Universidade do Estado do Pará
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde Cardiovascular

Thaís do Socorro da Luz Silva

Avaliação da Qualidade de Vida em Pacientes Após Cirurgia de Revascularização do Miocárdio Realizada na Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna

Belém – PA
2015

Fundação Pública Hospital de Clínicas Gaspar Vianna
Gerência de Ensino e Pesquisa
BIBLIOTECA

Thaís do Socorro da Luz Silva

Avaliação da Qualidade de Vida em Pacientes Após Cirurgia de Revascularização do Miocárdio Realizada na Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do grau de Especialista em Cardiovascular, Universidade Estadual do Pará.

Área de concentração: Atenção à Saúde Cardiovascular

Orientador: Msc. José Augusto Bastos Acácio

Belém – PA
2015

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Biblioteca da UEPA/CCBS. Belém – PA

S586a Silva, Thais do Socorro da Luz
Avaliação da qualidade de vida em pacientes após cirurgia de revascularização do miocárdio realizada na Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna/ Thaís do Socorro da Luz Silva; Orientador José Augusto Bastos Acácio _2015.
67 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Residência em Cardiovascular) – Universidade do Estado do Pará, Belém, 2015.

1. Qualidade de vida 2. Cirurgia cardíaca 3. Fisioterapia I. Acácio, José Augusto Bastos, orient. II. Título

CDD: 21. 617.413

Thaís do Socorro da Luz Silva

Avaliação da Qualidade de Vida em Pacientes Após Cirurgia de Revascularização do Miocárdio Realizada na Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do grau de Especialista em Cardiovascular, Universidade Estadual do Pará.

Área de concentração: Atenção à Saúde Cardiovascular

Data da defesa: 27/01/2015

Banca Examinadora:

_____ - Orientador
Prof° Msc. José Augusto Bastos Acácio

_____
Prof° Dr. Renato da Costa Teixeira

_____
Dr. José de Arimateia Rodrigues Reis

Aos meus pais, **José Walter** e **Conceição**,
Às minhas irmãs, **Tatiani**, **Taciana** e **Tatiara**.

AGRADECIMENTOS

À **Deus** por me iluminar nesta pesquisa e em toda a minha vida, por ter guiado meus passos para conseguir mais esta vitória.

À minha família, especialmente os meus pais, **Conceição** e **José Walter**, e às minhas irmãs, **Tatiani**, **Taciana** e **Tatiara**, por toda compreensão pela ausência, pelo amor, incentivo, carinho e confiança que depositaram em mim. A minha prima **Suely** por toda ajuda e compreensão. Vocês são o meu porto seguro. Obrigada!

À minha sobrinha **Raphaella**, que trouxe mais alegria, amor e carinho em minha vida. Te Amo!

Ao meu orientador Profº. Msc. **José Augusto Acácio Bastos** pela construção da ideia desta pesquisa, pela sua orientação, colaboração e apoio.

Aos meus amigos que tive o prazer de conhecer em nossa turma de residência em "nefrocardiovacular": **Gabriela, Jennifer, Joseellen, Danyelle, João Paulo, Mayara, Rose, Maria Alice, Vanessa, Suelen** e **Solange**.

Agradeço especialmente minhas amigas **Jennifer Lopes**, **Gabriela Ribeiro** e **Joseellen Alcântara** por todos os momentos juntas desde os primeiros meses de residência. Vocês são os presentes que ganhei durante esses dois anos. Obrigada por fazerem parte da minha vida, por todo apoio e por todo carinho. Vocês foram sempre a minha força e minhas guias. Amo vocês!

Aos residentes de Fisioterapia, **João Paulo**, **Tatianne** e **Fádia**, por compartilharem comigo essa experiência. Não foi fácil! Passamos por momentos difíceis e a presença de vocês amenizou cada um deles. Somos guerreiros!

Aos nossos professores e preceptores, por todo conhecimento compartilhado. Agradeço a compreensão e o incentivo. Agradeço especialmente os preceptores **Amanda Barrozo, Luciana Figueiredo, Daniel Torres, Carlos Neto, César Ferraz, Paulo Douglas, Camila, Aliane, Edward** e **Tarcisio Nery**.

