais e de saúde pública contribui para tornar complicado o debate sobre a delimitação de direitos individuais e coletivos relacionados à saúde da mulher, à melhora da Qualidade de Vida e, consequentemente, ao corpo feminino.

Alvo histórico de interdições, já visto como um misto de graça divina e furor diabólico, o corpo da mulher mereceu tratamento severo de religiosos e leigos que procuraram entendê-lo e emitir juízos sobre ele (DEL PRIORE, 1993).

Bastante despido da aura de mistério que o envolvia, o feminino, de assunto para eruditos transforma-se nos dias atuais em questão prioritária de saúde pública (NASCIMENTO; RODRIGUES, 2003), devido ao grande aumento de óbitos em DCV, já citado anteriormente, que são apresentadas em mulheres, levando-as, na maioria das vezes, para tratamentos hospitalares e, em seguida, para as salas de cirurgias (BRASIL, 1998).

Nessa narrativa bastante simbólica, é trazido à reflexão o corpo feminino, através dos aspectos místicos e das melhorias atuais nas questões de saúde pública da mulher, no âmbito da revascularização cirúrgica e das mudanças causadas pela doença em sua rotina de vida.

Quando se trata da saúde do corpo feminino, o coração, que antigamente era estimado como fonte de inspiração para as simbologias de amor e ódio, vida e morte, e saúde, e doença,

na qual a mulher era principalmente considerada o centro da criação, também é considerado como um órgão central e dominante no qual uma cardiopatia faz aflorar sentimentos de angústia e de medo da morte, principalmente quando a cirúrgica cardíaca é a única alternativa de sobrevivência para a mulher que sofreu um IAM (SILVA, L. et al., 2002).

Dessa forma, a revascularização cirúrgica, além de ser um procedimento complexo, é percebida por muitos como um acontecimento que tanto pode servir de fluxo para a própria existência, como também para aniquilá-la de uma só vez (MORAES et al., 1999).

Segundo os autores, ser tocado nesse órgão mítico pode significar para a mulher uma transformação total em seu ser. Esta mulher à qual o autor se refere sofreu um IAM, enfrentou o medo da morte, a angústia da imaginação de abrir o seu tórax no período pré-operatório, os riscos de uma revascularização cirúrgica e, posteriormente, precisou aprender a levar uma vida cheia de privações e a buscar novos hábitos preventivos para, então, não ser acometida em uma nova vez e poupar os anos de vida. Nesse sentido, como exemplo, as necessidades terapêuticas, o controle clínico da doença e a necessidade de internação hospitalar frequente.

Em vista disso, há então a necessidade de que elas desenvolvam mecanismos de defesa para a própria adaptação biológica, psicológica, social e integridade de sua imagem corporal, especialmente para esta sociedade brasileira, que valoriza e cultua a estética feminina, com padrões de beleza, por meio de mídias, carnavais, praias, clubes, entre outros.

A imagem corporal é considerada a figuração do corpo formada na mente, isto é, a maneira pela qual o corpo se apresenta a si mesmo (SCHILDER, 1999). Ela é o conjunto de representações conscientes ou não que uma pessoa tem de si mesma, mediante do que é palpável e visível em seu próprio corpo. Anatomicamente, ela é apenas um invólucro do corpo, porém, sobre essa roupagem externa, são construídos vários significados externos. A imagem corpórea para cada mulher é única e está ligada à sua história (DIETRICH; PINOTTI; SOUZA, 1990).

Nesse sentido, a revascularização cirúrgica é uma ameaça que afeta a integridade do corpo, a angústia em relação às cicatrizes que ficarão demarcadas após o processo cirúrgico, a preocupação com a estética e a não aceitação desse corpo provocado pela marca cicatricial.

Porém, ao transitar o medo de morrer na cirurgia cardíaca e o desejo e tornar-se uma mulher sem dor novamente, capaz de trabalhar, passear, sentir-se útil e com melhor Qualidade

de Vida, o corpo feminino marcado pela cicatriz, passa a viver um sentimento de ambivalência. Assim passa a deixar de lado as frustrações, o sentimento de impotência gerado pela doença, tira as amarras do temor e aventura-se pela instituição de saúde à procura de solução de seu problema. Além de entender que cirurgia cardíaca foi a única alternativa, ela deposita muita esperança no porvir (ROMANOS, 1998).

Para Groopman (2004), a esperança não cura, mas dá ânimo para o ser humano continuar lutando para a sua melhora, pois os esperançosos recuperam mais rapidamente a saúde e têm maior taxa de sobrevida. Ela dá energia para o corpo continuar tentando, mesmo quando as chances são irrigórias. Nutrir esperança é reconhecer, baseado na realidade, que mesmo com dificuldades é possível encontrar um caminho que leve ao encontro de melhores dias.

Relata também Polak (1996) que a esperança contribui não somente para a recuperação da saúde, mas também para afastar as lembranças do período de maior sofrimento, que ao ser incorporado, inscreve suas marcas no corpo já combalido. Esses conceitos podem ajudar a compreender a importância que constitui o cultivo desse sentimento em mulheres, no sentido de manter-lhes acesa a chama da vida.

Por mais que a ciência e a tecnologia em revascularização cirúrgica tenham avançado, contribuindo para a cura ou para a melhora da Qualidade de Vida de mulheres que sofreram um IAM, aumentando a possibilidade de sobrevivência, as fantasias em relação ao coração não se amenizam, fazendo com que a cirurgia cardíaca seja vista não somente como sinônimo de medo ou de morte, mas sob uma dimensão de renascimento, ou de ressuscitação (ROMANOS, 1998).

2.5 CONSIDERAÇÕES SOBRE OS ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DA SAÚDE E DOENÇA

São várias as perspectivas existentes no enfoque psicossocial da saúde e da doença e nestas com múltiplas dimensões, destacando-se a vertente do campo social através da epidemiologia social e cultural, o campo da vertente intraindividual, a psicossomática e o campo na perspectiva construcionista.

O campo social do processo de saúde e doença tem sido destacado na perspectiva da epidemiologia social, considerando que o referido processo é originado no modelo da organização da sociedade, tendo em seus fundamentos a base material do processo de produção, incluindo as manifestações biológicas e sociais (FONSECA, 1997).

Com essa visão de epidemiologia social, a classe social de pertencimento dos indivíduos é vital para o processo saúde e doença, por definir as formas de produção da vida material, ou seja, do consumo das necessidades humanas.

As perspectivas da epidemiologia social, além de considerarem as classes sociais, também consideram os aspectos biológicos no processo da saúde e da doença, e este como fator de determinação do “lugar social” (FONSECA, 1997).

Outra visão é a de Vilela e Mendes (2000), que destacam os aspectos da saúde e da doença na perspectiva social e cultural, através do desenvolvimento da epidemiologia, disciplina basilar da saúde coletiva, que estuda os fatores determinantes do processo saúde e doença, sua ocorrência nas diferentes populações e os meios para sua prevenção e tratamento.

Os anos de 1930 como o período de crise social da medicina, por esta ter estabelecido importantes avanços tecnológicos para a prevenção e assistência às doenças, com elevados custos econômicos e pouco alcance social (VILELA; MENDES, 2000).

Outro campo que enfatiza os aspectos psicossociais é o da vertente da psiquiatria com um modelo de compreensão do processo da saúde e do adoecimento sustentado na compreensão de que a doença era causada por fatores psicológicos. Essa visão iniciou-se no início do século XX, na França, sendo denominada de psicossomática por buscar entender a constituição dos sintomas e das doenças através dos estados emocionais (ENUMO, 2003).

A psicossomática é um ramo da medicina que trata da influência dos fatores psicológicos nas doenças físicas. Baseia-se na concepção de que muitas doenças físicas são diretamente ligadas a causas psicológicas como, por exemplo, asma, dores de estômago, etc. (BARBANTI, 2003).

Sobre o assunto, Spink (1992) aborda os processos do adoecimento e da prevenção da doença por meio de uma concepção psicossocial bastante específica, a concepção construtivista e histórica. Conforme a autora, essa concepção é fruto de todo um processo de

questionamentos que perpassa não apenas a psicologia social, mas também introduz um novo estudo crítico nas ciências sociais.

Nessa concepção, os discursos e as análises superam a visão fragmentada do indivíduo e descolada de sua história e permitem que, muito embora a objetividade possível do mundo das coisas não seja posta em dúvida, as explicações e descrições deste mundo sejam tidas como construções socialmente determinadas (SPINK, 1992).

A saúde e o adoecimento nessa perspectiva apresentam interfaces entre as dimensões psicológicas e sociais, que visam, conforme Lane (1984 apud SPINK, 1992, p. 127):

[...] recuperar o indivíduo na intersecção de sua história com a história da sociedade. Abandonar, portanto a dicotomia indivíduo-sociedade retomando, em uma nova base, o debate sobre a autonomia relativa das esferas social e individual sem cair no reducionismo sociologizante (quando o indivíduo é visto como produto do mundo social que o cerca) ou psicologizante (quando, em última análise, o indivíduo é visto como ser autônomo, produto da dinâmica de suas características individuais).

Essa perspectiva tem o sujeito como produto e produtor da realidade social (ISRAEL, 1972), e a aquisição do conhecimento como diz Spink (1992, p. 128):

É um processo ativo de construção em dois sentidos complementares. Em primeiro lugar, o sujeito é ativo porque ele dá sentido aos objetos sociais, materiais ou ideacionais que o cercam; ou seja, em última análise, ele constroi representações ou teorias sobre estes objetos. Em segundo lugar, ele é ativo porque cria, efetivamente, o mundo social através de sua atividade [...].

Ao abordar a psicologia social da saúde, a autora destaca que esta visão é recente na psicologia social, e muito mais ainda na área da saúde, na qual tradicionalmente a psicologia tem trabalhado com uma visão intraindividual.

[...] a psicologia da saúde, ao longo de sua breve história, reproduziu a situação existente na disciplina mãe. Partiu, inicialmente, de uma perspectiva intraindividual para a explicação do processo saúde/doença; passou numa fase posterior, a incorporar o social de forma mecânica e apenas recentemente adotou uma postura mais dinâmica face ao social, abraçando uma postura construtivista (SPINK, 1992, p. 129-130).

Portanto a psicologia da saúde passou por uma progressiva incorporação da dimensão do social para explicar o processo de saúde e do adoecimento. Spink (2007a) aponta as explicações surgindo inicialmente com esclarecimentos que privilegiavam o aparecimento da

doença como organismo individual por influência de duas correntes da psicologia. Uma corrente da abordagem psicanalítica, que tem como conceito central a psicogênese da doença, sendo esta a teoria predominante na medicina psicossomática citada anteriormente.

A outra corrente, mais próxima das teorias de personalidade, tem o pressuposto da existência de uma relação entre certos tipos de personalidade e certas doenças, conforme já citada a personalidade do tipo A. Por exemplo, o papel da “personalidade do tipo A” nos portadores de doenças cardíacas.

A personalidade do tipo A agrega as características típicas da vida nos grandes centros urbanos: competitividade, hostilidade, pressão de tempo, impaciência, necessidade de autoatualização, tensão muscular, etc., é a corrente responsável pelas manchetes recentes em jornais paulistas que afirmam que a “hostilidade mata”... ou seja, lendo-se nas entrelinhas – faça terapia e viva mais tempo! (SPINK, 2007a, p. 45).

Outra forma identificada por essa mesma autora para explicar o processo saúde/doença na perspectiva psicossocial é a vertente da psicologia que enfatiza os aspectos psicossociais do adoecimento, ou seja, o surgimento da doença é decorrente de cadeia multicausal, de nexos causais entre as condições de vida e do adoecer, destacando-se os estudos sobre os “eventos da vida e sobre estresse”.

Esta vertente tornou-se particularmente popular em função dos avanços metodológicos que possibilitaram a mensuração das variáveis, a construção de indicadores e o seu tratamento estatístico através de técnicas multivariáveis em busca de correlações entre eventos stressantes na vida dos indivíduos e o aparecimento da doença (SPINK, 1992, p. 132).

Nesse contexto de desenvolvimento de explicações psicossociais, a perspectiva construtivista referida anteriormente, ao considerar a doença e a saúde enquanto fenômenos psicossociais e historicamente construídos pela ciência ou pelo saber do senso comum, amplia a compreensão de saúde/doença e da prevenção:

Primeiramente porque aborda a doença não apenas como uma experiência individual, mas também como um fenômeno coletivo sujeito às forças ideológicas da sociedade. Em segundo lugar, por inverter a perspectiva deixando de privilegiar a ótica médica como único padrão de comparação legítimo e passando a legitimar também a ótica do paciente (SPINK, 1992, p. 134).

Percebe-se, portanto, a ampliação no contexto de compreensão dos processos psicossociais em saúde e doença e, consequentemente, na visão do IAM.

Conforme é possível constatar, o infarto do miocárdio é uma doença que apresenta predominantemente uma visão biomédica em sua configuração, ignorando, conforme Spink (1992, p. 134), a “[...] doença como um fenômeno psicossocial historicamente construído, e como tal é, sobretudo, um indicador da ideologia vigente sobre o adoecer e os doentes em uma determinada sociedade.”

Essa perspectiva de leitura é ressaltada com Dantas, Sawada e Malerbo (2003), que estudaram mulheres que sofreram IAM, nos quatro elementos do modelo de “campo de saúde”. Esse modelo conceitual considera que, além dos aspectos biológicos, outros fatores podem contribuir para a determinação de doenças.

Os quatro elementos apresentam cada um o mesmo valor na determinação da saúde do indivíduo e precisam estar em equilíbrio para que tal condição se estabeleça. São eles: biologia humana (inclui todos os aspectos da saúde, física e mental, os quais pertencem ao corpo humano e a constituição orgânica do indivíduo); meio ambiente (aspectos relacionados à saúde e que estão externos ao corpo humano, quer pertençam ao ambiente físico quer pertençam ao ambiente social que envolve os indivíduos, e sobre os quais eles têm pouco ou nenhum controle); estilo de vida (consiste no conjunto de decisões tomadas pelo indivíduo, sobre as quais ele possui maior ou menor controle e que afetam a sua saúde, os chamados riscos autocríados); e organização dos serviços de saúde (refere-se à qualidade, quantidade, administração, natureza e relações de pessoas e recursos no oferecimento do cuidado de saúde, sendo comumente definido como sistema de atenção à saúde) (DANTAS; SAWADA; MALERBO, 2003).

Dantas, Sawada e Malerbo (2003) constataram fatores de risco presentes nos quatro elementos que evidenciaram suas possíveis contribuições no desencadeamento do infarto. No elemento biologia humana, a presença de fatores de risco modificáveis (hipertensão arterial, diabetes e dislipidemias) e não modificáveis (sexo, idade e história familiar positiva para doença cardiovascular); no meio ambiente, ficou constatado um meio social pobre, com mulheres de baixo nível educacional e com pequena renda familiar mensal; quanto ao estilo de vida, verificou-se a presença de riscos autocríados para tabagismo, sedentarismo, falta de recreação e relaxamento das tensões diárias e, no que se refere ao elemento sistema de atenção à saúde, viu-se que a maioria já estava inserida no sistema de saúde para tratamento de doenças crônicas e de importância para o desenvolvimento de doença isquêmica do coração; e pouco mais da metade do grupo tinha conhecimento do diagnóstico de infarto.

Jenkins (2007) também relata que os aspectos socioeconômicos apresentam grande influência na forma de perceber a doença. Nas classes sociais de menor renda, a doença é vista como algo incapacitante porque dificulta o trabalho que é o sustento da família devido ao alto custo. Os profissionais da área da saúde são procurados conforme a gravidade do problema, geralmente apenas em caso de doenças crônicas e acidentes.

Gutierrez e Ciampone (2007) destacam também que o processo saúde-doença-morte não é decorrente apenas dos condicionados da natureza biológica, mas também é dependente dos aspectos sociais concretos que vão formando grupos populacionais diferenciados quanto às condições de vida, que, por sua vez, geram padrões patológicos particulares. Contudo, de modo mais amplo, pode ser considerada um evento humano, quando está ligado a uma série de desconfortos ou desajustes psicológicos, provocados pela interação entre pessoas e ambiente em que vivem que podem provocar desajustes ao bem-estar.

Ishitani et al. (2006), ao analisarem a mortalidade precoce por DCV nos municípios do Brasil, mostraram que a melhor escolaridade possibilita melhores condições de vida e, consequentemente, impacto positivo na mortalidade precoce.

Favarato e Aldrighi (2001) também descrevem que a cardiopatia promove um comprometimento geral no indivíduo, afetando-o nos segmentos afetivo-emocional, intelectual e social; além do mais, por ser uma afecção ameaçadora, gera medo, ansiedade e insegurança, sinalizando para o indivíduo sua vulnerabilidade e finitude.

Varela (2004), ao estudar o IAM em mulheres, mostra que as causas apontadas pelas mulheres participantes da pesquisa precisam de maiores investigações, uma vez que os fatores são multicausais e de difícil diagnóstico.

Por fim, os resultados obtidos por Dantas, Sawada e Malerbo (2003), Jenkins (2007), Gutierrez e Ciampone (2007), Ishitani et al. (2006), Favarato e Aldrighi (2001) e Varela (2004) destacam que um dos maiores obstáculos a serem ultrapassados, no caso das mulheres, é a adaptação à QVRS, nova condição de saúde, e sua reintegração no convívio social com a mudança de comportamento, uma vez que já foram reconhecidos os benefícios da atividade física para prevenção de DCV contribuindo para a modificação dos fatores de riscos.

3 ATIVIDADES FÍSICAS

Neste capítulo, será feita uma abordagem sobre o crescente processo histórico no marco da evolução do impacto da educação física, até os dias atuais, por meio da prática da reabilitação cardíaca e de numerosos métodos preventivos que os programas de treinamentos físicos promovem para indivíduos que sofreram IAM.

3.1 CONCEITUANDO ATIVIDADE FÍSICA

Para Powers e Howley (2000), a atividade física é qualquer forma de atividade muscular. Portanto resulta em um gasto de energia proporcional ao trabalho muscular. Araújo e Araújo (2000) conceituam a atividade física como qualquer movimento produzido pela musculatura esquelética que provoque gasto calórico acima dos níveis de repouso. Dessa forma, as atividades domésticas, no trabalho, no transporte e mesmo em um programa de exercícios físicos, estão reunidas sob o termo Atividade Física.

Barbanti (2003) também conceitua a atividade física como um termo que se refere à totalidade de movimentos executados no contexto do esporte, da aptidão física, da recreação, da brincadeira, do jogo e do exercício. Segundo esses autores, em um sentido mais restrito, a atividade física é todo movimento corporal, produzido por músculos esqueléticos, que provocam um gasto de energia.

Dessa maneira Bracht (1992) utiliza o termo educação física para se referir à prática pedagógica que tem tematizado elementos da esfera da cultura corporal e do movimento, destacando também que os objetos específicos da educação física são as condutas motoras que possibilitam ao indivíduo expressar sua criatividade, sua afetividade e originalidade de acordo com seu contexto histórico-social.

A educação física, em tempos de desafios e fardos, teve o seu marco histórico em cada processo do crescimento global da humanidade, e, portanto, existe uma cultura corporal resultante de conhecimentos socialmente produzidos e historicamente acumulados. (BRACHT, 1992). E o corpo é uma condição primeira de inserção do ser humano no mundo, pois, através dele, é que o homem entra em contato consigo mesmo e com a sociedade (EDUARDO, 2004).

Da compreensão de atividade que visava apenas ao desenvolvimento físico-biológico, após as décadas de 1970 e 1980, a educação física passa a ser aceita como ciência, em

decorrência das sistematizações, profundidades e abrangência de conceitos de exercícios físicos vinculados aos aspectos culturais (HIRSCHBRUCH; CARVALHO, 2002).

Para Josse e Bourdon (2001), também a partir de 1980, a medida de prevenção por meio da atividade esportiva vem progredindo e, desde então, a prescrição de exercícios e treinamento para indivíduos cardíacos está em desenvolvimento.

A formação acadêmica em educação física também mudou nas últimas décadas, e aumentou-se a grade de programas de educação física, de modo a representar a base do conhecimento científico necessária para enfrentar os problemas relacionados ao condicionamento, ao desempenho e à aquisição de habilidades e, principalmente, para desenvolver programas de prevenção da saúde (POWERS; HOWLEY, 2000).

Atualmente, apesar de se constituírem de forma natural e corriqueira na vida diária, os exercícios físicos revelam-se, sob o ponto de vista fisiológico, por demais complexos, uma vez que envolvem a interação de todos os sistemas que compõem o organismo vivo, como sistemas neuromusculares, cardiorrespiratórios, hormonais, digestores e renais, entre outros (FORTI; CHACON-MIKAHIL, 2004).

E, quando aplicados com o intuito de promoção da saúde, os exercícios físicos vêm ganhando destaque em toda mídia, devido a sua grandiosa evolução, nunca tendo se falado tanto sobre os numerosos efeitos benéficos e acumulativos da prática adequada de atividades físicas como essencial para a manutenção da saúde positiva (GORGATTI; COSTA, 2008).

Segundo Allsen, Harrison e Vance (2001, p. 51), o Dr. Paul O. Thompson, cardiologista do Miram Hospital, em Providence, Rhode Island, resumiu muito bem a importância da prevenção dos exercícios físicos quando disse:

Se a única coisa com que você se preocupa é sobreviver nos próximos 60 minutos, a melhor coisa a fazer é enfiar-se na cama sozinho. Se, entretanto, você está interessado numa vida longa, ativa e produtiva, então o mais inteligente é usar os próximos 60 minutos para se exercitar.

Desse modo, os exercícios físicos ou mais exatamente a atividade física esportiva de lazer, estando excluído qualquer espírito competitivo, é um prazer para muitos, uma preocupação excessiva com a imagem corporal para outros, conhecida como vigorexia ou dismorfia muscular, e para alguns é um remédio de prevenção primária ou secundária dos riscos cardiovasculares (JOSSE; BOURDON, 2001).

Barbanti (2003) define prevenção primária como a prevenção do desenvolvimento e da progressão de fatores de risco de doenças coronarianas pelo seguimento de práticas dietéticas saudáveis, modificação de comportamento, redução do consumo de álcool, sendo iniciada na infância, porque certos fatores de risco de doenças cardíacas começam bem cedo na vida.

Halhuber e Miltz (1972 apud WEINECK, 2000) definem prevenção secundária como prevenção ou diminuição do progresso ou reincidência aguda de doenças crônicas que já se manifestaram clinicamente.

Entretanto a prevenção primária e secundária tem como objetivo fornecer a pessoas saudáveis e cardiopatas um programa de exercício físico regular que vise à melhora da função cardiovascular e, em consequência, que previna o aparecimento e a evolução de DCV (ALVES et al., 2006).

Por sua vez, os programas de reabilitação cardíaca tornaram-se altamente abrangentes e sofisticados, muito diferentes do que eram há vinte anos, proporcionando assim uma maior segurança de seus benefícios e com uma maior probabilidade de adesão ao longo prazo (FARDY et al., 2001).

3.2 REABILITAÇÃO CARDÍACA

Segundo Yazbeck Junior (2000, p. 333), a definição de reabilitação cardíaca foi, pela primeira vez, referida por La Chapelle (1957) como a “[...] arte e ciência de restituir a um indivíduo o grau de atividade física e mental, compatível com a capacidade funcional do seu coração [...]”, e nela se aplica treinamento ou condicionamento físico, com exercícios maiores do que os usualmente empregados.

Reabilitação cardíaca é também conceituada por Barbanti (2003) como um programa multidimensional de atividades físicas realizadas após uma cirurgia de ponte(s) coronária(s), destinado a restaurar o indivíduo para um funcionamento normal e a prevenir futuras complicações ou ocorrências.

Atualmente, segundo Powers e Howley (2000), a reabilitação cardíaca são programas de treinamento físicos aceitos como parte integrante do tratamento utilizado para a

recuperação de um indivíduo que sofreu algum tipo de doença coronariana, o que envolve um esforço multidisciplinar que inclui o exercício, a medicação, a dieta e o aconselhamento.

Os fatores que contribuem para a reabilitação cardíaca adequada são múltiplos, o que atualmente exige abordagem multiprofissional, com ação conjunta de médicos, educadores físicos, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, enfermeiros e de serviço social (YAZBECK JUNIOR, 2000).

A prescrição de exercícios para indivíduos cardíacos constitui ao mesmo tempo uma ciência e uma arte, já definida por La Chapelle (1957), consistindo, em muitos aspectos, em um procedimento comparado com a prescrição de medicamentos, ou seja, recomenda-se uma dosagem ideal de acordo com as necessidades e as limitações individuais (FRANKLIN; FARDY, 2001).

Ressaltam ainda os autores que atualmente encontram-se praticando atividades físicas com prescrição médica os mais diversos tipos de indivíduos, desde os que apresentam capacidade de trabalho físico extremamente limitado e complicado por sintomas, como, por exemplo, os que sofrem de insuficiência cardíaca, os que já estão com idade muito avançada e até aqueles que foram submetidos a transplantes.

Existem, entretanto, algumas contraindicações absolutas que podem impedir a participação em programas de reabilitação cardíaca, como por exemplo, indivíduos que apresentam angina de peito, determinadas anormalidades cardíacas estruturais, DAC grave, arritmias ventriculares graves ou distúrbios do ritmo e outras condições médicas que poderiam se agravar com o exercício (FRANKLIN; FARDY, 2001).

Entre os indivíduos beneficiados pelos programas de reabilitação cardíaca, incluem-se aqueles que sofreram angina pectoris, IAM, cirurgia de revascularização miocárdica e angioplastia (POWERS; HOWLEY, 2000).

Apesar dos efeitos benéficos dos programas de treinamentos físicos, ainda existe certa preocupação do corpo médico para a orientação ao encaminhamento dos indivíduos cardíacos para a prática da atividade física, da mesma forma que para prescrever qualquer medicamento (JOSSE; BOURDON, 2001).

Ressaltam ainda os autores que essa preocupação pode ser explicada por certo desconhecimento dos efeitos benéficos da atividade física regular e pela dificuldade de se

calcular o risco de ocorrência de um acidente (IAM ou morte súbita), o que pode acontecer durante a realização de um esforço físico intensivo.

Porém a prevenção secundária citada anteriormente tem, como objetivo principal, reabilitar o indivíduo após um evento cardiovascular, ajudando a intervir favoravelmente nos fatores de risco para a doença aterosclerótica, recuperando seu status funcional e sua autoestima no intuito de evitar um evento subsequente (ALVES et al., 2006).

Segundo Powers e Howley (2000), a reabilitação cardíaca está dividida em três fases, sendo a primeira fase realizada no hospital, usualmente iniciada até o quinto dia pós-infarto ou um dia após cirurgia de revascularização, ou seja, ainda na unidade coronária, após a compensação clínica do indivíduo.

Nessa fase, a reabilitação é realizada em atividades de baixo nível, limitadas a dois Metabolic Equivalent of the Task (MET) – equivalente metabólico, incluindo atividades como banho e sentar-se na cadeira, cuja realização é feita pela própria equipe de enfermagem e de fisioterapia, mas quase sempre é realizada por fisioterapeutas, com ênfase a exercícios respiratórios, movimentos ativos de extremidades dos membros superiores e inferiores variando de indivíduos para indivíduos, pois existem contraindicações (YAZBECK JUNIOR, 2000).

O acompanhamento de um psicólogo também é muito importante, pois a maioria das atividades feitas em casa requer menos de 4 METs, por isso consiste esse período em uma nova educação e no aconselhamento do indivíduo e dos familiares sobre os fatores de risco e as necessidades de mudança de hábito (ALVES et al., 2006).

Na segunda fase, ocorre um momento muito importante, pois busca-se estabelecer a retomada das atividades, bem como a autoconfiança, fase essa considerada extremamente importante para esta autora, que, ao longo de sua experiência profissional, sempre se dedicou ao trabalho com indivíduos especiais em um direcionamento que sempre envolveu a valorização de aspectos psicológicos em relação a sentimentos positivos, como o aproveitar a vida, o otimismo em relação ao futuro, como também a necessidade de saber lidar com sentimentos negativos, como mau humor, desespero, ansiedade e depressão, atribulações com o sono e a dificuldade para dormir, tão prejudiciais à boa saúde. O nível de treinamento para esta fase dependerá de indivíduo para indivíduo, a partir de uma avaliação médica ao começar também em exercícios físicos de baixo nível, um pouco mais intenso que a primeira fase.

Nesse momento, a segurança professor/aluno e aluno/professor é fundamental. Por isso, o educador físico deve sempre ministrar treinamentos físicos agradáveis, com exercícios criativos e satisfatórios para as respostas cardiovasculares, motivo esse de inquietação para este estudo, e sobretudo para a vivência diária positiva que a atividade física promove.

Antes de iniciar a fase secundária, o indivíduo deverá realizar um teste ergométrico, com pelo menos 5 METs, sem complicações. Nessas condições, poderá tolerar três sessões semanais com duração de 30 a 60 minutos, não ultrapassando a 70% do consumo de oxigênio alcançado, sendo supervisionado e monitorado por médicos, e as contraindicações são as mesmas da primeira fase (YAZBECK JUNIOR, 2000).

A terceira atende indivíduos cardiopatas após, em média, dois meses do acometido cardiovascular, tendo eles participado ou não da segunda fase. Nesta, já não há necessidade de monitoração intensiva, sendo os programas de treinamento físico mais utilizados e praticados nos diversos centros (YAZBECK JUNIOR, 2000).

Para Verdier (2001), o homem não consegue viver sem oxigênio (O_2), realidade esta que permite estudar o metabolismo energético do corpo humano graças ao seu consumo energético (VO_2), ou seja, toda a atividade humana pode ser definida pelo consumo energético que ela ocasiona, sabendo-se que o consumo de um litro de oxigênio equivale, no plano energético, a 5 calorias.

Mediante isso, 1 MET equivale a 3,5 mL/kg/min de oxigênio consumido em repouso, ou seja, metabolismo basal e, no plano energético, a 1 kcal/kg/h. Este VO_2 de repouso serve como base para a unidade metabólica: o MET correspondente a esforço de baixa intensidade, visando neutralizar efeitos psicológicos adversos quando da longa permanência no leito (ALVES et al., 2006).

Contudo, para Allsen, Harrison e Vance (2001), os exercícios físicos não são uma espécie de cura milagrosa para os indivíduos que apresentam cardiopatias coronárias, pois não garantem a prevenção nem a recuperação de doenças cardíacas, seja qual for a quantidade praticada; porém um programa de treinamento físico apropriado pode produzir efeitos benéficos somados ao tratamento da reabilitação convencional, uma vez que apresentam resultados superiores ao tratamento convencional isoladamente.

Dentre os programas de treinamentos físicos que contribuem como um dos tratamentos mais utilizados tanto para a prevenção primária, como para a secundária (Fase III), em indivíduos que já sofreram de DAC têm-se: treinamento de exercícios aeróbicos; treinamento de exercícios resistidos (musculação).

3.3 PROGRAMAS DE TREINAMENTOS FÍSICOS

Surgiu no século XVIII o primeiro indício do efeito benéfico do exercício físico na doença cardiovascular, quando o médico inglês William Heberden (1710-1801) relatou o caso de uma paciente que sofria de angina e diariamente se obrigava a serrar madeira, o que resultou em uma melhora do sintoma (ALVES et al., 2006).

Relatam ainda os autores que, quase um século mais tarde, em 1854, William Stokes (1804-1878) relatou que os sintomas de falência cardíaca eram com frequência revertidos com caminhadas regulares em intensidade moderada progressiva. Com o decorrer dos anos, entretanto, o relato de William Stokes foi esquecido, dando lugar à noção de que os exercícios físicos para cardíacos eram perigosos. Apenas por volta da segunda metade do século XX, Levine e Lown introduziram o inovador tratamento de mobilização precoce pós-infarto, mostrando que esta conduta reduzia o número de complicações provenientes do repouso prolongado, marcando uma nova era no tratamento de indivíduos cardíacos.

Da mobilização precoce ao treinamento físico foi um curto passo. De acordo com Alves et al. (2006), quando Chapman e Fraser, da Universidade de Minnesota, mostraram, pelo cateterismo cardíaco, que indivíduos em recuperação de IAM tinham resposta cardiovascular normal durante o teste de esforço, foi aberto um novo caminho para a indicação do treinamento físico para essa população.

Por sua vez, há mais ou menos 20 anos, programas de reabilitação cardíaca eram baseados em exercícios que consistiam em caminhada contínua e bicicleta ergométrica fixa, pois acreditava-se que o exercício aeróbio contínuo dos grandes músculos dos membros inferiores era o único tipo de treinamento seguro para indivíduos cardíacos (FRANKLIN; FARDY, 2001).

Comentam ainda os autores que antigamente havia menos informações disponíveis a respeito de outros tipos de exercício, com base na crença de que causavam arritmias e isquemia miocárdica e, geralmente, os exercícios que envolviam a parte superior como peitoral costa e braço eram proibidos.

Segundo Verdier (2001), existem muitos métodos de treinamento, e o médico não pode conhecer todos eles. Contudo eles apresentam características que permitem a sua classificação em: especificidade, progressão e personalização.

Isso significa que a dosagem deles irá envolver: intensidade, duração, frequência e tipo de atividade, devendo sofrer ajustes periódicos a fim de oferecer o máximo de segurança e aproveitamento e tendo sempre em mente o princípio da sobrecarga (FRANKLIN; FARDY, 2001).

Barbanti (2003) conceitua essa dosagem como princípio que estipula que as mudanças funcionais no corpo somente ocorrem quando o estímulo é suficiente para causar uma ativação considerável de energia.

A prescrição abrangente e personalizada de exercício requer uma avaliação completa do indivíduo, podendo ser obtida através de medidas físicas, por meio de questionários e entrevista pessoais, obtendo informações sobre o estilo de vida e a história do paciente, relatos importantes no desenvolvimento do programa de saúde, indispensáveis à complementação nos treinamentos físicos (POWERS; HOWLEY, 2000).

As limitações físicas que podem influenciar a prescrição de exercício devem ser identificadas na história preliminar do indivíduo. A contribuição na avaliação musculoesquelética feita por um fisioterapeuta pode ajudar, principalmente no caso de indivíduos idosos e daqueles com história de limitação neurológica, vascular ou ortopédica dos membros inferiores (FRANKLIN; FARDY, 2001).

Uma característica muito importante que o educador físico e a sua equipe devem observar antes de iniciar o programa de treinamentos físicos com o individuo apresentando cardiopatia coronária é a de respeitar sua motivação e suas atividades físicas preferidas, para assim promover um programa de exercícios baseados nas características psicológicas. Assim diminuem-se as chances de desistência do programa de reabilitação cardíaca (FARDY et al., 2001).

Segundo os autores, em algumas situações, pode haver necessidade de modificar as atividades físicas ou fornecer opções de atividades que desagradem o indivíduo. No entanto sua preferência pessoal não deve impedir que a equipe do programa introduza novas atividades, ou seja, a prescrição deve estar adaptada ao indivíduo, e não o indivíduo à prescrição.

Em meio aos programas de treinamentos físicos, citados anteriormente, está o treinamento aeróbico, abordado no próximo tópico.

3.4 TREINAMENTOS FÍSICOS AERÓBICOS

A palavra aeróbica significa “com oxigênio” e indica que a energia produzida para a realização de um trabalho utiliza um sistema baseado em oxigênio. Aumentando a capacidade do sistema aeróbico do indivíduo, pode-se tornar o organismo mais eficiente (ALLSEN; HARRISON; VANCE, 2001).

Conforme os autores, um efeito positivo é produzido em vários sistemas do organismo com os exercícios aeróbicos, através dos quais o organismo aumenta sua capacidade de captar, transportar e utilizar o oxigênio para produzir a energia necessária ao trabalho, contribuindo também na prevenção DCV.

Treinamentos físicos aeróbicos são aqueles relacionados aos esportes de endurance puros, como a corrida a pé, o ciclismo, a natação, o esqui de cross-country, dança etc, assim como os esportes com bola como, por exemplo: basquetebol, *handebol*, futebol, tênis, voleibol, *squash*, entre outros (VERDIER, 2001).

O objetivo desse treinamento é melhorar as capacidades aeróbicas, pois são colocadas em ação massas musculares consideráveis (efeitos gerais), bem como os músculos solicitados durante a atividade específica (efeitos locais), estimulando o organismo a gerar alterações que resultam num bom condicionamento físico e em um indivíduo mais saudável e eficiente (ALLSEN; HARRISON; VANCE, 2001).

Quando se trata de indivíduos cardíacos, a melhor forma de avaliar o condicionamento pulmonar é medir a capacidade aeróbica ou VO₂ max. Essa variável é fisiologicamente definida como a mais alta taxa de transporte e uso de oxigênio que se consegue alcançar

durante o esforço físico máximo (teste de esforço), para assim documentar sua exata capacidade funcional e sugerir uma zona de treinamento pela monitoração da frequência cardíaca (FLECK; KRAEMER, 2006).

Segundo Willmore e Costill (1994), a mulher trabalha em uma porcentagem do VO₂ máximo maior que a dos homens. Essa diferença ocorre, em parte, devido às menores dimensões corporais do sexo feminino, o que faz com que as mulheres possuam um aparelho respiratório menor, pois nela está relacionada uma maior porcentagem de massa gorda em relação aos homens e ainda aos menores níveis de hemoglobina, que resultam em menos oxigênio no sangue.

Por sua vez, o verdadeiro VO₂ max. de indivíduos cardíacos raramente é alcançado por causa do aparecimento de sinais e sintomas ou fadiga volicional. Essa variável frequentemente é chamada de pico de VO₂ max., nessa população. Entretanto este pode ser superestimado quando se baseia no tempo do exercício ou na carga do trabalho (VERDIER, 2001).

O VO₂ max., geralmente, é determinado pela medida do volume (quantidade de ar inspirado e expirado durante um ciclo respiratório normal) e pela análise do conteúdo de oxigênio e dióxido de carbono do ar expirado pelo indivíduo durante os últimos minutos do teste de esforço. A realização do teste é feita em uma esteira ou no ciclo (bicicleta) ergômetro, e seus resultados são muito úteis para a prescrição individualizada de exercício e de treinamento aeróbico (FLECK; KRAEMER, 2006).

Através dessas informações, a intensidade do exercício deve ser relacionada aos valores de frequência cardíaca, tipicamente prescrita para o controle da intensidade do estímulo do exercício aeróbico, ou seja, um indivíduo deve realizar o exercício em um estado de equilíbrio dentro da zona de treinamento. Geralmente a frequência cardíaca da zona de treinamento gira entre 50 a 65 a 90% da frequência cardíaca máxima: 220/idade, e as menores intensidades são utilizadas para indivíduos destreinados ou para populações especiais (AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE, 1998).

É importante ressaltar que as diretrizes do programa de reabilitação cardíaca, devem estar concentradas na necessidade de alterações dos medicamentos e ajustes da dosagem, e, em algumas situações, repetir o teste de exercício pode representar a garantia clínica da eficácia de um novo medicamento, por exemplo, a administração de agentes antiarrítmicos.

Em outras circunstâncias, entretanto, o teste de exercício para rever a intensidade do treinamento prescrito pode ser desnecessário (FRANKLIN; FARDY, 2001).

Atualmente os indivíduos cardíacos buscam praticar atividades físicas, com orientação médica em sua total magnitude, não só na realização de atividades aeróbicas, mas também na concretização de treinamentos resistidos, a musculação, a qual sempre foi desencorajada para indivíduos cardíacos (GHILARDUCCI; HOLLY; AMSTERDAM, 1989).

3.5 TREINAMENTOS FÍSICOS RESISTIDOS

Segundo Barbanti (2003), exercício resistido é definido como tipo de treinamento físico em que se empregam pesos progressivamente mais pesados para melhorar a forma física. Em 1990, o American College of Sports Medicine, reconheceu, pela primeira vez, os exercícios resistidos (musculação) como um componente significativo para qualquer programa que contemple a saúde e fitness para adultos de qualquer idade (POLLOCK et al., 2000).

Para Pollock et al. (2000) o exercício resistido proporciona gasto calórico e mantém a taxa metabólica basal (TMB) elevada, contribuindo também para o controle ponderal, o que, de forma indireta, já os torna recomendáveis para programas de prevenção de DCV.

A TMB é definida por Barbanti (2003) como taxa metabólica medida na posição deitada, após doze horas de jejum e, no mínimo, oito horas de sono, sendo normalmente medida através do consumo de oxigênio, servindo como indicadora da quantidade de energia exigida para manter as funções corporais vitais como a circulação, a respiração, a digestão.

Guedes (2005) ressalta que os exercícios resistidos utilizando várias intensidades impõem um duplo produto menor do que as atividades aeróbicas, e o número de repetições, e não o peso, irá possuir maior influência no duplo produto — duplo produto calculado = pressão arterial sistólica x frequência cardíaca —, o trabalho cardíaco estimado nestes casos, por exemplo: é inferior ao valor determinado (POWERS; HOWLEY, 2000).

Dessa forma, os exercícios resistidos escolhidos para indivíduos com DCV devem abranger pequenos grupos musculares, as sessões não devem ser muito extensas, as repetições baixas (10-15 repetições) e as amplitudes de movimento podem aumentar gradativamente, os

intervalos devem ser de 2 a 3 minutos, a frequência, de duas a três vezes por semana, e a respiração bloqueada deve ser evitada (ALBRIGHT et al., 2000).

Verrill (2001) propõe que a prescrição de exercício resistido para um indivíduo cardíaco deve ser usada em um formato de exercícios criativos, desenvolvidos para fortalecer os principais grupos musculares, principalmente os da parte superior do corpo.

Assim possibilita os trabalhos do dia-dia que exigem mais trabalhos do braço do que da perna, deixando-os preparados para executar tarefas do cotidiano o mais rápido possível depois de um evento cardíaco. Os músculos da parte inferior do corpo também devem ser fortalecidos, a fim de aumentar a força dos membros inferiores (VERRILL, 2001).

Por sua vez, os exercícios resistidos, mesmo em altas intensidades, são eficientes e seguros para grande maioria da população, inclusive para indivíduos com doença cardíaca e hipertensão, sendo parte integrante da prevenção e do tratamento dessas doenças (GHILARDUCCI; HOLLY; AMSTERDAM, 1989; JACOBES; NASH; RUSINOWSKI JUNIOR, 2001; KAUFMAN; HUGHSON; SCHAMAN, 1997; MCCARTNEY, 1998, 1999; POLLOCK et al., 2000).

Segundo Gorgatti e Costa (2008), a superação de todas as barreiras passa obrigatoriamente pela busca de conhecimento, pela noção de que todos têm direitos e condições de praticar atividade física. Basta que para isso existam profissionais bem intencionados, bem informados e seguros para lidar com as diferenças entre as pessoas.

4 QUALIDADE DE VIDA

A expressão Qualidade de Vida tem estado muito em voga, mas não há, ainda, nem na literatura, nem entre os que a utilizam, consenso sobre o que, de fato, significa (GILL; FUNSTEIN, 1994). Segundo Mayou e Bryant (1993), este termo abrange:

- a) a descrição das avaliações econômicas no tocante à saúde, em um serviço ou entre um serviço e outro;
- b) a avaliação profissional do desempenho dos indivíduos em uma série de exames clinicamente importantes;
- c) a avaliação, pelo próprio indivíduo, da maneira pela qual o conjunto das suas condições pessoais – saúde e funcionamento psicológico, social e profissional – contribui para uma vida satisfatória ou não.

Constitui-se, então, como referencial adotado para diversas áreas de conhecimento humano. Pretende-se, no desenvolvimento deste trabalho, contextualizar o conceito de Qualidade de Vida, para em seguida correlacioná-las com à saúde e relacioná-las com as atividades físicas por meio da investigação de mulheres que fizeram revascularização, cirúrgica, ou não, decorrente de IAM, avaliadas com o instrumento específico para tal propósito.

4.1 QUALIDADE DE VIDA

A partir do que foi exposto, é de fundamental importância relembrar primeiramente a distinção da Qualidade de Vida tomada em um sentido geral daquela relacionada à saúde, como já foi explicado no primeiro capítulo. Tomada no sentido geral, a expressão aplica-se ao indivíduo aparentemente saudável do ponto de vista físico e diz respeito ao seu grau de satisfação com a vida nos múltiplos aspectos que a integram: moradia, transporte, alimentação, realização profissional, segurança financeira. Confunde-se, pois, com o estado de felicidade das pessoas (GUYATT, 1993).

É um conceito repetido e muitas vezes abordado na linguagem do cotidiano popular da sociedade. É um termo conhecido de longa data, desde o nascimento da medicina social nos séculos XVIII e XIX (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Filósofos, cientistas sociais e políticos tiveram inicialmente o interesse pelos conceitos sobre a Qualidade de Vida (FLECK et al., 1999b). O termo Qualidade de Vida foi mencionado pela primeira vez por Arthur Cecil Pigou (1877-1959), em seu livro *The Economics of Welfare* (1920), sobre a economia e o bem-estar material. Ele discutiu o suporte governamental para pessoas de classes sociais menos favorecidas e o impacto sobre as suas vidas e sobre o orçamento do estado. Porém o termo não foi valorizado e foi esquecido (WOOD-DAUPHINEE, 1999).

Contudo, para Fleck et al. (1999a, p. 20), o termo Qualidade de Vida foi utilizado pela primeira vez por Lyndon Johnson (1908-1973), Presidente dos Estados Unidos da América do Norte, em 1964, ao referir-se ao sistema bancário norte americano, para dizer que “[...] os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da Qualidade de Vida que proporcionam as pessoas [...]”.

Após a Segunda Guerra Mundial, o termo passou a ser muito utilizado, com a noção de sucesso associada à melhoria do padrão de vida, principalmente relacionado com a obtenção de bens materiais como casa própria, carro, salário e bens adquiridos (NAHAS, 2001; PASCHOAL, 2002).

Vilarta e Gonçalves (2004) destacam a complexidade de concepções e práticas sobre Qualidade de Vida. Minayo, Hartz e Buss (2000) identificam a expressão Qualidade de Vida com a figura do discurso conhecida como polissemia, ou seja, quando uma única palavra ou um conjunto de vocábulos implica muitos sentidos possíveis como bem-estar pessoal, posse de bens materiais, participação em decisões coletivas dentre outros.

Portanto Qualidade de Vida é um conceito com múltiplos significados e pode ser abordado pelo senso comum, científico, do ponto de vista objetivo e/ou subjetivo, individualmente ou coletivamente (SIVIERO, 2003). Seidl e Zanon (2004) destacam que a noção de Qualidade de Vida sofre influência dos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença.

Dantas, Sawada e Malerbo (2003) também destacam os aspectos econômicos e socioculturais associados aos conhecimentos, experiências e valores dos indivíduos e coletividade, os quais também interferem na maneira de conceber a Qualidade de Vida.

Vilarta e Gonçalves (2004) apontam que dificilmente se consegue unanimidade de opiniões entre indivíduos, comunidade e sociedade sobre Qualidade de Vida. Mostram que alguns elementos estão presentes na maioria das opiniões, tais como: segurança, felicidade, lazer, saúde, condição financeira estável, família, amor e trabalho. Destacam que, para estudar os referidos significados, as pesquisas relacionadas à Qualidade de Vida incluem: aspectos culturais, históricos e de classes sociais; conjuntos de condições materiais e não materiais; diferenças de faixa etária e condições de saúde das pessoas ou de uma comunidade.

A Qualidade de Vida, portanto, pode ser tratada por diferentes olhares. Entretanto a OMS por meio de um Grupo formado por cientistas de todo mundo, World Health Organization Quality of Life Assessment Group (1995) buscou estabelecer um consenso sobre a definição e um protocolo para avaliação internacional dos parâmetros de Qualidade de Vida.

O elaborado consenso resultou na estruturação de uma definição sobre o termo Qualidade de Vida, caracterizada como “[...] a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que ele vive e em relação aos objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (THE WHOQOL GROUP apud FLECK at al., 1999b, p. 199).

Percebe-se nessa definição a interrelação e interdependência entre o indivíduo com suas condições biológicas e subjetivas e a sua condição objetiva de condições materiais.

Conforme Vilarta e Gonçalves (2004), a referida definição da OMS propõe a busca da compreensão de Qualidade de Vida pela integração de duas concepções, a subjetiva e a objetiva. A subjetiva, por meio do interesse sobre as condições físicas, emocionais e sociais relacionadas aos aspectos temporais, culturais e sociais como percebidos pelo indivíduo; e a objetiva, pelo interesse em localizar e compreender a posição do indivíduo e suas relações na sociedade.