À coordenação da residência na UEPA e no FPHCGV, **Elizabeth Rassy** e **Teresa Sena**, por todo empenho em buscar melhorias a esse programa.

Agradeço ao **Hospital de Clínicas Gaspar Vianna**, por todo acolhimento e organização do programa de residência multiprofissional.

Ao Prof º Dr. **Renato Teixeira** por sua orientação desde a qualificação do projeto desta pesquisa. Obrigada professor por toda contribuição, pela disposição em me auxiliar na bioestatística e na metodologia.

Aos funcionários do SAME do Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, por sua colaboração na elaboração desta pesquisa.

Às minhas amigas (irmãs), **Gilza Miranda** e **Nathália Souza**, por todo incentivo, toda compreensão, por torcerem comigo e por mim em toda essa trajetória.

À minha banca de qualificação pela contribuição na elaboração dessa pesquisa.

Enfim, agradeço a todos que de uma forma ou de outra contribuiram para a idealização, construção e concretização desta pesquisa.

"Não sei
Se a vida é curta ou longa demais para nós.
Mas sei que nada do que vivemos,
Tem sentindo, se não tocarmos os corações das pessoas.
Muitas vezes basta ser:
Colo que acolhe, braço que envolve,
Palavra que conforta,
Silêncio que respeita,
Alegria que contagia,
Lágrima que corre,
Olhar que sacia,
Amor que promove.
E isso não é coisa de outro mundo:
É o que dá sentido à vida.
É o que faz com que ela não seja nem curta, nem longa demais, mas que seja intensa, verdadeira e pura. Enquanto durar."

Cora Coralina

RESUMO

SILVA, T. S. L. **Avaliação da Qualidade de Vida em Pacientes Após Cirurgia de Revascularização do Miocárdio Realizada na Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna**. 2015. 67f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Cardiovascular – Residência Multiprofissional em Saúde) – Universidade do Estado do Pará, Belém, 2015.

A doença arterial coronariana (DAC) pode ser definida como condição caracterizada por anormalidades funcionais ou estruturais das artérias coronárias, resultando em diminuição da oferta de oxigênio para o miocárdio. A cirurgia de revascularização do miocárdio (RM) visa recuperar o indivíduo físico, psíquico e socialmente, prolongando assim a sua vida e sua qualidade de vida (QV). O objetivo foi avaliar a QV em pacientes após cirurgia de RM realizada na Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna. Pesquisa qualiquantitativa e descritiva com 20 participantes pós cirurgia de RM, com idade que variava de 42 a 76 anos. A maioria era do sexo masculino (65%), pardo (70%), casado (70%) e era natural de Belém (75%). Quanto à escolaridade 45% deles tinham o ensino fundamental incompleto. Em relação às características clínicas a maioria referiu hipertensão arterial sistêmica (85%), estresse (75%) e sedentarismo (75%). Utilizou-se o questionário de avaliação da qualidade de vida específico para infarto agudo do miocárdio MacNew QLMI. Aplicaram-se os testes estatísticos de correlação de Pearson. Em nossos resultados, observamos que os participantes apresentaram melhor percepção da QV nos domínios emocional e físico, com escore médio de 66,95 e 63,75, respectivamente. Já o domínio social apresentou a pior percepção com escore médio de 52,7. De acordo com os resultados aqueles participantes com menos tempo de diagnóstico ou cirurgia apresentaram maior QV em todos os domínios do MacNew, enquanto que a amostra com maior tempo de cirurgia apresentou maior QV apenas em relação ao domínio emocional. Por outro lado, quanto maior o tempo de diagnóstico menor é a QV relacionada ao domínio social da amostra. Já os fatores de risco hipertensão arterial sistêmica, estresse e sedentarismo apresentaram correlação significativa com todos os domínios do questionário MacNew. Alguns fatores foram relatados como problemas pelos participantes como as mudanças nos hábitos de vida em decorrência do tratamento, a dependência de outras pessoas para realizar atividades e a proteção excessiva da família, que os impede de realizar sozinhos algumas atividades.