Souza, Paiva e Reimão (2006), comentando o conceito de Qualidade de Vida da OMS, citam que o referido conceito comprehende três níveis: avaliação total do bem-estar, domínio global (físico, psicológico, econômico, espiritual e social) e os componentes de cada domínio.

Ressaltam os autores que esse complexo conceito incorpora a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, os relacionamentos sociais, as crenças pessoais e o relacionamento, entre as características proeminentes do ambiente. Daí a denotação de que a

Qualidade de Vida refere-se a uma avaliação subjetiva, a qual inclui tanto as dimensões positivas, quanto as negativas, dentro de um contexto cultural, social e ambiental.

Portanto, com este conceito de Qualidade de Vida da OMS valorizando tanto a perspectiva do indivíduo, quanto a da sociedade, as questões relacionadas à saúde e à doença surgem de forma mais ampla, superando o modelo de intensidade de sintomas, da doença, dos atendimentos em hospitais e ambulatórios destinados a “remediar”, e propõem a promoção da saúde numa abordagem intersetorial, com contribuições de políticas públicas das áreas de educação, habitação, trabalho e renda, meio ambiente, transporte, energia e suas relações no contexto social, cultural, econômico e geográfico (VILARTA; GONÇALVES, 2004).

4.2 QUALIDADE DE VIDA E ATIVIDADES FÍSICAS

Silva Júnior et al. (2006) observaram que a produção científica sobre Qualidade de Vida encontra-se em franca expansão nos últimos anos visto que quase 300 trabalhos foram publicados sobre essa temática.

Mediante isso, junto com a Qualidade de Vida estruturada e definida, os profissionais da área da saúde — em especial os educadores físicos — conseguem visualizar e desenvolver um trabalho mais claro e subjetivo em indivíduos, o que envolve não somente treinamentos físicos, mas também a contribuição para a saúde integral, como por exemplo: o estado psicológico, o nível de independência, os relacionamentos sociais, as crenças pessoais e o relacionamento, entre as características proeminentes do ambiente já citadas, ou seja, uma avaliação e métodos terapêuticos ricos no impacto do seu próprio bem-estar, levando a educação física para quem dela necessite.

Tratar da interrelação entre os termos Qualidade de Vida e atividades físicas na promoção da QVRS dependerá dos sentimentos e expectativas sobre aspectos que envolvem principalmente os domínios físicos, psicológicos e sociais e a importância de conhecer a frequência de sentimentos negativos, como mau humor, desespero, ansiedade e a depressão, proporcionando desse modo, importante fundamentação para que o treinamento físico regular e de longa duração seja utilizado como terapia cardioprotetora de natureza não-farmacológica, em adição à reduzida tendência de morte súbita e por causas cardiovasculares (VILARTA; GONÇALVES, 2004).

Os autores ressaltam esses aspectos, por exemplo, quanto ao manejo de dor e desconforto causado pelo excesso de atividades físicas, durante os treinamentos de reabilitação cardíaca, sentimentos positivos como aproveitar a vida, otimismo em relação ao futuro, preocupações com condições de doença ou ausência dela e o impacto das relações sociais do indivíduo, em especial sobre seu relacionamento com a família, no trabalho e no lazer; quanto à realização de expectativas e satisfação com a vida sexual, além dos sentimentos de acesso a bons médicos, amparo da sociedade e apoio de amigos e familiares para a realização de uma vida plena.

Por sua vez, reabilitação cardíaca após evento coronário costuma contribuir para a diminuição dos níveis de ansiedade e depressão, geralmente causados pelo advento da doença. A reabilitação precoce após infarto do miocárdio contribui para isso (MULCAHY, 1991).

Em estudo conduzido por Oldridge et al. (1991), foram avaliados 201 indivíduos com depressão ou ansiedade pós IAM, colocados precocemente em programa de reabilitação cardíaca. Após oito semanas, em avaliação feita por questionário, constatou-se melhora sensível nos níveis de ansiedade e depressão. Mas, após um ano, não houve diferença estatisticamente significativa entre o grupo em programa de reabilitação e o controle. A volta ao trabalho também foi semelhante nos dois grupos após um ano, embora o primeiro grupo tivesse apresentado melhora após oito semanas de reabilitação.

Montero e Pablo-Zarzosa (1992), acompanhando durante três anos, 349 indivíduos em programa de reabilitação (310, após IAM, e 39, após revascularização do miocárdio), observaram interrupção no tabagismo em 84%, e retorno ao trabalho em 51,4% dos indivíduos revascularizados e 61% nos infartados.

Hedbäck, Perk e Wodlin (1993) concluíram que, após 10 anos de programa de reabilitação, a prevenção secundária foi importante e que muitos indivíduos retornaram ao trabalho, excluindo-se os aposentados. Trzcinski-Green e Steptoe (1994) acompanharam 78 indivíduos após infarto, revascularização e angioplastia coronária, dos quais 66% completaram seis meses de programa com assiduidade. Neste grupo, houve diminuição dos níveis de ansiedade e depressão, melhora da vida sexual desde o início do programa e retorno às atividades diárias, evidenciando-se que uma condição não estava correlacionada à outra.

Mediante à conclusão deste estudo, os autores comprovam a extrema importância dos programas de reabilitação cardíaca, para este tipo de população, a melhora significativa do indivíduo acometido pelo evento cardíaco.

4.3 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE E A DOENÇA CORONARIANA

A relação entre saúde e Qualidade de Vida existe desde o nascimento da medicina social, nos séculos XVIII e XIX (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). Porém o interesse pela QVRS é relativamente recente e surgiu nas últimas décadas, a partir dos novos e abrangentes paradigmas que têm influenciado as políticas de prevenção (SIVIERO, 2003).

A discussão sobre os mais amplos conceitos de Qualidade de Vida, principalmente na área da saúde, tem permitido prolongar a vida de indivíduos antes irrecuperáveis, através de avanço tecnológico, advento das unidades de terapia intensiva e unidades coronárias, com equipamento sofisticado e pessoal mais bem habilitado (SIVIERO, 2003).

Souza e Guimarães (1999), explicando o conceito de Qualidade de Vida segundo a OMS, já citada, de que “a saúde não é o centro da qualidade de vida”, referem que a saúde é uma dimensão da Qualidade de Vida e que o conceito compreende três níveis: avaliação total do bem-estar, domínio global (físico, psicológico, econômico, espiritual e social) e os componentes de cada domínio.

A partir deste exposto, Alcântara et al. (2007) definem a QVRS como a mensuração de percepção do estado funcional, impacto, limitação, condições de tratamento e perspectiva que os indivíduos com doenças crônicas e doenças do coração têm num contexto cultural e de sistema de valores.

Shipper, Clinch e Powell (1990) também estabelecem que o conceito de QVRS pode ser representado pelos efeitos de uma enfermidade ou terapia, segundo a percepção da próprio doente.

São as características valorizadas pelo doente, que incluem a sensação de bem-estar ou conforto, a aptidão em manter suas funções físicas, emocionais e intelectuais, além da manutenção da capacidade de participar em atividades importantes com a família, no local de trabalho e na comunidade (WENGER; FURBERG, 1990, p. 39).

Siviero (2003) descreve que os indivíduos que sofreram IAM padecem com o medo constante da morte e com as imposições de mudanças de hábitos necessárias para a prevenção de novo episódio da doença.

Nesse contexto, a Qualidade de Vida dos indivíduos coronarianos, há que considerar duas situações distintas: a Qualidade de Vida no indivíduo portador de DAC crônica que não infartou e/ou não se submeteu à revascularização e a Qualidade de Vida pós-evento coronariano agudo e/ou revascularização miocárdica (CARNEY et al., 1997).

Segundo os autores, no primeiro caso, a aferição está diretamente relacionada às implicações, ao impacto do uso de medicamento e seus efeitos colaterais, assim como o quanto a limitação causada pela doença interfere no seu dia-a-dia. A questão maior, na verdade, relaciona-se ao segundo grupo de indivíduo.

Estudos têm mostrado que, após a ocorrência do evento, a vida da pessoa dificilmente será a mesma. Isso não quer dizer que a mudança seja necessariamente para pior. O impacto psicoemocional é, pois, o de maior peso e explica a elevada prevalência e magnitude da depressão, com todos os danos à Qualidade de Vida que a depressão traz consigo (CARNEY et al., 1997).

Os efeitos da cirurgia de revascularização em indivíduos com DAC na Qualidade de Vida também têm sido estudados. Quando Caine et al. (1991), usando como instrumento de verificação da Qualidade de Vida o *Nottingham Health Profile*, submeteram indivíduos randomizados a esta avaliação, observaram uma melhora notável nesse grupo, possivelmente como consequência da melhora na angina e redução da medicação antianginosa.

Vilarta e Gonçalves (2004) também relatam que a abordagem das condições de saúde desenvolvida nas duas últimas décadas tem gerado estudos com parâmetros mais específicos relativos aos estados físico, emocional e social de doentes, e também comparação com indivíduos sadios. Os instrumentos de avaliação da QVRS foram desenvolvidos na década de 1980, originalmente por Fries e Spitz (1990).

Sendo assim, é de fundamental importância a Qualidade de Vida nos parâmetros da saúde, da subjetividade, pois os conflitos sociais existentes interferem nas percepções e nos pensamentos que as pessoas têm sobre a sua vida e consequentemente no processo saúde-doença.

Existe o reconhecimento crescente da importância de conhecer a perspectiva do indivíduo na investigação da condição ou tratamento ao qual ele foi submetido e o que se tem desenvolvido de estudos na área da Qualidade de Vida (ALCÂNTARA et al., 2007; FAVARATO; ALDRIGHI, 2001; LEMOS et al., 2003; SIVIERO, 2003).

Isso confirma as discussões acadêmicas sobre o assunto ainda que recentes, principalmente no Brasil, onde o termo Qualidade de Vida teve maior significância nas pesquisas da área da saúde a partir dos anos 90 do século passado, quando o número de publicações aumentou sete vezes em comparação com a década anterior (PASCHOAL, 2002).

Wittenberg (2005) comenta que a importância da Qualidade de Vida vem contribuindo também para o nível individual medido pelo QVRS, que vem alcançando decisões clínicas excelentes através do desenvolvimento de trabalhos e pesquisas instruídas na proposta da incorporação de conceitos e teorias para melhorar a Qualidade de Vida de indivíduos, como se tem focalizado. Relata ainda o autor que o QVRS está originalizando os caminhos pela busca de benefícios para a saúde em diferentes tipos de medidas de informação-teoria, abrindo os caminhos para cada vez mais aprimorar a qualidade de vida em diferentes tipos de medidas.

5 OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a Qualidade de Vida de mulheres que fizeram revascularização, cirúrgica ou não, decorrente de IAM, estabelecendo correlação entre os aspectos sociodemográfico-ocupacionais, à saúde e atividades físicas.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar os aspectos sociodemográfico-ocupacionais das participantes segundo as variáveis: idade, raça/cor da pele, escolaridade e renda mensal familiar.

Diferenciar a saúde da amostra, segundo as variáveis: período de tempo pós-revascularização cirúrgica, pós IAM, uso de medicamentos, se apresenta ou já apresentou algum problema psicológico ou psiquiátrico, doenças e tabagismo.

Levantar a prática de atividades físicas sob recomendação médica ou não, segundo as variáveis: treinamentos físicos aeróbicos e treinamentos físicos resistidos (musculação).

Avaliar a Qualidade de Vida das participantes do questionário específico MacNew QLMI, segundo os três domínios, emocional, físico e social, entre o grupo de mulheres que fizeram revascularização cirúrgica e o grupo das que não a fizeram, decorrente de IAM, correlacionando esses domínios com as variáveis sociodemográfico-ocupacionais, com a saúde e atividades físicas.

Propor estratégias de intervenção e promoção da saúde utilizando diversos métodos preventivos através da prática das atividades físicas para mulheres que sofreram revascularização, cirúrgica ou não, decorrente de IAM.

6 MÉTODO

6.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Trata-se esta de uma pesquisa quantitativa de corte transversal descritiva, de caráter exploratório correlacional, na qual se permite ao pesquisador determinar simultaneamente o grau e a direção de uma relação por meio de uma única estatística. Nesse tipo de pesquisa, comparam-se dois ou mais grupos em si, com o objetivo de verificar diferenças que possam dar pistas a respeito das variáveis contidas em cada um dos grupos, influenciando assim o fenômeno de interesse dele (KANTOWITZ; ROEDIGER III; ELMES, 2006).

6.2 DESCRIÇÃO DA AMOSTRA

A seleção da amostra buscou identificar inicialmente, no Hospital Regional de Mato Grosso do Sul, em Campo Grande, MS, mulheres com histórico de revascularização, cirúrgica ou não, decorrente de IAM de 1^a de janeiro de 2008 a 31 de dezembro de 2009, em níveis de estágio agudo, subagudo e crônico, com idade variando entre 35 a 94 anos e fazendo acompanhamento ambulatorial no Hospital.

O estudo foi dividido em duas amostras: uma de mulheres que fizeram revascularização cirúrgica e outra de mulheres que não, decorrente de IAM, baseado na lista de números prontuários solicitados, por médicos cardiologistas e pela equipe do Hospital Regional.

No setor onde arquivam documentos e realizam estatísticas – Same – foram coletados, no total, 113 prontuários de mulheres, cuja faixa etária variava de 35 a 94 anos. E, nesse universo:

- a) 15 mulheres possuem endereço fixo em outros municípios como: Corumbá, Aquidauana, Dourados, Costa Rica, Bonito, Zona Rural, Sidrolândia, Bodoquena, Maracaju e Rochedo. Dessa amostra, aquelas com as quais a pesquisadora conseguiu entrar em contato por telefone aceitaram o convite, mas não puderam realizar a entrevista, pois o acompanhamento ambulatorial delas não estava previsto nas datas da coleta;

- b) 23 mulheres com endereços ou telefones inválidos, e a pesquisadora não conseguiu sucesso ao contactá-las;
- c) 15 mulheres em seguida mudaram de cidade e o contato, por telefone, foi realizado somente por algumas que mantiveram o mesmo número, porém a pesquisa tornou-se inviável, pois elas não fazem mais acompanhamento ambulatorial no Hospital Regional de Mato Grosso do Sul;
- d) 8 mulheres faleceram, e 1 mulher se recusou a dar a entrevista alegando que a sua saúde estava muito boa.

6.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Incluem-se, neste estudo, mulheres com história prévia de revascularização, cirúrgica ou não, decorrente de IAM, cujo tratamento é no ambulatório especializado do Hospital Regional, cuja idade mínima varie de 35 a 94 anos e números prontuários no tempo determinado, do ano de 1^a de janeiro de 2008 a 31 de dezembro de 2009.

6.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídas do estudo mulheres com prontuários de outras datas e idade não variando entre 35 a 94.

Do universo total, das possíveis participantes, apenas 51 mulheres dessa amostra total aceitaram o convite para realização da pesquisa, preferindo que os questionários fossem aplicados em suas residências.

A partir do exposto, a amostra deste estudo constitui-se: de n=51 de um universo de N=113, mulheres que sofreram IAM, com idade compreendida de 35 a 94 anos, atendidas entre 1^a janeiro de 2008 a 31 de dezembro de 2009 no Hospital Regional de Mato Grosso do Sul.

Do total da amostra (n=51 participantes), 25 (49,0%) passaram por revascularização cirúrgica e 26 (51,0%) sofreram IAM.

6.5 LOCAL DA PESQUISA

O presente estudo teve sua coleta de dados realizada na residência das participantes, em lugar o mais tranquilo possível, para que não ocorresse interferência externa nas respostas.

Os prontuários foram obtidos por médicos cardiologistas, e a listagem de participantes do sexo feminino, de 1^a de janeiro de 2008 a 31 de dezembro de 2009.

Em relação à sua trajetória, o Hospital Regional foi incluído no Plano Estadual de Saúde em 1991, com a finalidade de prover Mato Grosso do Sul com mais uma estrutura hospitalar de grande porte, para amenizar a superlotação dos hospitais existentes à época, na capital do Estado – Sociedade Beneficente Santa Casa e Hospital Universitário. Com o mesmo objetivo, já naquela época, também foi estabelecida e incluída no mesmo plano a decisão de fortalecer a capacidade de assistência médica-hospitalar em municípios-polo e em pequenos municípios do interior do Estado.

O Hospital foi projetado para uma capacidade final de cerca de 400 leitos e teve sua construção iniciada no 2^a semestre de 1991. Apesar de inaugurado em dezembro de 1994, como uma empresa pública de direito privado, sua obra ainda não estava concluída, e uma nova ativação em 1997 permitiu-lhe apenas atendimento primário ambulatorial, de forma precária, visto ainda não estar dotado dos requisitos mínimos de infraestrutura hospitalar os quais permitissem atendimento com resolutibilidade e tratamento em regime de internação.

Em 1998, houve a conclusão das obras físicas, a aquisição de equipamentos e a ativação do hospital. Porém sua estrutura física ainda não estava concluída e ainda faltavam recursos materiais. Atualmente, o Hospital Regional é referência em todo o país pela sua trajetória (FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS, 2001).

6.6 RECURSOS HUMANOS E DESCRIÇÃO DOS INSTRUMENTOS

Depois de estabelecer o local apropriado para a coleta de dados, mediante contato com as participantes, a pesquisadora aplicou dois instrumentos de pesquisa, sendo o primeiro o Questionário específico MacNew QLMI, e o segundo, o questionário sociodemográfico-ocupacional.

As perguntas abordadas foram de fácil interpretação, tanto para as participantes, quanto para a investigação e análise dos dados estatísticos.

6.6.1 Questionário de Qualidade de Vida MacNew QLMI

Em decorrência de sua confiabilidade e do atendimento a condições específicas relacionadas à Qualidade de Vida e IAM, optou-se por utilizar nesta pesquisa o questionário MacNew QLMI, por ser este um instrumento específico sobre o IAM e que permitirá levantar os indicadores sobre a Qualidade de Vida das participantes escolhidas (ANEXO A).

O questionário MacNew QLMI foi elaborado na Universidade de Newcastle, Austrália, em 1993, para indivíduos no pós IAM que apresentam moderados níveis de ansiedade e/ou depressão. Este questionário investiga sintomas como a presença de dor torácica, fadiga, dificuldade de respirar e dores em membros inferiores (BENETTI; NAHAS; BARROS, 2001; OLDRIDGE et al., 1999).

A validação para a língua portuguesa foi feita por Benetti e colaboradores, no ano de 1999, na cidade de Florianópolis, Santa Catarina. Foram estudados, 33 indivíduos infartados com idade média de $59,9 \pm 14,42$ anos. A versão brasileira do MacNew QLMI foi considerada válida, de simples administração, e um instrumento muito seguro para avaliar a QVRS de indivíduos que sofreram IAM (BENETTI; NAHAS; BARROS, 2001).

Para Foster et al. (1995), McConnell et al. (2000) e Gardner et al. (2003), quando foi validado o questionário MacNew QLMI para as línguas alemã e holandesa, esse instrumento apresentou responsividade significativa. Esse questionário possui uma validade confiável, sendo considerado pelos pesquisadores um “Gold Standart” (MEDICAL OUTCOMES TRUST, 2002)

Dessa forma, o instrumento MacNew QLMI é este composto por 27 questões, com o escore máximo para cada um de 7 e o mínimo de 1. Consequentemente, o escore máximo corresponde a 189, e o mínimo, a 27. É dividido em três domínios, e o escore emocional é calculado pela soma de 14 itens, o escore físico, pela soma de 14 itens, e o escore social, pela soma de 13 itens e somar as notas de cada questão pertencente a cada domínio, não fazendo parte da contagem as respostas perdidas (BENETTI; NAHAS; BARROS, 2001; LIM et al., 1993; OLDRIDGE et al., 1999).

A forma de cálculo para as 27 perguntas são divididas nesse sistema de domínios em: 1^a frustado (emocional e físico); 2^a inútil (emocional e social); 3^a confiante (emocional); 4^a baixa melancolia (emocional); 5^a relaxado (emocional); 6^a se sentir excluído (emocional e físico); 7^a feliz com a vida pessoal (emocional); 8^a inquieto (emocional); 9^a com falta de ar (físico); 10^a choroso (emocional). 11^a mais dependente (social); 12^a atividades sociais (emocional, físico e social); 13^a confiante em si mesmo (emocional e social); 14^a dor no tórax (físico); 15^a falta de autoconfiança (emocional e social); 16^a pernas doloridas (física); 17^a limitação ao exercício (físico e social); 18^a amedrontado (emocional); 19^a *dizzy/lightheaded* (w) (físico); 20^a limitado ou restringido (físico e social); 21^a inseguro sobre exercício (físico e social); 22^a família superprotetora (social); 23^a carregando os outros (emocional); 24^a excluído (físico e social); 25^a incapaz de sociabilizar 9 físico e social); 26^a fisicamente restringido (físico e social) e 27^a relação sexual (físico) (BENETTI; NAHAS; BARROS, 2001; OLDRIDGE et al., 1999).

Segundo a orientação de Oldridge et al. (1999), a última questão do questionário “27” (relação sexual), pode ser excluída, pois não alterará o escore total final, nem o domínio em que esta questão está inserida.

Em decorrência de sua confiabilidade e do atendimento a condições específicas relacionadas à Qualidade de Vida e IAM, opta-se por utilizar nesta pesquisa o questionário MacNew QLMI, que apresenta validade e sensibilidade adequada aos objetivos propostos, buscando-se aprofundar esse instrumento uma vez que as investigações no Brasil ainda são escassas (ALCÂNTARA, 2005).

Segundo Alcântara (2005), apesar de ainda serem escassas, as pesquisas com a utilização deste instrumento no que tange à melhoria da Qualidade de Vida para indivíduos infartados, possibilitou para profissionais da área da saúde investigá-los, utilizando um excelente indicador para determinar esse tipo de limitação.

6.6.2 Questionário sociodemográfico-ocupacional

O questionário foi dividido em três partes, visando conhecer e investigar o perfil sociodemográfico-ocupacional, saúde e níveis de relacionamento com as atividades físicas, que as participantes atualmente realizam ou já realizaram (APÊNDICE A).

Em relação aos dados sociodemográfico-ocupacionais, as perguntas investigam segundo as variáveis: idade, raça/cor da pele, escolaridade e renda mensal familiar.

No campo da saúde, são feitas perguntas sobre à saúde das participantes segundo as variáveis: tempo pós-revascularização cirúrgica, tempo pós IAM, uso de medicamentos, se apresenta ou já apresentou algum problema psicológico ou psiquiátrico e qual(is): preocupação, depressão, irritabilidade, insônia, ansiedade, agressividade e outros. Além do IAM, se apresenta ou já apresentou alguma doença que tenha sido tratada ou diagnosticada por um médico e qual(is): alcoolismo, obesidade, respiratório, renal, acidente vascular cerebral (AVC), diabete, hipertensão, motora, colesterol e outros, se atualmente é tabagista ou se já foi.

No campo das atividades físicas, as perguntas exploram as experiências pessoais e de recomendação médica ou não, para a prática de atividades físicas que as participantes segundo as variáveis atualmente realizam ou realizaram, se praticam ou já praticaram treinamentos físicos aeróbicos e qual (is): caminhada a pé, caminhada ergométrica, bicicleta, bicicleta ergométrica e outros, se praticam ou já praticaram treinamentos físicos resistidos (musculação).

6.7 PROCEDIMENTOS E ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Foi realizada visita ao Hospital Regional de Mato Grosso do Sul, ao ambulatório especializado na unidade coronária feminina e neste esclarecidos os objetivos propostos da pesquisa, com explicações sobre a importância de avaliar a Qualidade de Vida, saúde e atividades físicas de mulheres que sofreram infarto agudo no miocárdio, solicitando-lhes a colaboração, indicando o perfil individual das incluídas na pesquisa. No encontro foi formalizado o pedido de autorização e logo em seguida houve uma reunião do conselho sobre os benefícios da pesquisa para o hospital (APÊNDICE B).

Após a aceitação do conselho em colaborar com a pesquisa e formalizar o Pedido de Autorização, o projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Regional, onde foi avaliado por um dos membros, o que durou três semanas.

Em seguida, com o consentimento livre e esclarecido do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital, a pesquisa foi então encaminhada para o Comitê de Ética e Pesquisa na

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, projeto desenvolvido junto ao programa de mestrado área de concentração Psicologia da Saúde da Universidade Católica Dom Bosco (APÊNDICE B).

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS, iniciou-se a pesquisa no Hospital Regional (ANEXO B). Primeiramente com a identificação dos sujeitos, feita a partir da comunicação interna da Unidade Coronária/Hospital Regional de Mato Grosso do Sul/Fundação Estadual de Saúde, solicitada por médicos cardiologistas a listagem dos números prontuários das participantes do sexo feminino de 1^a de janeiro de 2008 a 31 de dezembro de 2009, com o código de internação: 0303060280/0303060190.

Posteriormente os registros foram encaminhados para o Same. Nesse local, os números prontuários das participantes para pesquisa ficam somente por um tempo determinado, não podendo ser ultrapassado nem retirado do local. Desse modo, o Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Regional e o cardiologista responsável autorizaram a liberação do uso de crachás de identificação, para facilitar a entrada e saída da pesquisadora do setor.

Mediante a aprovação da solicitação da listagem de números prontuários arquivados no setor administrativo e posteriormente encaminhados ao Same, o profissional responsável entrou em contato com a pesquisadora, marcando então os dias e horários para serem realizadas a coleta de prontuários, deixando assim um espaço adequado junto com o material separado neste setor, de modo a oferecer um ambiente tranquilo de pesquisa.

A pesquisa iniciou-se nesse setor no dia 5 de janeiro e foi até 10 de janeiro de 2010, e os horários eram sempre à noite, sendo sempre realizada pela pesquisadora buscando a obtenção detalhada das informações pessoais como: identificação, idade, endereço, telefone e data de internação e diagnóstico das participantes do sexo feminino que sofreram revascularização, cirúrgica ou não, decorrente de IAM, de 1^a de janeiro de 2008 a 31 de dezembro de 2009, de modo a facilitar o contato e a análise dos dados estatísticos.

Antes do início da coleta de dados, o primeiro contato com as participantes foi por meio telefônico, informando-as sobre o objetivo do estudo, solicitando-lhes assinar um Termo de Consentimento Livre e esclarecido no agendamento da visita, com a garantia de sigilo dos dados e possibilidade de se retirarem da pesquisa, a qualquer momento, caso se sentissem sob qualquer risco de constrangimento (APÊNDICE B).

Desse modo, coletou-se no Same, na lista números de prontuários obtidos no Hospital Regional de Mato Grosso do Sul, o total de 113 mulheres cuja faixa etária variava de 35 a 94 anos.

Do universo total dessa amostra, das possíveis participantes, apenas 51 mulheres aceitaram o convite para realização da pesquisa, preferindo que os questionários fossem aplicados em suas residências.

Do total de n=51 participantes, 25 (49,0%), passaram por revascularização cirúrgica, e 26 (51,0%), sofreram IAM.

As participantes foram entrevistadas por meio do questionário específico de Qualidade de Vida MacNew QLMI e pelo questionário sociodemográfico-ocupacional. As entrevistas foram realizadas somente pela pesquisadora. Durante dois meses colheram-se os dados referentes a casos ocorridos entre 1^a de janeiro de 2008 a 31 de dezembro de 2009.

Esta pesquisa seguiu as orientações estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde para pesquisas com seres humanos e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa por meio da Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996, e as da Resolução do Conselho Federal de Psicologia n. 016, de 20 de dezembro de 2000, para pesquisas em seres humanos (BRASIL, 1996, 2000).

Além dessas observações, informou-se às participantes que os instrumentos da pesquisa estão isentos de identificação e que será garantido sigilo dos resultados, que serão apresentados em eventos científicos, não possibilitando a identificação das participantes, sem que haja risco algum de identificá-las.

6.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A comparação entre as variações no que tange às variáveis faixa etária, raça/cor da pele, escolaridade, renda familiar, tempo após IAM, tempo após revascularização cirúrgica e tabagismo, em relação ao escore total e dos domínios emocional, físico e social do questionário MacNew, foi realizada por meio do teste ANOVA de uma via, seguido pelo pós-teste de Tukey.

Já a comparação entre as variações dos dados: uso de medicação, presença de problema psicológico ou psiquiátrico, presença de outras doenças, recomendação médica para a prática de exercícios, prática de atividade física e prática de treinamentos físicos aeróbicos, também em relação ao escore total e dos domínios emocional, físico e social do questionário MacNew, foi realizada por meio do teste *t* de Student.

Os demais resultados das variáveis avaliadas neste estudo foram apresentados na forma de estatística descritiva ou na forma de tabelas e gráficos. A análise estatística foi realizada utilizando-se o *software* SPSS, versão 13.0, considerando um nível de significância de 5%.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste estudo foram avaliados os prontuários de 51 mulheres que sofreram IAM. A idade dessas participantes variou entre 37 e 94 anos, sendo a idade média de $62,88 \pm 12,00$ anos (média ± desvio padrão da média).

7.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICO-OCUPACIONAIS

Os resultados referentes à frequência relativa e absoluta de respostas, em relação à faixa etária, raça/cor da pele, escolaridade e renda mensal familiar das participantes vêm a seguir mensurados e apresentados na Tabela 1.

TABELA 1 - Resultados referentes à frequência relativa e absoluta de respostas, em relação à faixa etária, raça/cor da pele, escolaridade e renda mensal familiar das participantes

Variável	Frequência	
	n	%
Faixa etária (anos):		
35 a 54	15	29,4
55 a 74	26	51,0
75 a 94	10	19,6
Raça/cor da pele:		
Branca	25	49,0
Pardo	24	47,1
Afro-descendente	2	3,9
Escolaridade:		
Não Alfabetizado	10	19,6
Alfabetizado funcional	30	58,8
Fundamental	7	13,7
Ensino Médio	3	5,9
Ensino Superior	1	2,0
Renda mensal familiar (salário mínimo):		
Até 1	17	33,3
2 a 3	30	58,8
4 a 6	7	13,7
7 a 9	3	5,9
9 a 10	1	2,0
Mais de 10	0	0,0

De forma geral, a maior parte das participantes, pertence à faixa etária compreendida entre 55 e 74 anos (n=26, 51,0%), brancas (n=25, 49,0%), alfabetizadas funcionais (n=30, 58,8%), com renda familiar entre 2 e 3 salários mínimos (n=30, 58,8%).

As DCV são as principais causas de morbimortalidade entre as mulheres de vários países; especialmente acima de 50 anos de idade, há risco seis vezes maior de morrer por doença cardiovascular do que por câncer de mama (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2008).

Varela (2004) argumenta que, em países de primeiro mundo, também se tem percebido um aumento na mortalidade de mulheres acometidas por infartos agudos no miocárdio. Essas mortes estão relacionadas principalmente às mudanças de comportamento e aos hábitos de fumar, alimentar-se inadequadamente, não praticar exercícios, usar drogas e envolver-se mais no mercado de trabalho. Segundo a autora, isso tem ocorrido antes mesmo de entrarem na menopausa (entre 39-50), o que traz uma preocupação maior por estarem no auge da produtividade.

Mussi, Ferreira e Angélica (2006) realizaram um estudo de vivências à dor do IAM, em um hospital universitário, que possui um excelente aporte e pessoal para o atendimento cardiológico, tendo sua clientela prioritariamente do SUS da Bahia. Verificaram que, em sua amostra de 43 participantes, apenas 8 encontravam-se na faixa etária jovem, para a exposição ao IAM, ou seja, até 45 anos. Todas as outras (n=35, 81,4%) estavam acima de 50 anos. Com relação à cor autorreferida, 8 se identificaram como brancas; todas as outras 35 denominaram-se negras, pardas e morenas. Neste estudo, a escolaridade baixa foi característica da maioria (n=31, 72,1%) delas, ou eram analfabetas ou não possuíam o primeiro grau completo, a renda familiar da amostra estudada variou de 1 a 3 salários mínimos.

Alcântara (2005) realizou avaliações utilizando-se dos questionários MacNew QLMI e SF-36 no ambulatório do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, em Uberlândia, MG. Também constatou, em seu estudo com uma população do sexo feminino com idade de 41 a 65 anos, que a renda familiar declarada da amostra variou de 0 a R\$ 3.000,00 salários mínimos, e cuja distribuição maior (49%) foi de 0 a 1 salário mínimo, raça/cor da pele (52%) eram de cor branca, e a grande maioria (58,8%) somente eram alfabetizados funcionais.

Estes estudos já realizados sobre incidência de infarto em mulheres corroboram os achados do presente estudo, pois também buscaram aspectos sociodemográficos-ocupacionais, em mulheres que sofreram IAM, cujo tratamento ambulatorial foi também realizado em hospital, tendo como amparo o embasamento teórico de literaturas. Percebeu-se semelhança em relação aos dados estatísticos das variáveis: faixa etária, raça/cor da pele, nível sócio econômico e, em comparação com a escolaridade, em ambos não obtiveram dados relativos a ensino médio nem superior.

Ressalta ainda esta autora, que as variáveis acima citadas estão fortemente entrelaçadas com os resultados encontrados na população da presente pesquisa na qual todas as mulheres foram atendidas em hospital público. Questiona-se a partir desta observação se aspectos socioeconômicos poderiam apresentar resultados diferentes em relação à Qualidade de Vida se esta variável fosse estudada com uma população cujo tratamento foi realizado em hospitais particulares.

Os resultados referentes à frequência absoluta e relativa de respostas, em relação a participantes que tinham sofrido IAM foram: há mais de dois anos ($n=18$, 35,3%), não haviam realizado revascularização cirúrgica ($n=26$, 51,0%), as que realizaram este procedimento haviam sido há menos de um ano ($n=11$, 44,0%).

Os dados relativos ao tempo pós IAM e ao tempo após revascularização cirúrgica das participantes estão mensurados e apresentados Tabela 2.

TABELA 2 - Resultados referentes à frequência relativa e absoluta de respostas, em relação ao tempo pós IAM e ao tempo após revascularização cirúrgica das participantes

Variável	Frequência	
	n	%
Tempo pós IAM:		
Menos de 1 ano	16	31,4
1 ano	17	33,3
2 anos	18	35,3
Realização de revascularização cirúrgica:		
Sim	25	49,0
Não	26	51,0
Tempo após revascularização cirúrgica (n=25):		

Menos de 1 ano	11	44,0
1 ano	5	20,0
2 anos	9	36,0

A literatura considera o IAM como podendo ser multifatorial, ou seja, em um indivíduo são vários os elementos que podem contribuir para uma predisposição ou para maior probabilidade do aparecimento da insuficiência coronariana e da ocorrência de um infarto do miocárdio (BRAUNWALD, 2001).

Observa-se que os resultados das respostas relativas ao tempo de ocorrência de 2 anos pós IAM ($n=18$, 35,3%) alcançaram um número maior, seguida com 1 ano ($n=17$, 33,3%) e depois com menos 1 ano ($n=16$, 31,4%).

Nota-se também, neste estudo, que o resultado das participantes que sofreram IAM há menos de 1 ano ($n=16$, 31,4%) demonstra um resultado menor, quando comparado aos demais índices de incidência.

Porém o mesmo resultado, quando comparado a tempo após revascularização cirúrgica ($n=11$, 44,0%) alcançou um resultado maior, em relação ao tempo de ocorrência de 2 anos ($n=9$, 36,0%) e com 1 ano ($n=5$, 20,0%).

A maioria das participantes relata o medo de novamente sentirem a dor no peito e de terem a sua imagem corporal ameaçada pela marca da cicatriz, no caso de ocorrer um outro evento cardíaco e buscaram de um outro modo se redescobrir com novos hábitos de vida.

A imagem corporal é considerada a figuração do corpo formada na mente, isto é, a maneira pela qual o corpo se apresenta a si mesmo (SCHILDER, 1999). Ela é o conjunto de representações conscientes ou não que uma pessoa tem de si mesma, mediante do que é palpável e visível em seu próprio corpo. Anatomicamente, ela é apenas um invólucro do corpo, porém, sobre essa roupagem externa, são construídos vários significados externos. A imagem corpórea para cada mulher é única e está ligada à sua história (DIETRICH; PINOTTI; SOUZA, 1990).

Porém, ao transitar entre o medo de morrer na cirurgia cardíaca e o desejo e tornar-se uma mulher sem dor novamente, capaz de trabalhar, passear, sentir-se útil e com melhor Qualidade de Vida, o corpo feminino marcado pela cicatriz passa a viver um sentimento de

ambivalência. Assim passa a deixar de lado as frustrações, o sentimento de impotência gerado pela doença, tira as amarras do temor e aventura-se pela instituição de saúde à procura de solução de seu problema. Além de entender que cirurgia cardíaca foi a única alternativa, ela deposita muita esperança no porvir (ROMANOS, 1998). Para Groopman (2004), a esperança não cura, mas dá ânimo para o ser humano continuar lutando para a sua melhora, pois os esperançosos recuperam mais rapidamente a saúde e têm maior taxa de sobrevida. Ela dá energia para o corpo continuar tentando, mesmo quando as chances são irrisórias. Nutrir esperança é reconhecer, baseado na realidade, que mesmo com dificuldades é possível encontrar um caminho que leve ao encontro de melhores dias.

Relata também Polak (1996), que a esperança contribui não somente para a recuperação da saúde, mas também para afastar as lembranças do período de maior sofrimento, que, ao ser incorporado, inscreve suas marcas no corpo já combalido. Esses conceitos podem ajudar a compreender a importância que constitui o cultivo desse sentimento em mulheres, no sentido de manter-lhes acesa a chama da vida.

Por mais que a ciência e a tecnologia em revascularização cirúrgica tenham avançado, contribuindo para a cura ou para a melhora da Qualidade de Vida de mulheres que sofreram um IAM, aumentando a possibilidade de sobrevivência, as fantasias em relação ao coração não se amenizam, fazendo com que a cirurgia cardíaca seja vista não somente como sinônimo de medo ou de morte, mas sob uma dimensão de renascimento, ou de ressuscitação (ROMANOS 1998).

Rodrigues (2008), em uma pesquisa sobre ajustamento social de pessoas submetidas à revascularização cirúrgica do miocárdio, realizou um estudo de representações sociais em um ambulatório de isquemia de um hospital de grande porte da cidade de Salvador, BA, e teve a amostra constituída de 61 indivíduos, sendo para o sexo feminino 44 (n=27, 30%), e a distribuição do tempo após cirurgia de revascularização oscilou de 45 dias a 17 anos, obtendo uma maior proporção desta amostra para o sexo feminino.

Weineck (2000) ressalta a existência de grandes diferenças entre homem e mulher em relação à taxa de morte, em decorrência de doenças cardiocirculatórias, ou seja, em relação à incidência dos diferentes fatores de risco. Até o climatério, a mulher apresenta um risco cardiocirculatório muito menor que os homens. Entretanto, após o climatério, as mulheres sofrem quatro vezes mais que os homens.

Ao observar este estudo, percebe-se que os dados desta pesquisa em relação aos resultados relativos a tempo após revascularização cirúrgica em mulheres, estão em consonância com a literatura, pois, de acordo com Amato et al. (2004), a mortalidade operatória nas mulheres tem registrado, em média, o dobro em relação aos homens, e este estudo, apesar de ter sido realizado somente com o sexo feminino, obteve grande proporção da amostra para as participantes que realizaram cirurgia cardíaca há menos de 1 ano ($n=11$, 44%). Porém as participantes que realizaram de 1 a 2 anos ($n=5$, 20,0%; $n=9$, 36,0%), apresentaram também resultados bastante significativos se considerada a amostra total de apenas mulheres.

Dados referentes ao uso de medicação, problemas psicológicos ou psiquiátricos, outras doenças e tabagismo, estão mensurados e apresentados na Tabela 3.

TABELA 3 - Resultados referentes à frequência relativa e absoluta de respostas, em relação ao uso de medicação, problemas psicológicos ou psiquiátricos, outras doenças e tabagismo

Variável	Frequência	
	n	%
Usa medicação:		
Sim	49	96,1
Não	2	3,9
Apresenta ou já apresentou problema psicológico ou psiquiátrico:		
Sim	34	66,7
Não	17	33,3
Qual problema psicológico (n=34):		
Ansiedade	23	67,6
Depressão	22	64,7
Irritabilidade	22	64,7
Preocupação	17	50,0
Insônia	15	44,1
Agressividade	4	11,8
Outros	3	8,8
Outra doença que tenha sido tratada ou diagnosticada por um médico:		
Sim	48	94,1
Não	3	5,9
Qual outra doença (n=48):		
Hipertensão	42	87,5
Diabete	24	50,0
Hipercolesterolemia	4	8,3
Renal	4	8,3
Obesidade	3	6,3
Alcoolismo	2	4,2
Respiratório	2	4,2
AVC	2	4,2
Motora	2	4,2
Outras	12	25,0
Atualmente é tabagista ou já foi:		
Sim	14	27,5
Não	21	41,2
Já foi	16	31,4

A Tabela 3 demostra que a maioria usa medicação (n=49, 96,1%), apresentava ou já tinha apresentado problemas psicológicos ou psiquiátricos (n=34, 66,7%), sendo a mais frequente a ansiedade (n=23, 67,6%); apresentavam outra doença tratada ou diagnosticada por um médico 94,1% (n=48), sendo a mais frequente a hipertensão (n=42, 87,5%), não eram tabagistas 41,2% (n=21).

A maioria dos problemas psicológicos relatados foi: ansiedade (n=23, 67,6%), depois depressão (n=22, 64,7%) e irritabilidade (n=22, 64,7%) com o mesmo resultado, preocupação (n=17, 50,0%), insônia (n=15, 44,1%), agressividade (n=4, 11,8%) e outros (n=3, 8,8%).

Em estudo conduzido por Oldridge et al. (1991), foram avaliados 201 indivíduos com depressão ou ansiedade pós IAM, colocados precocemente em programa de reabilitação cardíaca. Após 8 semanas, em avaliação feita por questionário, constatou-se melhora sensível nos níveis de ansiedade e depressão. Mas, após um ano, não houve diferença estatisticamente significativa entre o grupo em programa de reabilitação e controle. A volta ao trabalho também foi semelhante nos dois grupos após um ano, embora o primeiro grupo tivesse apresentado melhora após oito semanas de reabilitação.

Montero e Pablo-Zarzosa (1992), acompanhando, durante três anos, 349 indivíduos em programa de reabilitação (310 após IAM e 39 após revascularização do miocárdio), observaram interrupção no tabagismo em 84%, e retorno ao trabalho em 51,4% dos indivíduos revascularizados e, em 61%, nos infartados.

Stumm et al. (2009) realizaram uma pesquisa em um município da região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul com a participação de 40 idosos que sofreram IAM, residentes no referido município, assistidos na área de abrangência das 8 unidades, sendo 50% do sexo feminino e 50% do sexo masculino, totalizando 100% para o uso de medicação, ou seja, das mulheres que sofreram IAM que aceitaram participar dessa pesquisa todas fazem uso de medicação.

Percebe-se que neste estudo foram obtidos resultados semelhantes em comparação a outros estudos quanto ao uso de medicação, pois, em decorrência de dados estatísticos da faixa etária, o evento acometido estende-se associado a outros tipos de doenças aumentando o uso da terapêutica.

Quanto aos problemas psicológicos relatados nesta pesquisa, em relação à ansiedade, 67,6% (n=23) das participantes relataram que sofrem deste distúrbio emocional, e quanto à depressão e irritabilidade 64,7% (n=22).

Segundo Braunwald (2001), há diversas doenças “médicas” que têm, conhecidamente, uma relação com a angústia e ansiedade, principalmente em se tratando da cardiologia. O coração é um foco frequente de queixas de fundo emocional porque, além de ter a função de resposta real ao estresse psicológico, carrega uma extensa carga de atributos simbólicos e psicológicos já citados anteriormente. O autor mostra que 66% dos indivíduos que sofreram de IAM, apresentam transtornos emocionais associados à depressão e ansiedade.

Diante do exposto, na pesquisa realizada por Sirgy (2005), em buscar estratégias psicológicas em pessoas utilizando sua felicidade, satisfação pessoal, subjetivamente foi bem sucedida. Pois o autor buscou trabalhar as causas da felicidade que persistiram nas causas de infelicidade, ou seja, o grau de satisfação dependerá do nível da necessidade de adaptação , o qual é influenciado por experiências passadas, comparação com outras pessoas e valores pessoais, através de domínios intríncicos e extríncicos de história de vida.

Quanto às variáveis, os resultados apresentados foram: preocupação (n=17, 50,0%), insônia (n=15, 44,1%), agressividade (n=4, 11,8%) e outros (n=3, 8,8%). A maioria das participantes relatou sentir preocupação e insônia por falta de condições financeiras e problemas familiares, e muito pouco por problemas fisiológicos da patologia.

No resultado agressividade (11,8%), algumas das participantes que pertenciam à proporção menor, na faixa etária entre 35 a 54 (n=15, 29,4%), relataram precisar de acompanhamento psicológico ou psiquiátrico, pois sentiam-se revoltadas e fracassadas por serem tão novas e já terem sofrido infarto, adquirindo agressividade no âmbito pessoal e social e outros, por patologias que não estavam associadas a esta pesquisa.

Nos resultados referentes a participantes que apresentavam outra doença tratada ou diagnosticada por um médico (n=48, 94,1%), a mais frequente foi a hipertensão 87,5% (n=42), e não eram tabagistas 41,2% (n=21). Dado importante no estilo de vida, em que, apesar das difíceis condições de saúde e moradia, as participantes buscam suavizar as causas que ajudam a contribuir para infarto, sendo o tabagismo um dos maiores vilões para este episódio.

Após a hipertensão, a diabete apresentou resultado em maior proporção (n=24, 50,0%). Em relação aos referidos resultados, hipercolesterolemia (n=4, 8,3%) e renal (n=4, 8,3%) com a mesma proporção, obesidade (n=3, 6,3%), alcoolismo (n=2, 4,2%), respiratório (n=2, 4,2%), AVC (n=2, 4,2%) e motora (n=2, 4,2%) com a mesma proporção e outras com 25% (n=12).

Por sua vez, Guedes (2005) aponta que o IAM pode ocorrer por diversos fatores, podendo ser divididos em dois grupos: os fixos e os modificáveis.

Os fatores fixos compreendem idade, sexo e história médica familiar. Os modificáveis englobariam o fumo, a hipercolesterolemia, a hipertensão arterial, a intolerância à glicose, o sedentarismo, a hipertrigliceridemia, a hiperuricemia, a obesidade, o isolamento social, o estresse e o comportamento do tipo A. Barbanti (2003, p. 117) define comportamento do tipo A como:

Um padrão de traços da personalidade, que inclui um impulso competitivo excessivo, agressividade, impaciência e um devastador sentido de urgência do tempo. Os indivíduos com predominância desse tipo de comportamento parecem estar comprometidos com uma luta crônica, incessante e frequentemente infrutífera contra si mesmo, com os outros, com as circunstâncias e algumas vezes com a própria vida. O comportamento do tipo A caracteriza-se também por incapacidade de relaxar, agitação, desejo de realização, agressividade, hostilidade facilmente excitável e acentuação da fala normal. As pessoas que possuem esse tipo de comportamento são mais propensas a exibir os fatores de risco de doenças coronarianas.

Silva e Marques (2007), em seu estudo, tiveram como cenário para a entrevista uma unidade coronária de um hospital público do Estado do Rio de Janeiro, identificando como sujeitos 20 mulheres que sofreram IAM. Dessa amostra, 93,0% (n=13) relataram serem hipertensas, 40,0% (n=9), diabéticas, 60,0% (n=12), tabagistas. Resultado importante, pois, da amostra total, mas da metade fumava, em comparação com este estudo, em que o resultado maior foi a hipertensão, que não estava associada ao tabagismo.

Os resultados referentes aos problemas psicológicos citados pelas participantes estão apresentados e ilustrados no Gráfico 1.