Palavras chaves: Qualidade de Vida, Cirurgia cardíaca, Fisioterapia.

ABSTRACT

SILVA, T. S. L. **Assessment of Quality of Life in Patients After Myocardial Revascularization Surgery Performed on Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna.** 2015. 67f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Cardiovascular – Residência Multiprofissional em Saúde) – Universidade do Estado do Pará, Belém, 2015.

Coronary artery disease (CAD) can be defined as a condition characterized by structural or functional abnormalities of the coronary arteries, resulting in decreased oxygen delivery to the myocardium. The myocardial revascularization surgery (MRS), aims to restore the individual physical, psychic and social, thus prolonging their life and their quality of life (QOL).The objective was to evaluate QOL in patients after MRS performed in Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna. Qualiquantitative and descriptive research with 20 participants after MRS, with age ranging 42-76 years. Most were male (65%), brown (70%), married (70%) and was born in Belém (75%). As for education 45% had incomplete primary education. Regarding clinical characteristics most reported hypertension (85%), stress (75%) and physical inactivity (75%). We used the questionnaire to assessment the specific quality of life for acute myocardial infarction MacNew QLMI. Were applied statistical test of Pearson correlation. In our results, we found that participants showed better perception of QoL in emotional and physical, with a mean score of 66.95 and 63.75, respectively. But the social domain had the worst perception with a mean score of 52.7. According to the results those participants with less time of diagnosis or surgery had higher QOL in all areas of MacNew, whereas the sample with longer surgery had a higher QOL only for the emotional domain. On the other hand the longer the time of diagnosis the lower is the QOL related to social sample domain. Have the hypertension risk factors, stress and sedentary lifestyle were significantly correlated with all areas of MacNew questionnaire. Some factors have been reported as problems by the participants as changes in lifestyle as a result of treatment, the dependence on others to carry out activities and excessive protection of the family, which prevents them from performing some activities alone.

Keywords: Quality of Life, Cardiac surgery, Physiotherapy.

LISTA DE SIGLAS

AVD'S	Atividade de Vida diárias
DAC	Doença Arterial Coronariana
ECG	Eletrocardiograma
FPEHCGV	Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
OMS	Organização Mundial da Saúde
QV	Qualidade de Vida
RM	Revascularização do Miocárdio
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEAFTO	Unidade de Ensino e Assistência em Fisioterapia e Terapia Ocupacional
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 13
2 OBJETIVOS 15
2.1 GERAL 15
2.2 ESPECÍFICOS 15
3 JUSTIFICATIVA 16
4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA 18
4.1 INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO 18
4.1.1 FISIOPATOLOGIA 19
4.1.2 CLASSIFICAÇÃO 20
4.1. 3 DIAGNÓSTICO 20
4. 1. 4 QUADRO CLINICO 21
4.1.5 FATORES DE RISCO 21
4.2 CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO 22
4.3 QUALIDADE DE VIDA 23
4.4 REABILITAÇÃO CARDÍACA 24
4.5 FISIOTERAPIA 25
5 METODOLOGIA 26
5.1 TIPO DE ESTUDO 26
5.2 LOCAL DO ESTUDO 26
5.3 CASUÍSTICA 26
5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO 26
5.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO 27
5.6 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DA COLETA DE DADOS 27
5.6.1 QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA MAC NEW QLMI 28
5.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA 29
5.8 ASPECTOS ÉTICOS 29
6 RESULTADOS 30
6.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA 30
6.2 RESULTADOS REFERENTES À AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA 33
7 DISCUSSÃO 35
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS 44

REFERÊNCIAS 46
ANEXO A – QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA MAC NEW QLMI 52
ANEXO B – PARECER DE APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA 60
APÊNDICE A – TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS DOS PRONTUÁRIOS DOS PACIENTES 61
APÊNDICE B – FICHA DE AVALIAÇÃO 62
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 64
APÊNDICE D – ACEITE DO ORIENTADOR 66

1. INTRODUÇÃO

A doença arterial coronariana (DAC) pode ser definida como condição caracterizada por anormalidades funcionais ou estruturais das artérias coronárias, resultando em diminuição da oferta de oxigênio para o miocárdio (SERRANO JR, 2009). É uma das principais causas mundiais de morte, sendo a primeira na população de 60 anos ou mais (LIMA *et al.*, 2011).