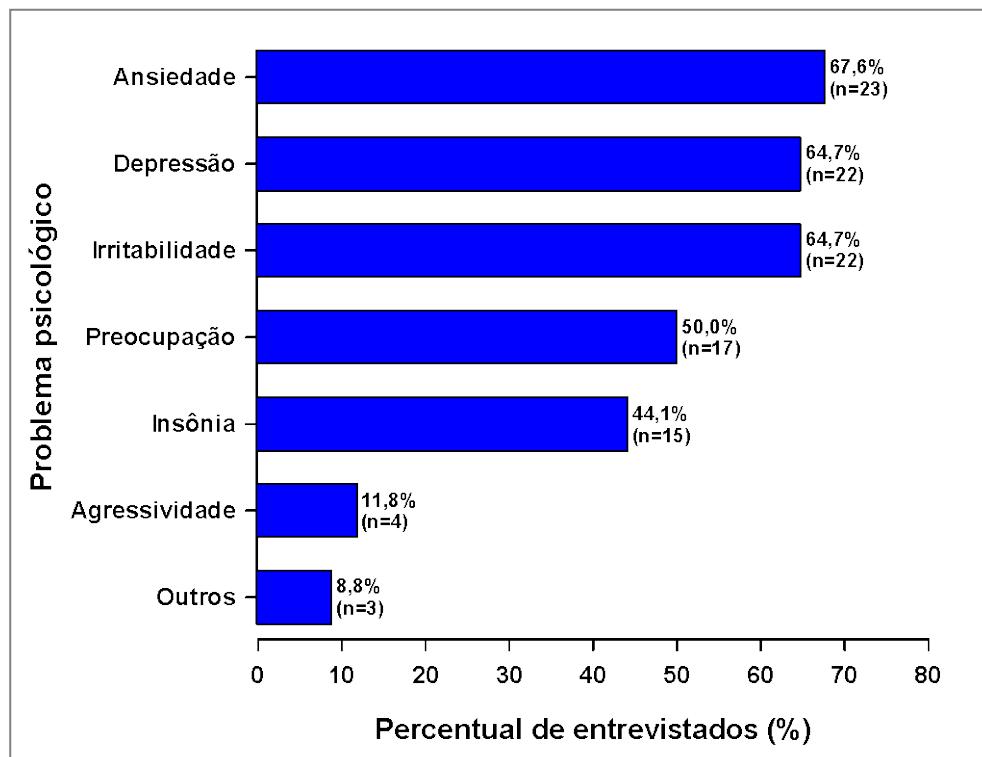


GRÁFICO 1 - Percentual das participantes de acordo com os problemas psicológicos relatados.

Obs.: cada barra representa o valor percentual.

Dados referentes à recomendação médica ou não, para prática de atividades físicas, prática de exercícios aeróbicos e prática de exercícios resistidos (musculação), estão mensurados e apresentados na Tabela 4.

TABELA 4 - Resultados referentes à frequência relativa e absoluta de respostas, em relação à recomendação médica para prática de atividades físicas, prática de atividade física, prática de exercícios aeróbicos e prática de exercícios resistidos (musculação)

Variável	Frequência	
	n	%
Recomendação médica para prática de atividade física:		
Sim	40	78,4
Não	11	21,6
Atualmente pratica atividade física:		
Sim	16	31,4
Não	35	68,6
Pratica ou já praticou treinamentos físicos aeróbicos:		
Sim	32	62,7
Não	19	37,3
Tipos de exercício aeróbicos (n=32):		
Caminhada	31	96,9
Caminhada ergométrica	1	3,1
Bicicleta	-	-
Bicicleta ergométrica	-	-
Outros	3	9,4
Treinamentos físicos resistidos (musculação):		
Sim	-	-
Não	-	-

Resultados referentes a participantes que tinham recebido orientação médica para a prática de atividade física: 78,4% (n=40), à época da entrevista, não praticavam atividade física; 68,6% (n=35) já haviam praticado treinamentos físicos aeróbicos (n=32, 62,7%), sendo o mais frequente a caminhada (n=31, 96,9%) e 100,0% (n=51) nunca tinham realizado treinamentos físicos resistidos.

Nota-se que todas as participantes deste estudo nunca realizaram treinamentos físicos resistidos (musculação), somente caminhadas. Resultado bastante ruim, uma vez que a reabilitação cardíaca envolve não somente atividades aeróbicas (caminhadas), mas também atividades resistidas (musculação) estando os seus benefícios já comprovados pela literatura como eficazes após o evento cardíaco.

Durante a década de 1960, alguns grupos de reabilitação cardíaca começaram a se formar, como Kellerman e colaboradores, que criaram, em Washington, Estados Unidos, o Cardiac Garden, onde indivíduos pós-infarto e cirurgia vascular eram condicionados por 16 semanas. A percepção de que os pacientes que sofriam infarto eram cronicamente inválidos começou a ser desmentida de modo gradativo. Esse novo conceito concretizou-se quando um grupo de Toronto supervisionou o treinamento e a participação de sete coronariopatas na maratona de Boston (ALVES et al., 2006).

Hoje em dia, algumas instituições de saúde, como o Colégio Americano de Ciências do Esporte, têm recomendado os exercícios resistidos em complemento aos aeróbicos para a prescrição visando à melhora da saúde. De fato o colégio recomenda, aos portadores de cardiopatias, os exercícios de baixa intensidade, seguindo a seguinte prescrição: sessões com oito a dez exercícios, executados em uma série de dez a quinze repetições até a fadiga moderada, em intensidade aproximada de 50% de 1 RM (ALVES et al., 2006).

Ressalta ainda que esses exercícios podem ser feitos na forma de circuito, utilizando-se pesos de mão, equipamentos, elásticos e outros aparelhos específicos para essa finalidade. Atualmente a reabilitação cardíaca, segundo Powers e Howley (2000), são programas de treinamento físicos aceitos como parte integrante do tratamento utilizado para a recuperação de um indivíduo que sofreu algum tipo de doença coronariana, o qual envolve um esforço multidisciplinar que inclui o exercício, a medicação, a dieta e o aconselhamento.

Entre os indivíduos beneficiados pelos programas de reabilitação cardíaca, incluem-se aqueles que sofreram angina pectoris, IAM, cirurgia de revascularização miocárdica e angioplastia (POWERS; HOWLEY, 2000).

Apesar dos efeitos benéficos dos programas de treinamentos físicos, ainda existe certa preocupação do corpo médico para a orientação ao encaminhamento dos indivíduos cardíacos para a prática da atividade física, da mesma forma que para prescrever qualquer medicamento (JOSSE; BOURDON, 2001).

Ressaltam ainda os autores que essa preocupação pode ser explicada por certo desconhecimento dos efeitos benéficos da atividade física regular e pela dificuldade de se calcular o risco de ocorrência de um acidente (IAM ou morte súbita), o que pode acontecer durante a realização de um esforço físico intensivo.

Porém a prevenção secundária citada anteriormente tem, como objetivo principal, reabilitar o indivíduo após um evento cardiovascular, ajudando a intervir favoravelmente nos fatores de risco para a doença aterosclerótica, recuperando seu status funcional e sua autoestima no intuito de evitar um evento subsequente (ALVES et al., 2006).

A partir do exposto, percebe-se que os exercícios resistidos são eficientes e seguros para grande maioria da população, inclusive para indivíduos com doença cardíaca e hipertensão, sendo parte integrante da prevenção e do tratamento dessas doenças (GHILARDUCCI; HOLLY; AMSTERDAM, 1989; JACOBES; NASH; RUSINOWSKI JUNIOR, 2001; KAUFMAN; HUGHSON; SCHAMAN, 1997; MCCARTNEY, 1998, 1999; POLLOCK et al., 2000).

7.2 CORRELAÇÃO DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS-OCUPACIONAIS, SAÚDE E ATIVIDADES FÍSICAS COM MACNEW QLMI

Neste estudo, avaliou-se a Qualidade de Vida de mulheres que sofreram IAM, por meio do questionário de pesquisa MacNew QLMI. Quanto ao instrumento de medida utilizado, Dempster, Donnelly e O'Loughlin (2004) consideram que este questionário é um método confiável e válido para analisar mudanças na Qualidade de Vida relacionada à saúde e que tal instrumento pode ser modificado e melhorado para fornecer indicadores cada vez mais úteis. Os autores ainda sugerem que o MacNew QLMI propicia medida específica mais adequada para a Qualidade de Vida relacionada à saúde de indivíduos com doença isquêmica do coração.

Além desses aspectos, Hillers et al. (1994) comprovaram que o MacNew QLMI é tão ou mais sensível que os outros disponíveis em sua capacidade de detectar melhora na saúde relacionada à Qualidade de Vida durante os 12 meses seguintes ao IAM. Ele tem capacidade de distinguir as funções emocionais e permite uma visão geral da Qualidade de Vida, além de detectar efeitos menores de tratamento em estudos de intervenção.

Na avaliação da Qualidade de Vida no presente estudo, os resultados referentes ao escore do questionário MacNew QLMI, tanto total, como nos domínios emocional, físico e

social, em relação às variáveis faixa etária, raça/cor da pele, escolaridade e renda familiar, estão apresentados na Tabela 5.

Em relação à variável faixa etária, a idade é um marcador de risco ainda muito discutido. Indivíduos com idade superior a 65 anos apresentam prevalência elevada de doenças crônicas, com declínio de vários domínios de avaliação da Qualidade de Vida (BROWN et al., 1999; OLDRIDGE et al., 1998; STÅHLE et al., 1999).

Apesar da forte tendência, esta pesquisa buscou trabalhar com números prontuários de toda a população feminina que sofreu infarto agudo do miocárdio, no tempo de ocorrência determinado.

Neste aspecto, do ponto de vista de publicações existentes, apenas o estudo conduzido por Wingate (1995) mostrou que mulheres solteiras têm pior Qualidade de Vida após o IAM.

TABELA 5 - Escore no questionário MacNew, tanto total, como nos domínios emocional, físico e social, em relação às variáveis faixa etária, raça/cor da pele, escolaridade e renda familiar

Variável	Escore no MacNew			
	Total	Emocional	Físico	Social
Geral	126,47±34,70	63,78±19,67	68,45±19,19	67,31±19,77
Faixa etária (anos):				
35 a 54	121,47±27,71	59,47±14,78	66,93±16,72	65,53±16,02
55 a 74	141,77±26,62	72,50±15,39	76,27±14,97	75,69±14,64
75 a 94	94,20±40,62	47,60±24,72	50,40±21,13	48,20±23,73
p	<0,001	0,001	0,001	<0,001
	75 a 94 < 55 a 74	75 a 94 < 55 a 74	75 a 94 < 55 a 74	75 a 94 < 35 a 74
Raça/cor da pele:				
Branca	132,08±32,41	66,80±19,98	71,84±17,69	69,64±18,81
Pardo	123,25±35,65	62,46±17,81	65,71±20,59	66,54±20,59
Afro-descendente	95,00±52,33	42,00±35,36	59,00±22,63	47,50±19,09
p	0,29	0,21	0,42	0,31
Escolaridade:				
Não alfabetizado	127,50±40,06	61,30±24,99	72,30±18,67	67,80±22,04
Não alfabetizado funcional	126,27±32,89	65,37±17,89	66,37±19,17	67,00±19,10
Fundamental	129,29±28,35	62,00±18,62	74,00±14,43	69,43±15,52
Ensino médio ou superior	120,50±55,81	61,25±26,97	64,75±30,71	64,75±32,06
p	0,98	0,93	0,70	0,99
Renda familiar (salários mínimos):				
Até 1	128,65±27,93	65,24±13,72	69,59±17,57	68,71±16,92
2 a 3	124,07±39,26	61,54±22,15	67,14±20,96	66,50±22,16
4 ou mais	131,50±33,74	70,17±23,11	71,33±17,33	67,17±18,18
p	0,85	0,59	0,86	0,94

Considerando todas as participantes juntas, o escore total na escala MacNew foi de $126,47 \pm 34,70$ pontos. No domínio emocional, ele foi de $63,78 \pm 19,67$ pontos; no domínio físico, de $68,45 \pm 19,19$ pontos; e, no domínio social, foi de $67,31 \pm 19,77$ pontos.

Na comparação entre faixas etárias, houve diferença entre elas em relação ao escore no questionário MacNew, tanto no escore total, como nos escores parciais dos domínios

emocional, físico e social (teste ANOVA de uma via, total $p=<0,001$, emocional $p=0,001$, físico $p=0,001$ e social $p=<0,001$).

O escore total e o escore nos domínios emocional e físico, entre as participantes com idade entre 75 e 94 anos, foi significativamente menor do que aquele observado nas participantes com idade entre 55 e 74 anos (pós-teste de Tukey, $p=<0,05$). Além disso, o escore no domínio social entre as participantes com idade entre 75 e 94 anos foi significativamente menor do que aquele observado nas participantes com idade entre 35 e 74 anos (pós-teste de Tukey, $p=<0,05$). Estes resultados estão ilustrados no Gráfico 2.

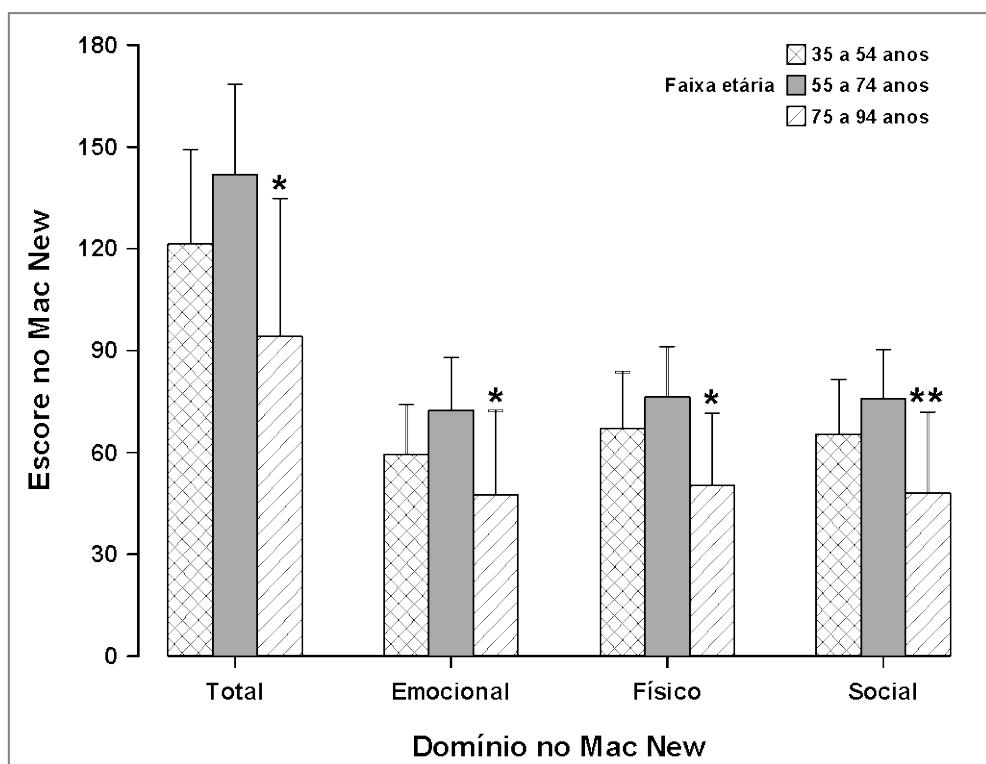


GRÁFICO 2 - Escore total e nos domínios emocional, físico e social do questionário MacNew, entre as participantes com diferentes faixas etárias.

*Diferença significativa em relação à faixa etária de 55 a 74 anos.

**Diferença significativa em relação à faixa etária de 35 a 54 anos e de 55 a 74 anos.

Obs.: cada coluna representa o escore médio e a barra o desvio padrão da média.

Em relação ao resultado referente ao escore total e ao escore dos domínios emocional, físico e social, as participantes estão acima da média, possuindo boa Qualidade de Vida. Nota-se também nesta tabela que as participantes de idade mais avançada possuem pouca

Qualidade de Vida, em relação à comparação entre faixas etárias, em que o escore total e o escore nos domínios emocional e físico, entre as participantes com idade entre 75 e 94 anos, foi significativamente menor do que nas participantes com idade entre 55 e 74. Entretanto, para o escore do domínio social, as participantes com idade entre 75 e 94 alcançaram uma escala mensurada significativamente menor quando comparadas com as participantes com idade entre 35 e 74, obtendo um resultado menor para amostra total.

Os resultados referentes à raça/cor da pele afro-descendente quando comparadas com os da raça/cor da pele branca, foram significativamente menor tanto para o escore total do MacNew, como também para o escore do domínio emocional, e o escore do domínio social. Em relação a esta pesquisa, houve maior predomínio da raça branca.

A variável raça/ cor da pele branca, quando comparada com o instrumento Qualidade de Vida, também corrobora com os relatos presentes na literatura (COLOMBO; AGUILAR, 1997; MANFROI et al., 2002; VIEBIG et al., 2006). Entretanto considerando a grande miscigenação racial existente neste país e as características regionais da população, é difícil mensurar, com exatidão, a raça/ cor da pele afro-descendente com o IAM.

Avezum, Piegas e Pereira (2005) destacam que a raça/ cor da pele tem sido descrita com um fator que adiciona diferentes taxas de risco para eventos cardiovasculares, mas, ao compararem diferentes grupos étnicos de afro-descendentes, pardos, asiáticos, entre outros, não encontraram associação desta variável com a ocorrência de IAM.

Neste estudo não houve diferenças significativa, tanto para o escore total do MacNew, como também para os escores de domínio emocional, físico e social na correlação com a variável nível de escolaridade, devido a maioria das participantes, até a época da pesquisa, serem alfabetizadas funcionais e não alfabetizadas.

Embora existam controvérsias, alguns estudos revelam que grande parte da população acometida por IAM apresenta baixa escolaridade (BETHELL, 1999; FAVARATO, 2004; FAVARATO et al., 2006; REIS; GLASHAN, 2001; SILVA; SOUZA; SCHARGODSKY, 1998). Souza (2004) considera que o baixo grau de instrução está diretamente relacionado com a baixa assimilação das orientações gerais oferecidas aos indivíduos quanto aos aspectos preventivos e terapêuticos, o que favorecia a ocorrência de um novo evento isquêmico.

Colombo e Aguillar (1997) encontraram maior incidência de IAM em analfabetos ou naqueles com o primeiro grau incompleto. Colombo (2000) averigou que a maioria (55%) dos indivíduos acometidos pelo IAM frequentou o ensino fundamental, sem necessariamente o ter completado, seguido de 21% daqueles que cursaram o ensino médio.

Quanto à renda familiar, não houve diferença significativa tanto para o escore total do MacNew QLMI, como também para os escores de domínio emocional, físico e social, devido a grande maioria das participantes possuírem uma renda de 2 a 3 salários mínimos. É importante destacar que esta possa ser uma característica própria da nossa população, sem identificar especificidades ou preferências quanto à incidência de IAM.

Favarato (2004), em seu estudo sobre diferença de gênero e nível de ocupação profissional, identificou que, quanto à ocupação, 71,1% das mulheres não tinham atividade profissional, o que as diferiu do grupo de homens, em que apenas 25,5% encontravam-se nessa situação. Segundo a autora, a qualificação da mão de obra foi um ponto que mereceu destaque, pois os homens eram mais qualificados que as mulheres. A autora ressalta que, por meio do perfil demográfico, verificou-se que as mulheres eram mais idosas e possuíam menor escolaridade. Também houve diferença de gênero em relação ao exercício profissional, sendo os homens mais ativos profissionalmente.

Os resultados referentes ao escore no questionário MacNew, tanto total, como nos domínios emocional, físico e social, em relação ao tempo pós IAM e tempo após revascularização cirúrgica estão apresentados na Tabela 6.

TABELA 6 - Escore no questionário MacNew, tanto total, como nos domínios emocional, físico e social, em relação ao tempo de ocorrência pós IAM e tempo após revascularização cirúrgica

Variável	Escore no MacNew			
	Total	Emocional	Físico	Social
Tempo pós IAM:				
Menos de 1 ano	125,31±31,04	61,44±16,77	70,56±17,86	66,31±17,95
1 ano	117,24±38,87	58,71±21,74	62,35±21,00	62,88±22,60
2 anos	136,22±32,89	70,67±19,08	72,33±18,16	72,39±18,36
p	0,27	0,17	0,27	0,36
Tempo após revascularização cirúrgica:				
Não realizou	118,73±34,52	59,23±19,55	64,65±19,25	64,38±20,60
Menos de 1 ano	135,36±27,29	66,63±15,88	75,55±14,19	72,09±14,96
1 ano	103,00±46,95	51,40±24,27	54,60±25,57	52,60±27,48
2 anos	151,00±21,02	80,33±11,51	78,44±14,74	78,11±11,55
p	0,03	0,01	0,05	0,08
não realizou e 1 ano < 2 anos				

Lemos et al. (2003) estudaram 58 indivíduos de ambos os sexos com idade entre 28 a 65 anos, entre 1 a 15 meses após IAM. Os resultados não demonstraram correlação no tempo após IAM.

Na comparação entre tempos após revascularização, houve diferença entre eles, em relação ao escore no questionário MacNew, tanto para o escore total, como para o escore parcial do domínio emocional (teste ANOVA de uma via, total p=0,03, emocional p=0,01).

Todavia, no teste de múltiplas comparações, não houve diferença entre os tempos de revascularização cirúrgica em relação ao escore total. No domínio emocional, o escore observado entre as participantes que não realizaram revascularização e aqueles que realizaram revascularização há um ano, foi significativamente menor do que o daqueles que haviam realizado revascularização há dois anos (pós-teste de Tukey, p<0,05).

Não houve diferença entre os diferentes tempos após revascularização, em relação aos escores nos domínios físico e social (ANOVA de uma via, físico p=0,05, social p=0,08), porém houve uma tendência para isso.

Para à variável tempo pós IAM, não houve diferença entre suas variações, tanto em relação ao escore total na escala MacNew, como em relação aos escores parciais, nos domínios emocional, físico e social (teste ANOVA de uma via, p variando entre 0,17 a 0,36).

Guedes, Nascimento e Nasrala (2007), para a coleta de dados, utilizaram como um dos instrumentos o questionário MacNew QLMI, de modo a mensurar e acompanhar a Qualidade de Vida relacionada com a saúde, ansiedade e depressão, entre homens e mulheres submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio. Participaram dessa pesquisa 63 indivíduos, sendo 17 do sexo feminino. A pesquisa foi realizada no pré e pós-operatórios, antes e depois de 1960, 120 e 180 dias. A conclusão para esse estudo foi que as mulheres apresentaram melhores níveis de Qualidade de Vida que os homens em 180 dias de pós-operatório de cirurgia de revascularização do miocárdio.

Nota-se que a correlação das variáveis tempos após revascularização cirúrgica com o instrumento específico conseguiu obter diferenças significativas, tanto para o escore total, como também para o domínio emocional.

Oldridge et al. (1991) avaliaram a Qualidade de Vida, após 8 semanas, em indivíduos submetidos à reabilitação cardíaca com aconselhamentos relacionados à saúde. Verificaram que as maiores variações observadas também foram no escore emocional do MacNew QLMI.

Já para na correlação da variável tempo pós IAM com o instrumento específico não conseguiram obter diferenças significativas em relação ao escore total, como também para nenhum domínio.

O questionário MacNew QLMI também foi instrumento de estudo para o grupo da unidade de prevenção e reabilitação cardiovascular do Hospital Geral de Santo Antônio, na cidade de Porto, em Portugal. Na ocasião foram estudados 150 indivíduos antes e após programa de reabilitação cardíaca. A versão portuguesa do MacNew QLMI mostrou-se válida, segura e responsiva para indivíduos com diagnóstico de IAM (LEAL et al., 2003).

Em uma comparação com este estudo, tem-se o estudo de Conte (2008) em sua dissertação: Qualidade de Vida no pré-operatório de cirurgia cardíaca, realizada na Sociedade Beneficiente Santa Casa, em Campo Grande, MS, cujo objetivo foi avaliar a Qualidade de Vida de indivíduos que estavam aguardando cirurgia cardíaca na ala C, por meio do questionário de pesquisa SF-36. Em seu estudo, participaram 62 indivíduos, sendo 27 do sexo

feminino e 37 do sexo masculino. Através dos dados obtidos, a autora constatou que o maior nível médio de Qualidade de Vida, medido nos indivíduos por meio do questionário SF-36, está na dimensão geral “estado geral de saúde”, enquanto neste estudo o maior nível em relação à Qualidade de Vida foi significativamente maior para a avaliação total em relação ao tempo de ocorrência pós-revascularização cirúrgica de dois anos. O menor escore médio medido, novamente pela a autora foi na dimensão “aspectos físicos” e neste foi para a avaliação total e para o domínio emocional, em relação a tempo de ocorrência pós-revascularização cirúrgica de um ano. Por fim, Conte (2008), em sua conclusão, constatou que a Qualidade de Vida no geral dos indivíduos entrevistados estava ligeiramente abaixo do limite de ser considerada como boa, ao contrário de nosso estudo, em que as participantes no geral estão acima da média e possuem boa Qualidade de Vida.

Os resultados referentes ao escore no questionário MacNew, tanto total, como nos domínios emocional, físico e social, em relação às variáveis uso de medicação, presença de problemas psicológicos ou psiquiátricos, outras doenças diagnosticadas e tabagismo, estão apresentados na Tabela 7.

TABELA 7 - Escore no questionário MacNew, tanto total, como nos domínios emocional, físico e social, em relação ao uso de medicação, à presença de problemas psicológicos ou psiquiátricos, outras doenças diagnosticadas e tabagismo

Variável	Escore no MacNew			
	Total	Emocional	Físico	Social
Uso de medicação:				
Não	115,50±2,12	59,00±7,07	62,50±10,61	66,50±2,12
Sim	126,92±35,34	63,98±20,03	68,69±19,49	67,35±20,17
p	0,65	0,73	0,66	0,95
Apresenta ou já apresentou problema psicológico ou psiquiátrico:				
Não	145,24±24,87	74,59±14,31	78,53±15,01	77,53±12,50
Sim	117,09±35,38	58,38±19,92	63,41±19,25	62,21±20,88
p	0,005	0,004	0,007	0,002
Outra doença que tenha sido tratada ou diagnosticada por um médico:				
Não	134,33±27,06	67,33±15,70	75,33±17,01	72,00±11,53
Sim	125,98±35,29	63,56±20,01	68,02±19,40	67,02±20,22
p	0,69	0,75	0,53	0,68
Atualmente é tabagista ou já foi:				
Não	133,10±30,44	67,90±17,12	70,67±19,02	70,33±16,98
Já foi	133,75±37,95	65,06±21,31	74,69±19,56	72,50±20,75
Sim	108,21±32,36	56,14±20,53	58,00±15,65	56,86±19,93
p	0,07	0,22	0,04 sim < já foi	0,06

Na comparação entre as participantes que apresentavam atualmente ou tinham anteriormente apresentado problemas psicológicos ou psiquiátricos e aqueles não apresentavam estes problemas, houve diferença entre eles, em relação ao escore no questionário MacNew, tanto para o escore total, como nos escores parciais dos domínios emocional, físico e social, em que foram observados, nos que apresentavam ou tinham apresentado problemas, escores menores do que naqueles que não apresentavam (teste *t* de Student: total p=0,005, emocional: p=0,004, físico p=0,007 e social p=0,002). Estes resultados estão ilustrados no Gráfico 3.

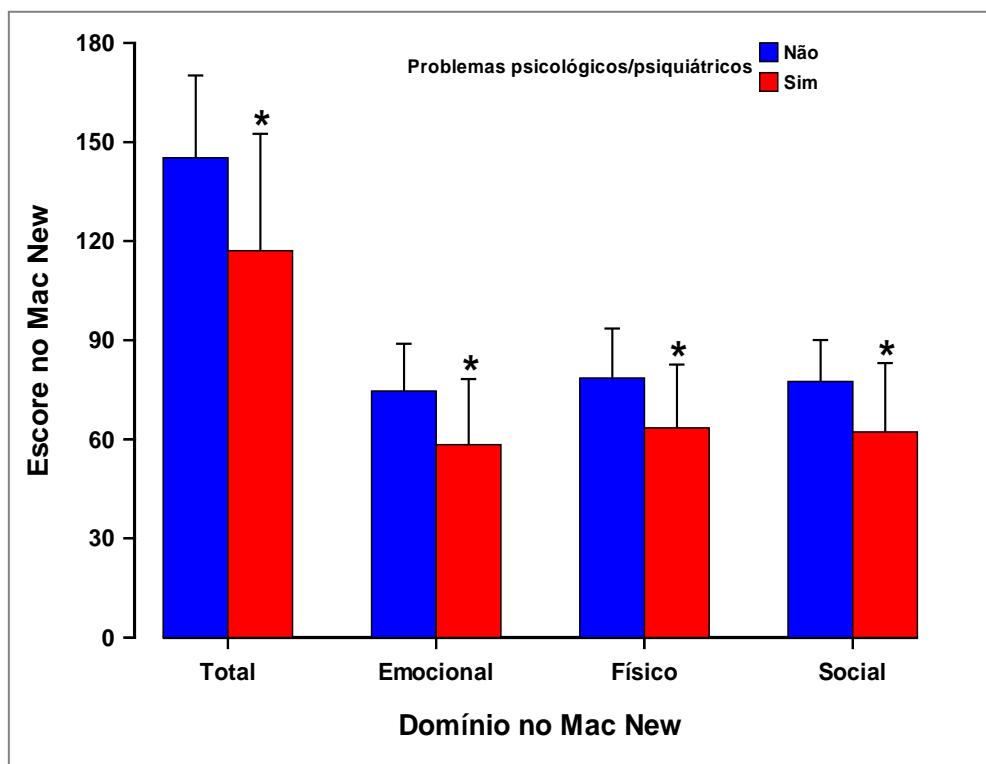


GRÁFICO 3 - Escore total e nos domínios emocional, físico e social do questionário MacNew, entre as participantes que apresentavam e aqueles que não apresentavam ou tinham apresentado problemas psicológicos.

*Diferença significativa em relação às participantes que não apresentavam ou não tinham apresentado problemas psicológicos.

Obs.: cada coluna representa o escore médio, e a barra, o desvio padrão da média.

Nota-se, neste gráfico, que a correlação do instrumento específico com as variáveis do questionário sociodemográfico-ocupacional, acima citada obtiveram diferenças significativas tanto para o escore total, como nos escores parciais dos domínios emocional, físico e social.

A avaliação subjetiva da Qualidade de Vida passa necessariamente por crenças e expectativas quanto à condição de vida que o indivíduo julga que terá após o evento. As respostas favoráveis no domínio social, medida pelo questionário MacNew QLMI e pelo questionário sociodemográfico-ocupacional, demonstraram alta correlação significativa. O grau de satisfação das participantes observada nas respostas do domínio das relações corrobora com o que foi escrito por Oldridge et al. (1998). Segundo estes autores, indivíduos que não são inseridos em programas de reabilitação cardíaca até 8 semanas após o evento coronariano agudo, apresentam pior Qualidade de vida.

Os resultados obtidos pelos questionários demonstram que, na amostra estudada, a Qualidade de Vida avaliada nos domínios físico, emocional e social, não apresentou correlação com o tempo decorrido desde o infarto. No de Lemos et al. (2003), em 58 indivíduos com até 15 meses de evolução, também não foi demonstrada qualquer correlação dos escores de Qualidade de Vida com o tempo decorrido após o infarto.

No domínio físico, o escore observado nas participantes que eram tabagistas foi significativamente menor do que o daquelas que já haviam sido tabagistas, mas que não fumavam mais (teste ANOVA de uma via $p=0,04$, pós-teste de Tukey $p=<0,05$). Não houve diferença entre não tabagistas, aqueles que já haviam sido tabagistas e aqueles tabagistas, em relação ao escore total e aos escores nos domínios emocional e social (teste ANOVA de uma via: total $p=0,07$, emocional $p=0,22$, social $p=0,06$), porém houve uma tendência para isso no escore total e no escore do domínio social.

Ao analisar o tabagismo no grupo estudado, verifica-se que grande parte das participantes não era tabagista ($n=21$, 41,2%). Para as participantes que eram tabagistas o resultado foi significativamente menor ($n=14$, 27,5%) obtendo esta amostra pouca Qualidade de Vida em relação às participantes que haviam sido ($n=16$, 31,4%). Resultado responsivo das participantes. no cruzamento com o domínio físico do questionário MacNew QLMI. Este estudo não foi desenhado para possíveis fumantes passivas.

Vários estudos epidemiológicos apontam o tabagismo como o fator de risco importante para a doença arterial coronariana. Armanagian e Batlouni (2000) observaram a relação direta entre a extensão das coronárias com o número de cigarros consumidos por dia.

É importante referir que muitos estudos têm sido conduzidos por esta temática do tabagismo. Estudo realizado em 11 países concluiu que o tabagismo é o responsável por mais de 30% de todos os óbitos de IAM, com maior incidência deles ocorrendo entre os 40 a 60. Não há distinção de gênero desde que as mulheres fumem na mesma proporção que os homens (ROSEMBERG, 2001).

Pensando assim, as ações que podem contribuir para a interrupção ou redução do tabagismo mostram-se importantes. Medidas voltadas para a melhora da Qualidade de vida precisam estar presentes em ensaios clínicos confiáveis e que sejam capazes de avaliar as políticas antitabaco já existentes e promover campanhas atuais e próximas da realidade de quem consome o cigarro (ALCÂNTARA, 2005).

A supressão do tabagismo após o IAM, reduz a mortalidade, episódios de angina, IAM e necessidade de intervenções cirúrgicas (ARMAGANIAN; BATLOUNI, 2000).

Para a variável uso de medicação e outras doenças diagnosticadas, não houve diferenças entre suas variações, tanto em relação ao escore total na escala MacNew, como em relação aos escores parciais, nos domínios emocional, físico e social (teste ANOVA de uma via, p variando entre 0,53 a 0,95).

O resultado acima, cuja correlação com as variáveis citadas, não obteve diferenças significativas, devido à faixa etária das participantes desta pesquisa ter uma forte tendência ao uso de medicação e a outras doenças diagnosticadas.

Na Tabela 8 estão apresentados os escores no questionário MacNew, tanto total, como nos domínios emocional, físico e social, em relação à recomendação médica para prática de atividade física, à prática de atividade física e à prática de treinamentos físicos aeróbicos.

TABELA 8 - Escore no questionário MacNew, tanto total, como nos domínios emocional, físico e social, em relação à recomendação médica para prática de atividade física, à prática de atividade física e à prática de treinamentos físicos aeróbicos

Variável	Escore no MacNew			
	Total	Emocional	Físico	Social
Recomendação médica para prática de atividade física:				
Sim	128,80±33,03	64,18±19,10	70,13±18,30	69,00±18,82
Não	118,00±40,77	62,36±22,57	62,36±21,98	61,18±22,81
p	0,37	0,79	0,24	0,25
Atualmente pratica atividade física:				
Sim	141,38±33,30	71,44±18,75	77,56±18,51	75,25±16,99
Não	119,66±33,60	60,29±19,34	64,29±18,27	63,69±20,11
p	0,04	0,06	0,02	0,05
Pratica ou já praticou treinamentos físicos aeróbicos:				
Sim	137,84±31,84	70,13±18,22	75,03±17,31	73,94±17,16
Não	107,32±31,32	53,11±17,64	57,37±17,33	56,16±19,21
p	0,002	0,002	0,001	0,001

Não houve diferença entre as participantes que haviam recebido orientação médica para prática de atividade física e aqueles que não a haviam recebido, em relação ao escore total e aos escores nos domínios emocional e social, no questionário MacNew QLMI (teste *t* de Student, total $p=0,37$, emocional $p=0,79$, físico $p=0,24$, social $p=0,25$).

O escore total e o escore do domínio físico do questionário MacNew QLMI entre as participantes que atualmente não praticavam atividade física foi significativamente menor que o daqueles que praticavam (teste *t* de Student, $p=0,04$, físico $p=0,02$).

Nos domínios emocional e social, não houve diferença entre as participantes que praticam ou não de atividades físicas (teste *t* de Student, emocional $p=0,06$, social $p=0,05$), porém houve tendência para isso nestes domínios. Esses resultados estão ilustrados no Gráfico 4.

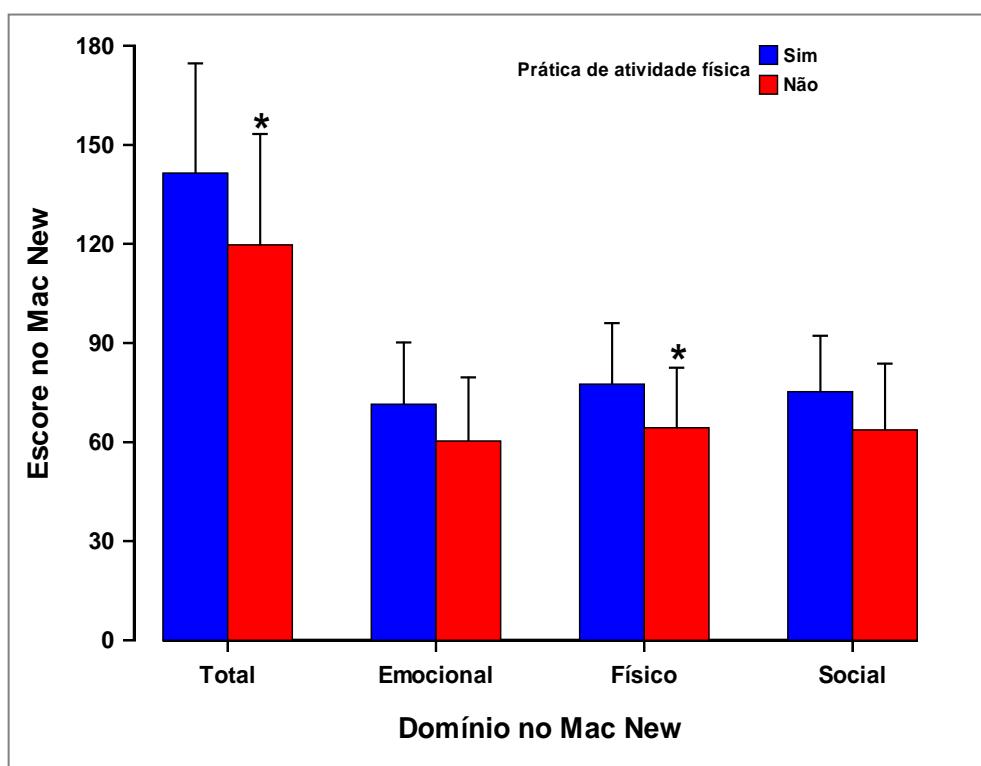


GRÁFICO 4 - Escore total e nos domínios emocional, físico e social do questionário MacNew, entre as participantes que praticavam e aqueles que não praticavam atividade física.

*Diferença significativa em relação as participantes que praticavam atividade física.

Obs.: cada coluna representa o escore médio e a barra o desvio padrão da média.

Na comparação entre as participantes que atualmente praticam ou tinham praticado anteriormente treinamentos físicos aeróbicos e aqueles não praticam ou não tinham praticado, houve diferença entre eles, em relação ao escore no questionário MacNew QLMI, tanto para o escore total, como nos escores parciais dos domínios emocional, físico e social, em que foi observado, nos que não praticavam ou não tinham anteriormente praticado treinamentos físicos aeróbicos, escores menores do que naqueles que praticavam (teste *t* de Student, total $p=0,002$, emocional $p=0,002$, físico $p=0,001$, social $p=0,001$). Esses resultados estão ilustrados no Gráfico 5.

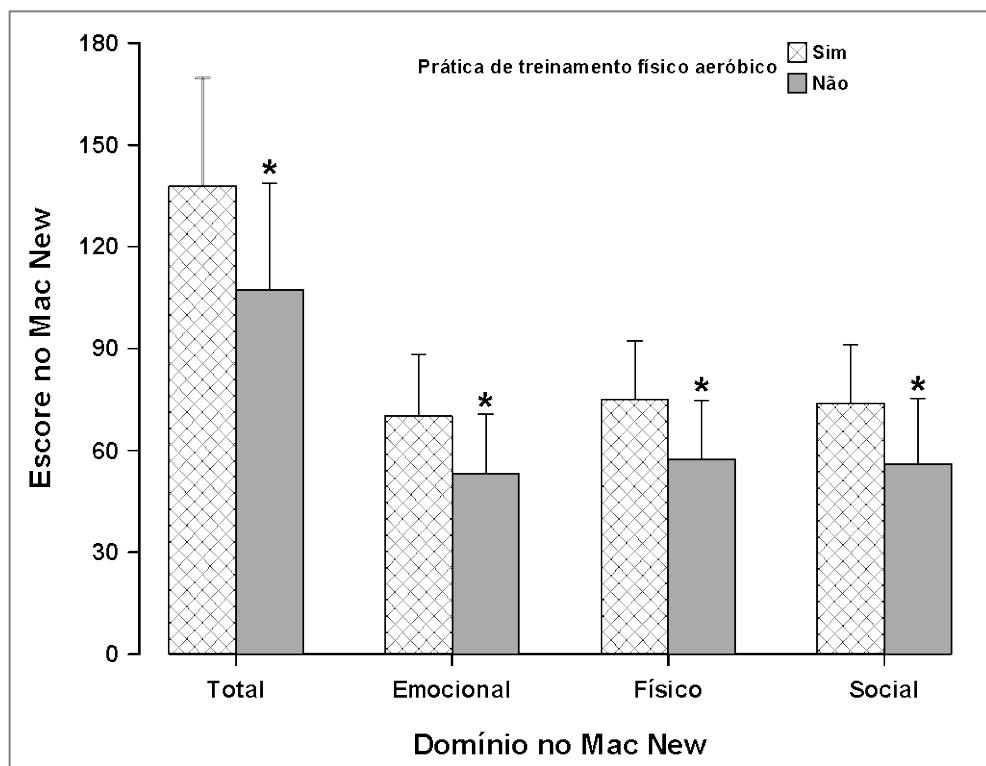


GRÁFICO 5 - Escore total e nos domínios emocional, físico e social do questionário MacNew, entre as participantes que praticavam ou tinham praticado treinamentos aeróbicos e aqueles que não praticavam ou tinham praticado estes treinamentos.

*Diferença significativa em relação às participantes que praticavam ou tinham praticado treinamentos aeróbicos.
Obs.: cada coluna representa o escore médio e a barra o desvio padrão da média.

As participantes foram questionadas quanto à prática de exercícios físicos, porém o questionário de Qualidade de Vida e o questionário sociodemográfico-ocupacional não detectaram nenhuma correlação significativa com o escore total do MacNew QLMI e com os domínios emocional e social. Apenas o escore total e o escore do domínio físico entre as

participantes que então não praticavam atividade física foi significativamente menor que o daquelas que a praticavam, estando este grupo abaixo da média e em condições desfavoráveis de Qualidade de Vida para a prática de atividades físicas.

Em vista disso, as participantes foram identificadas, portanto, como sedentárias e, como tais, são candidatas a desenvolver sobrepeso ou obesidade ao longo do tempo. Neste estudo não foram avaliados o sobrepeso e o grau de obesidade; porém a inclusão desta temática já está em análise para as próximas pesquisas desta autora. É importante ressaltar que existem muitas controvérsias em relação a comparações dessa natureza, uma vez que situações emocionais, sociais e culturais são bem diferentes em populações diversas, além do que os questionários usados neste estudo não apresentam uma equivalente nota para os escores (ALCÂNTARA, 2005).

Não se teve como objetivo observar a evolução da Qualidade de Vida ao longo do tempo. No estudo de Dugmore et al. (1999), a Qualidade de Vida melhorou, de forma acentuada, no período de quatro a 12 meses, após IAM, especialmente quando o indivíduo realizava reabilitação cardíaca. As participantes deste estudo não realizavam exercícios físicos supervisionados e, muito menos, reabilitação cardíaca.

Bethell (1999), em um artigo de revisão, destaca que a reabilitação cardíaca aumenta a capacidade física, aumenta a variabilidade da frequência cardíaca, melhora o perfil lipídico, reduz a pressão arterial sistêmica, diminui o risco de trombose arterial, reduz o peso, gera benefícios psicológicos e melhora a Qualidade de Vida. Isso pode representar uma opção para melhorar o atendimento dessas participantes.

8 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou apontar um problema dos dias atuais que decorre de duplas, triplas jornadas de trabalho, hábitos inadequados, sedentarismo entre outras situações que aumentam muito a probabilidade de um evento cardíaco feminino.

Em vista disso, apontou também a importância dos avanços preventivos através da prática de atividades físicas com métodos eficazes terapêuticos e o alerta aos fatores de riscos para não adquiri-la de modo a colaborar com a promoção da saúde feminina.

Ao final deste estudo, foi possível constatar as seguintes conclusões:

- a) As participantes de idade mais avançada possuem pouca QV, porém na média geral as participantes apresentaram boa QV.
- b) Constatou-se uma prevalência maior de acometimento de IAM em mulheres brancas para este estudo.
- c) O nível de escolaridade geral e sócio econômico das participantes não apresentaram diferenças significativas, em relação a nenhum domínio do MacNewQLMI, devido aos resultados das variáveis acima citadas, terem sido encontrados apenas através de números prontuários de mulheres que fizeram até o momento da pesquisa acompanhamento ambulatorial no hospital Regional de Campo Grande- MS.
- d) O maior nível de Qualidade de Vida correlacionou positivamente com as participantes que realizaram revascularização cirúrgica, no tempo de ocorrência de dois anos, e o menor com aquelas que realizaram há um ano, tanto para a avaliação total como para domínio emocional.
- e) No tempo de ocorrência após IAM, não houve diferença significativa em relação à QV.
- f) O uso medicamentoso foi significativamente menor para as participantes que não o usavam em relação à avaliação de QV.
- g) Quanto a problemas psicológicos e psiquiátricos, houve correlação significativa com a ansiedade, depressão e irritabilidade, para as participantes que apresentavam ou já tinha apresentado na avaliação da Qualidade de Vida por meio do MacNew QLMI.
- h) Em relação à avaliação geral da QV, a hipertensão e a diabetes apresentaram

correlação significativa para as participantes que realizavam tratamento por outras doenças.

i) O tabagismo apresentou pior Qualidade de Vida para as participantes que até a época da pesquisa ainda eram em relação aquelas que já haviam sido, tanto para a avaliação geral, como também para o domínio emocional. Entretanto a maior proporção da amostra não era.

j) Na avaliação total e domínio físico, houve correlação significativa para as participantes que não receberam orientação médica para a prática de atividades físicas.

k) Em relação à QV, tanto para a avaliação geral e para os domínios emocional, físico e social, o sedentarismo e a inatividade física correlacionam significativamente com as participantes que não praticam ou já praticaram atividade física, treinamentos aeróbicos e treinamentos resistidos (musculação) uma vez que elas nunca realizaram este tipo de treinamento.

Desse modo, recomendam-se novos estudos com o propósito de desenvolver pesquisas para trabalhar reabilitação cardíaca de modo a diminuir o sedentarismo e os fatores de risco envolvidos, como, por exemplo, o sobrepeso e a obesidade para, então, contribuir com a prevenção de doenças associadas ao modus vivendi dos dias atuais, em especial, para o IAM, melhorando assim a Qualidade de Vida dessa população envolvida.

Assim sendo, é fundamental pensar-se em medidas educacionais induzindo a um estilo de vida adequado à saúde, o que implica necessariamente orientações dietéticas junto com a prática regular de atividades físicas. Nesse sentido, o educador físico é o profissional indicado para contribuir com a redução de distúrbios físicos como o enfocado neste trabalho, já que pode desenvolver programas de atendimento adequados a pessoas diferentes em problemas, em habilidades e em condições físicas. É esse um caminho para se ter mais saúde, o que implicitamente proporciona benefícios psicológicos e melhora a Qualidade de Vida.

REFERÊNCIAS

ALBRIGHT, A. et al. American College of Sports Medicine position stand: Exercise and type 2 diabetes. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, Madison, v. 32, n. 7, p. 1.345-1.360, 2000.

ALCÂNTARA, E. C. *Qualidade de vida após infarto agudo do miocárdio: avaliação com os questionários MacNew QLMI e SF-36*. 2005. 105 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2005.

ALCÂNTARA, E. C. et al. Avaliação da qualidade de vida após infarto agudo do miocárdio e sua correlação com o fator de risco hipertensão arterial. *Revista Brasileira de Hipertensão*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 118-120, 2007.

ALLSEN, P. E.; HARRISON, J. M.; VANCE, B. *Exercício e qualidade de vida: uma abordagem personalizada*. São Paulo. Manole, 2001.

ALVES, G. B. et al. Reabilitação cardiovascular e condicionamento físico. In: NEGRÃO, C. E.; BARRETO, A. C. P. (Orgs.). *Cardiologia do exercício: do atleta ao cardiopata*. 2. ed. rev. ampl. São Paulo: Manole, 2006. p. 249-259.

AMATO, V. et al. Resultados imediatos da cirurgia de revascularização miocárdica: comparação entre homens e mulheres. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v. 83, p. 14-20. 2004. Edição especial. Disponível em: <<http://www.arquivosonline.com.br/2004/especial/83e0004.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2010.

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. The recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardio-respiratory and muscular fitness, and flexibility in healthy adults. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, Madison, v. 30, n. 6, p. 975-991, 1998.

ARAÚJO, D. S. M. S.; ARAÚJO, C. G. S. Aptidão física, saúde e qualidade de vida relacionada à saúde em adultos. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, São Paulo, v. 6, n. 5, p. 194-203, 2000.

ARMAGANIJAN, D.; BATLOUNI, M. Impacto dos fatores de risco tradicionais. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, São Paulo, v. 10, n. 6, p. 686-693, 2000.

AVEZUM, A.; PIEGAS, L. S.; PEREIRA, J. C. R. Fatores de risco associados com infarto agudo do miocárdio na região metropolitana de São Paulo: uma região desenvolvida em um país em desenvolvimento. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v. 84, n. 3, p. 206-13 mar. 2005.

ÁVILA, M. B. M.; CORRÊA, S. O movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: revisitando percursos. In: GALVÃO, L.; DÍAZ, J. (Orgs.). *Saúde sexual e reprodutiva: dilemas e desafios*. São Paulo: Population Council, 1999. p. 70-103.

BARBANTI, J. V. *Dicionário de educação física e do esporte*. São Paulo: Manole, 2003.

BARSTED, L. A. L. Sexualidade e reprodução: estado e sociedade. In: BILAC, E. D.; ROCHA, M. I. B. (Orgs.). *Saúde reprodutiva na América Latina e no Caribe: temas e problemas*. São Paulo: Editora 34, 1998. p. 147-181.

BELKISS, W. *Psicologia aplicada à cardiologia*. São Paulo: Fundo Editorial Byk, 1990.

- BENETTI, M. et al. Alterações na qualidade de vida em coronariopatas acometidos de infarto agudo do miocárdio submetido a diferentes tipos de tratamento. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, Londrina, v. 6, n. 3, p. 27-33, 2001.
- BENETTI, M.; NAHAS, M. V.; BARROS, M. V. G. Reproducibility and validity of a brazilian version of the MacNew quality of life after acute myocardial infarction (MacNew QLMI) questionnaire. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, Madison, v. 33, n. 5, S62, 2001.
- BETHELL, H. J. N. Exercise in cardiac rehabilitation. *Britanic Journal of Sports Medicine*, Loughborough, v. 33, n. 2, p. 79-86, 1999.
- BLACK, J. M.; MATASSARIN-JACOBS, E. *Enfermagem médico-cirúrgica: uma abordagem psicofisiológica*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.
- BOUCHARD, C. *Atividade física e obesidade*. São Paulo: Manole, 2003.
- BRACHT, V. *Educação física e aprendizagem social*. Porto Alegre: Magister, 1992.
- BRASIL. Conselho Federal de Psicologia. *Resolução CFP n. 016, de 20 de dezembro de 2000*. Dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos. Brasília, DF, 2000. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/etica/docs/artigos/Cfp16-00.pdf>>. Acesso em: 8 set. 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia brasileiro de vigilância epidemiológica*. 4. ed. Brasília, DF: Fundação Nacional de Saúde, 1998.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. 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: 8 set. 2008.
- BRAUNWALD, E. Acute myocardial infarction. In: BRAUNWALD, E.; ZIPES, D. P.; LIBBY, P. (Eds.). *Heart disease: A textbook of cardiovascular medicine*. 6th ed. Philadelphia: WB Saunders Co., 2001. v. 1, p. 1.114-1.219.
- BROWN, N. et al. Quality of life four years after acute myocardial infarction: Short form 36 scores compared with a normal population. *Heart*, London, v. 81, n. 4, p. 352-358, 1999.
- CARDOSO, S. V. Repercussões da cirurgia cardíaca na imagem corporal feminina. In: RIBEIRO, A. L. A.; ROSA, D. P. (Orgs.). *Mulher e coração: aspectos psicológicos ligados à cardiopatia*. São Paulo: Papirus, 2004. p. 148-149.
- CARNEY, R. M. et al. *Depression and coronary heart disease: A review for cardiologists*. *Clinical Cardiology*, New York, v. 20, n. 3, p. 196-200, 1997.
- CICONELLI, R. M. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação da Qualidade de Vida SF-36 (Brasil SF-36). *Revista Brasileira de Reumatologia*, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 143-150, 1999.

- COELHO, O. R.; ALMEIDA, A.; VETI, O. M. Avaliação pré-operatória: prevenção de complicações em cardiopatias. In: GIANNINI, S. D.; FORTI, N.; DIAMENT, J. (Orgs). *Cardiologia preventiva: prevenção primária e secundaria*. São Paulo: Atheneu, 2000. cap. 24, p. 263-265.
- COLOMBO, R. C. R. *Reabilitação no infarto do miocárdio: análise dos comportamentos relacionados a fatores de risco para a coronariopatia*. 2000. 319 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.
- COLOMBO, R. C. R. et al. Caracterização da obesidade em pacientes com infarto agudo do miocárdio. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 11, n.4, p. 461-467, 2003.
- COLOMBO, R. C. R.; AGUILAR, O. M. Estilo de vida e fatores de risco de pacientes com primeiro episódio de infarto agudo do miocárdio. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 5, n. 2, p. 69-82, 1997.
- CONTE, T. C. *Qualidade de vida no pré-operatório de cirurgia cardíaca*. 2008. 102 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2008.
- CONTI, R. A. S. et al. Comparação entre homens e mulheres jovens com infarto do miocárdio. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v. 79, n. 5, p. 510-525, 2002.
- 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.; COLOMBO, R. C. R.; AGUILAR, O. M. Perfil de mulheres com infarto agudo do miocárdio, segundo o modelo de “campo de saúde”. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 7, n. 3, p. 63-68, 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.
- DEL PRIORE, M. *Ao sul do corpo: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil Colônia*. Rio de Janeiro: Olympio, 1993.
- DEMPSTER, M.; DONNELLY, M.; O'LOUGHLIN, C. The validity of the MacNew Quality of life in heart disease questionnaire. *Health and Quality of Life Outcomes*, Belfast, v. 2, n. 1, p. 1-6, 2004.
- DIETRICH, I.; PINOTTI, H. W.; SOUZA, M. C. Cicatriz cirúrgica e imagem corporal. *Revista Brasileira de Cirurgia*, São Paulo, v. 80, n. 1, p. 33-35, 1990.
- DUGMORE, L. D. et al. Changes in cardiorespiratory fitness, psychological well being, quality of life, and vocation status following a 12 month cardiac exercise rehabilitation program. *Heart*, London, v. 81, n. 4, p. 359-366, 1999.

- EDUARDO, C. F. R. *Musculação x nutrição: o conhecimento nutricional dos formandos do curso de educação física da UCDB e do profissional de educação física.* 2004. 100 f. Monografia (Graduação em Educação Física) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2004.
- ENUMO, S. R. Pesquisas sobre psicologia e saúde: uma proposta de análise. In: TRINDADE, Z. A.; ANDRADE, A. N. (Orgs.). *Psicologia e saúde: um campo em construção* São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 11-31.
- FARDY, P. S. et al. Prefácio. In: FARDY, P. S. et al. (Orgs.). *Técnicas de treinamento em reabilitação cardíaca.* São Paulo: Manole, 2001. Não paginado.
- FAVARATO, M. E. C. S. *Qualidade de vida em portadores de doença arterial coronária submetidos a diferentes tratamentos: comparação entre gêneros.* 2004. 69 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.
- FAVARATO, M. E. C. S. et al. Qualidade de vida em portadores de doenças arterial coronária: comparação entre gêneros. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 52, n. 4, p. 236-241, 2006.
- FAVARATO, M. E. C. S.; ALDRIGHI, J. M. A mulher coronariopata no climatério após a menopausa: implicações na qualidade de vida. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 339-345, 2001.
- FISCHER, R.; CLEVELEND, S. E. *Body and personality.* Princeton: Graw Hill, 1958.
- FLECK, J. S.; KRAEMER, J. W. *Fundamentos do treinamento de força muscular.* Porto Alegre: Artmed, 2006.
- FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000.
- FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 198-205, 1999b.
- 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, 1999a.
- FLECK, S. J.; KRAEMER, W. J. *Fundamentos do treinamento de força muscular.* 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- FONSECA, R. M. S. Espaço e gênero na compreensão do processo saúde-doença da mulher brasileira. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 5, n. 1, p. 5-13, 1997.
- FORTI, V. A. M.; CHACON-MIKAHIL, M. P. T. Qualidade de vida e atividade física na terceira idade. In: GONÇALVES, A.; VILARTA, R. (Orgs.). *Qualidade de vida e atividade física: explorando teoria e prática.* São Paulo: Manole, 2004. p. 227-256.

- FOSTER, C. et al. Time course of recovery during cardiac rehabilitation. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, New York, v. 15, n. 3, p. 209-215, 1995.
- FRANKLIN, B. A.; FARDY, P. S. Avaliação, prescrição e treinamento baseado em exercício. In: FARDY, P. S. et al. (Orgs.). *Técnicas de treinamento em reabilitação cardíaca*. São Paulo: Manole, 2001. p. 1-41.
- FRIES, J. F.; SPITZ, P. W. The hierarchy of patient outcomes. In: SPILKER, B. (Ed.). *Quality of life assessments in clinical trial*. New York: Raven, 1990. p. 25-35.
- FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS. *Projeto Reforsus-CNPq: modernização gerencial para grandes estabelecimentos de plano estratégico HRMS*. Campo Grande-MS, 2001. p. 44-53.
- GARDNER, J. K. et al. Quality of life and self-efficacy: Gender and diagnoses considerations for management during cardiac rehabilitation. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, New York, v. 23, n. 4, p. 299-306, 2003.
- GHILARDUCCI, L. E.; HOLLY, R. G.; AMSTERDAM, E. A. Effects of high resistance training in coronary artery disease. *The American Journal of Cardiology*, New York, v. 64, n. 14, p. 866-870, 1989.
- GILL, T. M.; FUNSTEIN, A. R. A critical appraisal of the quality of quality of life measurements. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, Chicago, v. 272, v. 8, p. 619-626, 1994.
- GORGATTI, M. G.; COSTA, R. F. *Atividade física adaptada: qualidade de vida para pessoas especiais*. São Paulo: Manole, 2008.
- GROOPMAN, J. O remédio da esperança. *Veja*, São Paulo, n. 1839, 29 set. 2004. Entrevista de Anna Paula Buchalla. Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/290904/entrevista.html>>. Acesso em: 12 jan. 2010.
- GUEDES, A. M. A.; NASCIMENTO, F. T.; NASRALA, M. L. S. Comparação da qualidade de vida relacionada com a saúde entre homens e mulheres após a revascularização do miocárdio. *ConnectiOnLine*, Várzea Grande, n. 2, 2007. Disponível em: <http://www.univag.com.br/adm_univag/Modulos/Connectionline/Downloads/art032.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2010.
- GUEDES, D. P. *Musculação: estética e saúde feminina*. São Paulo: Phorte, 2005.
- GUTIERREZ, B. A. O.; CIAMPONE, M. H. T. O processo de morrer e a morte no enfoque dos profissionais de enfermagem de UTIs. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 660-667, 2007.
- GUYATT, G. H. Measurement of health-related quality of life in heart failure. *Journal of the American College Cardiology*, New York, v. 22, p. 185A-191A, 1993. Supplement A.
- HEDBÄCK, B.; PERK, J.; WODLIN, P. Long term reduction of cardiac mortality after myocardial infarction: 10 years results of a comprehensive rehabilitation program. *European Heart Journal*, London, v. 14, n. 6, p. 831-835, 1993.

- HILLERS, T. K. et al. Quality of life after myocardial infarction. *Journal Clinical Epidemiology*, New York, v. 47, n. 11, p. 1.287-1.296, 1994.
- HIRSCHBRUCH, M. D.; CARVALHO, J. R. *Nutrição esportiva*. São Paulo: Manole, 2002.
- ISHITANI, L. H. et al. Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 684-691, 2006.
- ISRAEL, J. Stipulations and construction in the social sciences. In: ISRAEL, J.; TAJFEL, H. (Eds.). *The context of social psychology: A critical assessment*. London: Academic Press, 1972. p. 123-211.
- JACOBES, P. L.; NASH, M. S.; RUSINOWSKI JUNIOR, J. W. Circuit training provides cardiorespiratory and strength benefits in person with paraplegia. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, Madison, v. 33, n. 5, p. 711-717, 2001.
- JACOBS, C.; SHERWOOD, J. B. The cardiac psychology of woman and coronary heart disease. In: ALLAN, R.; SCHEIDT, S. (Eds.). *Heart and mind: The practice of cardiac psychology*. Washington, DC: American Psychological Association, 1996. p. 197-218.
- JENKINS, C. D. *Construindo uma saúde melhor: um guia para a mudança de comportamento*. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- JOSSE, M. P.; BOURDON, A. Epidemiologia do risco e do esporte ao paciente coronariano. In: AMORETTI, R.; BRION, R. (Orgs). *Cardiologia do esporte*. São Paulo: Manole, 2001. p. 109-110.
- KANAAN, S.; HORSTMANN, B. *Infarto agudo do miocárdio*. Rio de Janeiro: Rubi, 2006.
- KANTOWITZ, B. H.; ROEDIGER III, H. L.; ELMES, D. G. *Psicologia experimental: psicologia para compreender a pesquisa em psicologia*. São Paulo: Cengage Learning, 2006.
- KAUFMAN, F. L.; HUGHSON, R. L.; SCHAMAN, J. P. Effects of exercise on recovery blood pressure in normotensive and hypertensive subjects. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, Madison, v. 19, n. 1, p. 17-20, 1997.
- LEAL, A. R. et al. Evaluative and discriminative properties of the portuguese macnew heart: Disease health-related quality of life questionnaire. *Quality of Life Research*, Dordrecht, v. 14, n. 10, p. 2.335-2.341, 2005.
- LEMOS, V. et al. Qualidade de vida em pacientes após infarto agudo do miocárdio. Rev. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 17-26, 2003. Suplemento A.
- LIM, L. L. et al. A self-administered quality-of-life questionnaire after acute myocardial infarction. *Journal of Clinical Epidemiology*, Oxford, v. 46. n. 11, p. 1.249-1.256, 1993.
- MANFROI, W. C. et al. *Infarto agudo do miocárdio: primeira manifestação da cardiopatia isquêmica e relação com os fatores de risco*. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v. 78, n. 4, p. 388-391, 2002.

- MCCONNELL, T. R. et al. Quality of life and self efficacy in cardiac rehabilitation patients over 70 years of age following acute myocardial infarction and bypass revascularization surgery. *The American Journal of Geriatric Cardiology*, Greenwich, v. 9, n. 4, p. 210-218, 2000.
- MAYOU, R.; BRYANT, B. Quality of life in cardiovascular disease. *British Heart Journal*, London, v. 69, n. 5, p. 460-466, 1993.
- MCCARTNEY, N. Acute responses to resistance training and safety. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, Madison, v. 31, n. 1, p. 31-37, 1999.
- _____. Role of resistance training in heart disease. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, Madison, v. 30, n. 10, p. 396-402, 1998.
- MEDEIROS, P. F.; BERNARDES, A. G.; GUARESCHI, N. M. O conceito de saúde e suas implicações nas práticas psicológicas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 21, n. 3, p. 263-269, 2005.
- MEDICAL OUTCOMES TRUST. Assessing health status and quality-of-life instruments: Attributes and review criteria. *Quality of Life Research*, Dordrecht, v. 11, n. 3, p. 193-205, 2002.
- MEDRADO-DANTAS, B. *O masculino na mídia: repertórios sobre masculinidade na propaganda televisiva brasileira*. 1997. 127 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1997. Disponível em: <<http://www.papai.org.br/admin/biblioteca/arquivos/20070301125906.pdf?PHPSESSID=3dc3dc57178e0786054aba71a35c8841>>. Acesso em: 20 mar. 2009.
- MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida saudável: um debate necessário. *Ciências e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.
- MONTERO, J. M. M.; PABLO-ZARZOSA, C. P. Rehabilitation in ischemic cardiopathy: Results at the level of life and prognosis. *Archivos del Instituto de Cardiología de México*, México, v. 62, n. 5, p. 441-446, 1992.
- MORAES, C. M. et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade em pacientes diabéticos tipo I. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia*, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1-5, 2003.
- MORAES, P. A. et al. Percepção de pacientes coronariopatas sobre a doença. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, São Paulo, v. 9, n. 4, p. 1-11, 1999. Suplemento A.
- MULCAHY, R. Twenty year of cardiac rehabilitation in Europe a reappraisal. *European Heart Journal*, London, v. 12, n. 1, p. 92-93, 1991.
- MUSSI, F. C.; FERREIRA, S. L.; ANGÉLICA, A. D. Vivências de mulheres à dor no infarto do miocárdio. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 170-178, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n2/03.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2010.
- NAHAS, M. V. *Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo*. 2. ed. Londrina: Midiograf, 2001.

NASCIMENTO, R. A. N.; RODRIGUES, M. P. A representação do feminino em manuais do programa de agentes comunitários em saúde (PACS). In: TRINDADE, Z. A.; ANDRADE, A. N. (Orgs.). *Psicologia e Saúde: um campo em construção* São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 155-166.

NASTRI, C. O. et al. Câncer de mama e disfunção endotelial. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 54, n. 5, p. 467-470, 2001.

NICOLAU, J. C.; COSTA, O. M. C.; BARACIOLI, L. M. Infarto do miocárdio: prevenção de complicações nas fases aguda e tardia. In: GIANNINI, S. D.; FORTI, N.; DIAMENT, J. (Orgs.). *Cardiologia preventiva: prevenção primária e secundaria*. São Paulo: Atheneu, 2000. cap. 18, p. 191-202.

NOVAES, M. H. Angústia e medo dos doentes cardiovasculares. In: _____ (Org.). *Psicologia aplicada à reabilitação*. Rio de Janeiro: Imago, 1975. p. 109-113.

OLDRIDGE, N. et al. Effects on quality of life with comprehensive rehabilitation after acute myocardial infarction. *The American Journal of Cardiology*, New York, v. 67, n. 13, p. 1.084-1.089, 1991.

OLDRIDGE, N. et al. Goal attainment in a randomized controlled trial of rehabilitation after myocardial infarction. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, Washington, DC, v. 19, n. 1, p. 29-34, 1999.

OLDRIDGE, N. et al. Predictors of health-related quality of life with cardiac rehabilitation after acute myocardial infarction. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, Philadelphia, v. 18, n. 2, p. 95-103, 1998.

OLIVEIRA, M. F. P.; LUZ, P. L. Aspectos emocionais da mulher com doença arterial coronária. In: RIBEIRO, A. L. A.; ROSA, D. P. (Orgs.). *Mulher e coração: aspectos psicológicos ligados à cardiopatia*. São Paulo: Papirus, 2004. p. 105-112.

PASCHOAL, S. M. P. *Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião*. 2001. 263 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

POLAK, Y. N. S. *A corporeidade como resgate do humano na enfermagem*. 1996. 131 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de Santa Catarina, Florianópolis, 1996.

POLLOCK, M. L. et al. Resistance exercise in individuals with and without cardiovascular disease: Benefits, rationale, safety, and prescription: An advisory from the Committee on Exercise, Rehabilitation, and Prevention, Council on Clinical Cardiology, American Heart Association. *Circulation*, Dallas, v. 101, n. 7, p. 828-833, 2000.

POWERS, S. K.; HOWLEY, E. T. *Fisiologia do exercício*. São Paulo: Manole, 2000.

REIS, M. G.; GLASHAN, R. Q. Adultos hipertensos hospitalizados: percepção da gravidade da doença da qualidade de vida. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 9, n. 3, p. 51-57, 2001.

ROCHA, L. E.; DEBERT-RIBEIRO, M. Trabalho, saúde e gênero: estudo comparativo sobre analistas de sistemas. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 35, n. 6, p. 539-547, 2001.

RODRIGUES, G. R. S. *Ajustamento social de pessoas submetidas a revascularização cirúrgica do miocárdio: um estudo de representações sociais*. 2008. 129 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufba.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=2049>. Acesso em: 12 jun. 2010.

ROMANOS, B. Aspectos psicológicos e sua importância na cirurgia das coronárias. In: STOLF, N. A. G.; JATENE, A. D. (Orgs.). *Tratamento cirúrgico da insuficiência coronária*. São Paulo: Atheneu, 1998. p. 257-273.

ROSEMBERG, J. Tabagismo e doenças cardiovasculares. *Jovem Médico*, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 39-41, 2001.

SANTOS FILHO, S. D. et al. Saúde, saúde pública e qualidade de vida: avaliação do interesse da comunidade científica. *RBCEH: Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, Passo Fundo, v. 4, n. 2, p. 23-30, 2007.

SCHILDER, P. *A imagem do corpo: as energias construtivas da psique*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. *A imagem do corpo*. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

SCHIPPER, H.; CLINCH, J.; POWELL, V. Definitions and conceptual issues. In: SPILKER, B. (Ed.). *Quality of life assessments in clinical trial*. New York: Raven, 1990. p. 11-24.

SCLIAR, M. *Do mágico ao social: trajetória da saúde pública*. São Paulo: SENAC, 2002.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004.

SHIPPER, H.; CLINCH, J.; POWELL, V. Definitions and conceptual issues. In: SPILKER, B. (Ed.). *Quality of life assessment in clinical trials*. New York: Raven, 1990. p. 11-24.

SILVA JÚNIOR, A. B. et al. Fatores de risco para síndromes coronarianas e descrição dos questionários de Qualidade de Vida MacNew QLMI e SF-36. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, Umuarama, v. 10, n. 1, p. 49-54, 2006.

SILVA, L. F. et al. Doença crônica: o enfrentamento da família. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 40-47, 2002.

SILVA, M. J. F. et al. Análise da composição e disposição espacial de placas ateroscleróticas localizadas em bifurcações das arterias coronárias epicárdicas de adultos. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, de Janeiro, v. 61, n. 2, p. 73-77, 1993.

SILVA, M. A. D. Qualidade de vida e cardiopatias. In: GIANNINI, S. D.; FORTI, N.; DIAMENT, J. (Orgs.). *Cardiologia preventiva: prevenção primária e secundaria*. São Paulo: Atheneu, 2000. cap. 7, p. 69-70.

SILVA, M. A. D.; SOUZA, A. G. M. R.; SCHARGODSKY, H. Fatores de risco para infarto no miocárdio no Brasil Estudo FRICAS. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v. 71, n. 5, p. 667-675, 1998.

- SILVA, R. C. L.; MARQUES, M. Mulheres com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio, implicações para a prática do cuidar em enfermagem nas unidades coronárias. *Meio Ambiente e Saúde*, Manhuaçu, v. 2, n. 1, p. 195-242, 2007.
- SIRGY, M. J. The psychology of quality of life. In: LENDERKING, W. R.; REVICKI, D. A. (Eds.). *Advancing health outcomes research: Methods and clinical applications*. McLean, VA: International Society for Quality of Life Research, 2005. p. 213-226.
- SIVIERO, I. M. P. S. *Saúde mental e qualidade de vida em infartados*. 2003. 149 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. I Diretriz Brasileira sobre prevenção de doenças cardiovasculares em mulheres climatéricas e influência da terapia de reposição hormonal (TRH). *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v. 91, p. 1-23, 2008. Suplemento. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2008/diretriz_DCV_mulheres.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2009.
- SOUZA, J. C.; GUIMARÃES, L. A. M. *Insônia e qualidade de vida*. Campo Grande: Ed. UCDB, 1999.
- SOUZA, J. C.; PAIVA, T.; REIMÃO, R. Qualidade de vida de caminhoneiros. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, n. 55, n. 3, p. 184-189, 2006.
- SOUZA, R. S. *Prevalência de fatores de risco para a doença arterial coronária em pacientes de grupo de hipertensos e diabéticos do centro de saúde do Saco Grande II*. 2004. 34 f. Monografia (Graduação em Medicina) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.
- SPINK, M. J. P. *Psicologia social e saúde*: práticas, saberes e sentidos. Petrópolis: Vozes, 2007a.
- _____. Sobre a promoção da saúde: tensões entre risco na modalidade da aventura e as estratégias contemporâneas de biocontrole. In: JACÓ-VILELA, A. M.; SATO, L. (Orgs.). *Diálogos em psicologia social*. Porto Alegre: Evangraf, 2007b. p. 345-360.
- _____. A construção social do saber sobre saúde e doença: uma perspectiva psicossocial. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 125-139, 1992. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v1n2/08.pdf>>. Acesso em: 8 set. 2008.
- STÅHLE, A. et al. Improved physical fitness and quality of life following training of elderly patients after acute coronary events: A 1 year follow-up randomized controlled study. *European Heart Journal*, Oxford, v. 20, n. 20, p. 1.475-1.484, 1999.
- STARY, H. Evolution and progression of atherosclerotic lesions in coronary arteries of children and young adults. *Atherosclerosis*, Amsterdam, v. 9, p. I19-I32, 1989. Supplement I.
- STEFFENS, A. A. Epidemiologia das doenças cardiovasculares. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul*, Pelotas, v. 12, n. 3, p. 5-15, 2003.

STUMM, E. M. F. Perfil de idosos assistidos por unidades de Estratégia de Saúde da Família que sofreram infarto agudo do miocárdio. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v.12, n. 3, p. 449-461, 2009. Disponível em: <http://www.crde-unati.uerj.br/img_tse/v12n3/pdf/art_11.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2010.

TRZCIEMICK-GREEN, A; STEPTOE, A. Stress management in cardiac patients: A preliminary study of the predictors of improvement in quality of life. *Journal of Psychosomatic Research*, London, v. 38, n. 4, p. 267-280, 1994.

VARELA, R. *Infarto do miocárdio em mulheres: sua percepção*. 2004. 109 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

VERDIER, J. C. Métodos de treinamento físico, custo energético. In: AMORETTI, R.; BRION, R. (Orgs). *Cardiologia do esporte*. São Paulo: Manole, 2001. p. 31-34.

VERRILL, D. E. Treinamento de exercício de resistência em reabilitação cardíaca. In: FARDY, P. S. et al. (Orgs.). *Técnicas de treinamento em reabilitação cardíaca*. São Paulo: Manole, 2001. p. 43-90.

VIEBIG, R. F. et al. Perfil de saúde cardiovascular de uma população adulta da região metropolitana de São Paulo. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v. 86, n. 5, p. 353-360, 2006.

VILARTA, R.; GONÇALVES, A. Qualidade de vida: concepções básicas voltadas à saúde. In: GONÇALVES, A.; VILARTA, R. (Orgs.). *Qualidade de vida e atividade física: explorando teoria e prática*. São Paulo: Manole, 2004. p. 27-62.

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. *Entre Newton e Einstein: desmedicalizando o conceito de saúde*. Ribeirão Preto: Holos, 2000.

WEINECK, J. *Biologia do esporte*. São Paulo: Manole, 2000.

WENGER, N. K.; FURBERG, C. D. Cardiovascular disorders. In: SPILKER, B. (Ed.). *Quality of life assessments in clinical trial*. New York: Raven, 1990. p. 332-345.

WILLMORE, J. H.; COSTILL, D. L. *Physiology of sport and exercise*. New York: Human Kinetics, 1994.

WINGATE, S. Quality of life for women after myocardial infarction. *Heart & Lung: The journal of critical care*, St. Louis, v. 24, n. 6, p. 467-473, 1995.

WITTENBERG, E. Measuring health related quality of life: Does prospect theory help? In: LENDERKING, W. R.; REVICKI, D. A. (Eds.). *Advancing health outcomes research: Methods and clinical applications*. McLean, VA: International Society for Quality of Life Research, 2005. p. 265-278.

WOOD-DAUPHINEE, S. Assessing quality of life in clinical research: From where have come and where are we going? *Journal of Clinical Epidemiology*, Oxford, v. 52, n. 4, p. 355-363, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE ASSESSMENT GROUP. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, Oxford, v. 41, n. 10, p. 1.403-1.410, 1995.

_____. What quality of life?. *World Health Forum*, Geneva, v. 17, n. 4, p. 354-356, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Constitution of the World Health Organization. *American Journal of Public Health*, Washington, DC, v. 36, n. 11, p. 1.315-1.323, 1946.

Disponível em:

<<http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1625885&blobtype=pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2009.

YAZBECK JUNIOR, P. Reabilitação cardíaca. In: GIANNINI, S. D.; FORTI, N.; DIAMENT, J. (Orgs). *Cardiologia preventiva: prevenção primária e secundaria*. São Paulo: Atheneu, 2000. cap. 29, p. 333-336.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento para a coleta de dados

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO-OCUPACIONAL (QSDO)

Número da entrevista:.....

Data da entrevista: de de 2009.

I. Dados sociodemográfico-ocupacionais

1. Participante:
2. Idade:
3. Raça/cor da pele: branca pardo afro-descendente
4. Escolaridade:

<input type="checkbox"/> não alfabetizado	<input type="checkbox"/> não alfabetizado funcional
<input type="checkbox"/> fundamental	<input type="checkbox"/> superior
<input type="checkbox"/> médio	
5. Renda mensal familiar (em salário mínimo):

<input type="checkbox"/> até 1	<input type="checkbox"/> de 2 a 3
<input type="checkbox"/> de 4 a 6	<input type="checkbox"/> de 7 a 9
<input type="checkbox"/> 9 a 10	<input type="checkbox"/> mais de 10

II. Dados de saúde

1. Tempo pós-infarto agudo do miocárdio:

<input type="checkbox"/> menos de 1 ano	
<input type="checkbox"/> 1 ano	
<input type="checkbox"/> 2 anos	
2. Tempo pós-cirurgia de revascularização cirúrgica:

<input type="checkbox"/> não realizei	<input type="checkbox"/> menos de 1 ano
<input type="checkbox"/> 1 ano	<input type="checkbox"/> 2 anos
3. Toma medicação?

<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
------------------------------	------------------------------
4. Apresenta ou já apresentou algum problema Psicológico ou Psiquiátrico?

<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
------------------------------	------------------------------

Qual?

<input type="checkbox"/> preocupação	<input type="checkbox"/> irritabilidade
<input type="checkbox"/> depressão	<input type="checkbox"/> insônia
	<input type="checkbox"/> ansiedade
	<input type="checkbox"/> agressividade
	<input type="checkbox"/> outros:

5. Além do IAM, apresenta ou já apresentou alguma doença que tenha sido tratada ou diagnosticada por um médico?

[] sim [] não

Qual?

[] alcoolismo [] renal [] hipertensão [] obesidade
[] AVC [] motora [] respiratório [] diabete
[] colesterol [] outras:

6. Atualmente é tabagista ou já foi?

[] sim [] não [] já foi

III. Dados de atividades físicas

1. Apresenta ou já apresentou recomendação médica para a prática de atividades físicas?

[] sim [] não

2. Atualmente, prática atividade física?

[] sim [] não

3. Prática ou já praticou treinamentos físicos aeróbicos?

[] sim [] não

Qual?

[] caminhada a pé [] bicicleta
[] caminhada ergometrica [] bicicleta ergometrica

4. Prática ou já praticou treinamentos físicos resistidos (musculação)?

[] sim [] não

APÊNDICE B – Autorizações para a realização da pesquisa

AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA AO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL

Eu, *Carolina Felix Ramos Eduardo*, autora deste projeto, venho mui respeitosamente submeter minha pesquisa à apreciação desse comitê, como exigência parcial para obtenção do Título de Mestra em Psicologia, área de concentração Psicologia da Saúde da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), que tem como título: *Qualidade de Vida, Saúde e Atividades Físicas de Mulheres que Sofreram Infarto Agudo do Miocárdio*.

Solicito, pois, autorização para realizar uma pesquisa com mulheres que fizeram Revascularização Cirúrgica ou não, decorrente de Infarto Agudo do Miocárdio, sob a orientação da Profa. Dra. Heloisa Bruna Grubits Freire, observando os preceitos éticos presentes na Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996.

Certa de poder contar com sua compreensão, coloco-me à disposição para maiores esclarecimentos e, desde já, agradeço.

Atenciosamente,

Campo Grande, MS, de de 2009.

AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA NA INSTITUIÇÃO

Solicito autorização para realizar nessa instituição este projeto de pesquisa, cujo objetivo geral é avaliar a Qualidade de Vida, Saúde e Atividades Físicas de mulheres que sofreram agudo do miocárdio, correlacionando com os aspectos sociodemográficos-ocupacionais, saúde e atividades físicas que as participantes realizam ou já realizaram nos últimos dois anos. Será garantido o sigilo das identidades das participantes entrevistadas.

Os resultados desta pesquisa serão apresentados junto com a preparação de estratégias para a intervenção da prática em atividades físicas que promovam a Qualidade de Vida, a saúde por meio de programas de exercício físicos regulares aplicados à prevenção primária e secundária, visando a melhorar a função cardiovascular e, em consequência, prever o aparecimento e a evolução de doenças cardiovasculares.

Atenciosamente,

.....
Carolina Felix Ramos Eduardo

Campo Grande, MS, de de 2009.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto: *Qualidade de Vida, Saúde e Atividades Físicas de Mulheres que Sofreram Infarto Agudo do Miocárdio.*

Pesquisadora: *Carolina Felix Ramos Eduardo* (UCDB, MS)

Orientador(a): Profa. Dra. Heloisa Bruna Grubits Freire (UCDB, MS)

Concordo em participar como voluntária de uma pesquisa que está sendo realizada pela pesquisadora acima citada, sobre Qualidade de Vida, Saúde e Atividades Físicas de mulheres que sofreram infarto agudo do miocárdio, e cujo acompanhamento é realizado pelo hospital Regional de Mato Grosso do Sul, com o devido conhecimento e autorização para a efetivação da pesquisa.

Esta pesquisa faz parte do projeto para fins de avaliação da Comissão de Ética Da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, a ser desenvolvido junto ao mestrado de Psicologia da Saúde da Universidade Católica Dom Bosco – UCDB, sob a orientação da Profa. Dra. Heloisa Bruna Grubits Freire.

O objetivo geral dessa pesquisa é avaliar a Qualidade de Vida de mulheres que sofrem infarto agudo do miocárdio, correlacionando-a com os aspectos sociodemográficos-ocupacionais, saúde e atividades físicas que as participantes realizam ou realizaram nos últimos dois anos.

Ao decidir aceitar a participação deste estudo, fui esclarecida e estou ciente de que:

- a) Essa atividade não é obrigatória;
- b) Serei entrevistada com duração máxima de 40 minutos e responderei às questões relacionadas com a minha Qualidade de Vida, com os aspectos sociodemográficos-ocupacionais, saúde e atividades físicas que eu realizo ou realizei nos últimos cinco anos;
- c) Caso não me sinta à vontade com alguma questão, estou ciente de que posso deixar de a esta responder, sem que isso implique qualquer prejuízo;
- d) Sei que as informações que fornecerei poderão, mais tarde, ser utilizadas para trabalhos científicos e que a minha identificação será mantida sob sigilo, isto é, não haverá chance de meu nome ser identificado, assegurando-se completo anonimato;
- e) Devido ao seu caráter confidencial, essas informações serão utilizadas apenas para objetivos de estudo;
- f) Não há nenhum risco significativo em participar deste estudo;
- g) Minha participação é inteiramente voluntária e depende exclusivamente da minha vontade em colaborar com a pesquisa;
- h) Estou livre para desistir de participar em qualquer momento da entrevista;

- i) Aceito participar voluntariamente dessa atividade, não tenho sofrido nenhuma forma de pressão para tanto;
- j) Caso necessite entrar em contato com a pesquisadora, estou ciente de que posso encontrá-la no telefone e ou e-mail abaixo descritos.

Campo Grande, MS, de de 2009.

.....
Participante (nome/assinatura)

.....
Pesquisador (nome/assinatura)

.....
Orientador (nome/assinatura)

Agradecemos a sua colaboração!

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul:
(67) 3345-7187; www.propp.ufms.br/index.php?section=institucional&itemId=14

Mestrado de Psicologia da Saúde:
(67) 3312-3605; www.ucdb.com.br; mestradopsic@ucdb.br

Carolina Felix Ramos Eduardo:
(67) 3042-3678; felixfisiol@terra.com.br

ANEXOS

ANEXO A - Instrumento de coleta de dados

**MACNEW QLMI – QUESTIONÁRIO ESPECÍFICO DE QUALIDADE DE VIDA
INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO**

Data da entrevista: de de 2010.

Identificação:

Idade:

Endereço:

Telefone:

- 1) Com que frequência você se sentiu frustrada, impaciente ou irritada durante as duas últimas semanas?

1º TODO O TEMPO

2º A MAIOR PARTE DO TEMPO

3º GRANDE PARTE DO TEMPO

4º UMA PARTE DO TEMPO

5º UM POUCO DO TEMPO

6º RARAMENTE

7º EM NENHUM MOMENTO

- 2) Com que frequência, durante as duas últimas semanas, você se sentiu inútil ou deslocada do seu ambiente?

1º TODO O TEMPO

2º A MAIOR PARTE DO TEMPO

3º GRANDE PARTE DO TEMPO

4º UMA PARTE DO TEMPO

5º UM POUCO DO TEMPO

6º RARAMENTE

7º EM NENHUM MOMENTO

- 3) Durante as duas últimas semanas, quanto tempo você se sentiu muito confiante e segura de que poderia lidar com seu problema cardíaco?

1º EM NENHUM MOMENTO

2º RARAMENTE

3º UM POUCO DO TEMPO

4º UMA PARTE DO TEMPO

5º GRANDE PARTE DO TEMPO

6º A MAIOR PARTE DO TEMPO

7º TODO O TEMPO

- 4) Em geral, quanto tempo você se sentiu desencorajada ou no fundo do poço, nas duas últimas semanas?
- 1º TODO O TEMPO
2º A MAIOR PARTE DO TEMPO
3º GRANDE PARTE DO TEMPO
4º UMA PARTE DO TEMPO
5º UM POUCO DO TEMPO
6º RARAMENTE
7º EM NENHUM MOMENTO
- 5) Quanto tempo, nas duas últimas semanas, você se sentiu relaxada e livre de tensões?
- 1º EM NENHUM MOMENTO
2º RARAMENTE
3º UM POUCO DO TEMPO
4º UMA PARTE DO TEMPO
5º GRANDE PARTE DO TEMPO
6º A MAIOR PARTE DO TEMPO
7º TODO O TEMPO
- 6) Com que frequência nas duas últimas semanas você se sentiu desgastada ou sem energia?
- 1º TODO O TEMPO
2º A MAIOR PARTE DO TEMPO
3º GRANDE PARTE DO TEMPO
4º UMA PARTE DO TEMPO
5º UM POUCO DO TEMPO
6º RARAMENTE
7º EM NENHUM MOMENTO
- 7) Quão feliz satisfeita ou realizada você se sentiu nas duas últimas semanas?
- 1º MUITO INSATISFEITA, INFELIZ A MAIOR PARTE O TEMPO
2º GERALMENTE INSATISFEITA, INFELIZ
3º UM POUCO INSATISFEITA, INFELIZ
4º GERALMENTE SATISFEITA, FELIZ
5º FELIZ, NA MAIOR PARTE DO TEMPO
6º MUITO FELIZ, NA MAIOR PARTE DO TEMPO
7º EXTREMAMENTE FELIZ, NÃO PODERIA ESTAR MAIS SATISFEITA
- 8) Em geral, com que frequência você se sentiu agitada ou como se você não pudesse se acalmar, nas duas últimas semanas?
- 1º TODO O TEMPO
2º A MAIOR PARTE DO TEMPO
3º GRANDE PARTE DO TEMPO
4º UMA PARTE DO TEMPO
5º UM POUCO DO TEMPO
6º RARAMENTE
7º EM NENHUM MOMENTO

- 9) Em que grau você teve dificuldade para respirar enquanto realizava suas atividades físicas da vida diária, nas duas últimas semanas?
- 1º EXTREMA DIFICULDADE DE RESPIRAR
2º GRANDE DIFICULDADE DE RESPIRAR
3º DIFICULDADE DE RESPIRAR
4º DIFICULDADE MODERADA
5º UM POCO DE DIFICULDADE DE RESPIRAR
6º PEQUENA DIFICULDADE DE RESPIRAR
7º SEM DIFICULDADE DE RESPIRAR
- 10) Com que frequência, nas duas últimas semanas, você sentiu vontade de chorar?
- 1º TODO O TEMPO
2º A MAIOR PARTE DO TEMPO
3º GRANDE PARTE DO TEMPO
4º UMA PARTE DO TEMPO
5º UM POCO DO TEMPO
6º RARAMENTE
7º EM NENHUM MOMENTO
- 11) Com que frequência, nas duas últimas semanas, você se sentiu mais dependente do que era antes do problema cardíaco?
- 1º TODO O TEMPO
2º A MAIOR PARTE DO TEMPO
3º GRANDE PARTE DO TEMPO
4º UMA PARTE DO TEMPO
5º UM POCO DO TEMPO
6º RARAMENTE
7º EM NENHUM MOMENTO
- 12) Com que frequência, nas duas últimas semanas, você se sentiu incapaz de realizar suas atividades sociais ou atividades sociais com sua família?
- 1º TODO O TEMPO
2º A MAIOR PARTE DO TEMPO
3º GRANDE PARTE DO TEMPO
4º UMA PARTE DO TEMPO
5º UM POCO DO TEMPO
6º RARAMENTE
7º EM NENHUM MOMENTO
- 13) Com que frequência, nas duas últimas semanas, você sentiu que os outros não tinham a mesma confiança em você como tinham antes do problema cardíaco?
- 1º TODO O TEMPO
2º A MAIOR PARTE DO TEMPO
3º GRANDE PARTE DO TEMPO
4º UMA PARTE DO TEMPO
5º UM POCO DO TEMPO
6º RARAMENTE
7º EM NENHUM MOMENTO

- 14) Com que frequência, nas duas últimas semanas, você teve dores no peito durante as atividades do dia-a-dia?
- 1º TODO O TEMPO
2º A MAIOR PARTE DO TEMPO
3º GRANDE PARTE DO TEMPO
4º UMA PARTE DO TEMPO
5º UM POUCO DO TEMPO
6º RARAMENTE
7º EM NENHUM MOMENTO
- 15) Com que frequência, nas duas últimas semanas, você se sentiu insegura ou com pouca autoconfiança?
- 1º TODO O TEMPO
2º A MAIOR PARTE DO TEMPO
3º GRANDE PARTE DO TEMPO
4º UMA PARTE DO TEMPO
5º UM POUCO DO TEMPO
6º RARAMENTE
7º EM NENHUM MOMENTO
- 16) Com que frequência, nas duas últimas semanas, você sentiu-se incomodada com cansaço ou dores nas pernas?
- 1º TODO O TEMPO
2º A MAIOR PARTE DO TEMPO
3º GRANDE PARTE DO TEMPO
4º UMA PARTE DO TEMPO
5º UM POUCO DO TEMPO
6º RARAMENTE
7º EM NENHUM MOMENTO
- 17) Nas duas últimas semanas, quanto você se sentiu limitada para praticar esportes ou exercitar-se, devido ao seu problema cardíaco?
- 1º EXTREMAMENTE LIMITADA
2º MUITO LIMITADA
3º BASTANTE LIMITADA
4º MODERADAMENTE LIMITADA
5º UM POUCO LIMITADA
6º MUITO POUCO LIMITADA
7º SEM QUALQUER LIMITAÇÃO
- 18) Com que frequência, nas duas últimas semanas, você se sentiu apreensiva ou com medo?
- 1º TODO O TEMPO
2º A MAIOR PARTE DO TEMPO
3º GRANDE PARTE DO TEMPO
4º UMA PARTE DO TEMPO
5º UM POUCO DO TEMPO
6º RARAMENTE
7º EM NENHUM MOMENTO

- 19) Com que frequência, nas duas últimas semanas, você se sentiu tonta?
- 1º TODO O TEMPO
2º A MAIOR PARTE DO TEMPO
3º GRANDE PARTE DO TEMPO
4º UMA PARTE DO TEMPO
5º UM POUCO DO TEMPO
6º RARAMENTE
7º EM NENHUM MOMENTO
- 20) Em geral, nas duas últimas semanas, quanto você se sentiu restringida ou limitada por causa do seu problema cardíaco?
- 1º EXTREMAMENTE LIMITADA
2º MUITO LIMITADA
3º BASTANTE LIMITADA
4º MODERADAMENTE LIMITADA
5º UM POUCO LIMITADA
6º MUITO POUCO LIMITADA
7º SEM QUALQUER LIMITAÇÃO
- 21) Com que frequência, nas duas últimas semanas, você se sentiu insegura sobre a quantidade de exercícios ou atividades físicas que você deveria estar fazendo?
- 1º TODO O TEMPO
2º A MAIOR PARTE DO TEMPO
3º GRANDE PARTE DO TEMPO
4º UMA PARTE DO TEMPO
5º UM POUCO DO TEMPO
6º RARAMENTE
7º EM NENHUM MOMENTO
- 22) Com que frequência, nas duas últimas semanas, você sentiu que sua família estivesse sendo superprotetora com você?
- 1º TODO O TEMPO
2º A MAIOR PARTE DO TEMPO
3º GRANDE PARTE DO TEMPO
4º UMA PARTE DO TEMPO
5º UM POUCO DO TEMPO
6º RARAMENTE
7º EM NENHUM MOMENTO
- 23) Com que frequência, nas duas últimas semanas, você se sentiu como uma carga para outras pessoas?
- 1º TODO O TEMPO
2º A MAIOR PARTE DO TEMPO
3º GRANDE PARTE DO TEMPO
4º UMA PARTE DO TEMPO
5º UM POUCO DO TEMPO
6º RARAMENTE
7º EM NENHUM MOMENTO

- 24) Com que frequência, nas duas últimas semanas, você se sentiu excluída de atividades com outras pessoas devido ao seu problema cardíaco?
- 1º TODO O TEMPO
2º A MAIOR PARTE DO TEMPO
3º GRANDE PARTE DO TEMPO
4º UMA PARTE DO TEMPO
5º UM POUCO DO TEMPO
6º RARAMENTE
7º EM NENHUM MOMENTO
- 25) Com que frequência, nas duas últimas semanas, você se sentiu incapaz de manter contatos sociais por causa de seu problema cardíaco?
- 1º TODO O TEMPO
2º A MAIOR PARTE DO TEMPO
3º GRANDE PARTE DO TEMPO
4º UMA PARTE DO TEMPO
5º UM POUCO DO TEMPO
6º RARAMENTE
7º EM NENHUM MOMENTO
- 26) Em geral, nas duas últimas semanas, quanto você tem se sentido limitado em suas atividades físicas por causa do seu problema cardíaco?
- 1º EXTREMAMENTE LIMITADA
2º MUITO LIMITADA
3º BASTANTE LIMITADA
4º MODERADAMENTE LIMITADA
5º UM POUCO LIMITADA
6º MUITO POUCO LIMITADA
7º SEM QUALQUER LIMITAÇÃO
- 27) Com que frequência, nas duas últimas semanas, você sentiu que seu problema cardíaco afetou suas relações sexuais?
- 1º TODO O TEMPO
2º A MAIOR PARTE DO TEMPO
3º GRANDE PARTE DO TEMPO
4º UMA PARTE DO TEMPO
5º UM POUCO DO TEMPO
6º RARAMENTE
7º EM NENHUM MOMENTO

Muito obrigada por responder às questões!

ANEXO B – Autorização para realização da pesquisa

AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

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 1584 da Pesquisadora Carolina Félix Ramos Eduardo intitulado “Qualidade de vida, saúde e atividades físicas de mulheres que fizeram revascularização, cirúrgica ou não, decorrente de infarto agudo do miocárdio”, e o seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram revisados por este comitê e aprovados em reunião ordinária no dia 29 de outubro de 2009, encontrando-se de acordo com as resoluções normativas do Ministério da Saúde.

*Prof. Paulo Roberto Haidamus de Oliveira Bastos
Coordenador em exercício do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS*

Campo Grande, 29 de outubro de 2009.