Acredita-se que no ano de 2020 as doenças cardiovasculares serão responsáveis por mais de 20 milhões de mortes/ano; em 2030, o número de mortes ultrapassará 24 milhões/ano (CHRISTMANN *et al.*, 2011).

Vários fatores contribuem para o desenvolvimento das DAC, divididos em fatores de risco modificáveis, parcialmente modificáveis e não modificáveis. Os fatores de risco modificáveis são aqueles que podem ser controlados com medicação, prática de exercícios físicos regulares e modificações de hábitos alimentares e dietas. Fazem parte deste grupo dislipidemia, diabetes mellitus, tabagismo, sedentarismo, hipertensão arterial, obesidade e estresse (PASCHOAL, 2010).

A manifestação clínica mais comum na DAC é a angina ou dor precordial. Sendo que esta pode ser grave ou transitória e cerca de 9% dos pacientes com angina desenvolvem infarto agudo do miocárdio (IAM) (GONDIM, OLIVEIRA, GROSSI, 2003).

O principal objetivo do tratamento cirúrgico da DAC crônica é a correção da isquemia miocárdica, provocada pelas obstruções das artérias coronárias. Com a revascularização do miocárdio procura-se aliviar a angina do peito, melhorar a qualidade de vida, evitar o infarto do miocárdio e prolongar a vida (SERRANO JR, 2009).

A cirurgia de revascularização do miocárdio visa, entre outros objetivos, recuperar o indivíduo físico, psíquico e socialmente, prolongando assim a sua vida e sua qualidade de vida (BAPTISTA *et al.*, 2012).

A reabilitação precoce Pós IAM deve ser realizada com o objetivo de melhorar os índices de sobrevida, diminuir as comorbidades, ampliar a capacidade funcional e resgatar uma boa condição psicológica, o que influenciam sobre a qualidade de vida e a reintegração do paciente a sociedade e ao seu ambiente de trabalho (PASCHOAL, 2010).

A prática regular de exercícios físicos, em pacientes pós IAM, demonstra redução significativa de risco de morte cardiovascular e da mortalidade global (REGENGA, 2012).

Assim, os programas de reabilitação cardíaca possuem o objetivo de permitir aos pacientes que sofreram IAM, retornar o mais rápido possível as atividades de vida diárias (AVD'S), sem possíveis limitações impostas pelo processo patológico (III DIRETRIZ SOBRE TRATAMENTO DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO, 2004).

A definição global de qualidade de vida engloba as condições externas de vida e as experiências subjetivas do indivíduo (MORIEL *et al.*, 2010). A avaliação da qualidade de vida (QV) é uma ferramenta importante e cada vez mais utilizada em doenças crônicas como uma forma de mensuração do impacto da doença na QV do paciente (CICONELLI, 2003).

Essa mensuração é realizada por meio de questionários, que apresentam validade e confiabilidade. Os mesmos abordam funções físicas, emocionais e sociais (CICONELLI, 2003). O questionário de qualidade de vida MacNew QLMI é utilizado para avaliar a qualidade de vida após infarto. É um questionário curto, que avalia as funções físicas, emocionais e sociais, e apresentam confiabilidade, validade, responsividade e sensibilidade adequadas aos seus propósitos (ALCÂNTARA, 2005).

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL:

Avaliar a qualidade de vida em pacientes após cirurgia de revascularização do miocárdio (RM) atendidos na Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, por meio do questionário MacNew QLMI.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Descrever as principais características clínicas e epidemiológicas dos pacientes pós RM atendidos na Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna;
- Correlacionar a qualidade de vida associando os escores dos domínios físico, emocional e social com os fatores de risco e o tempo decorrido após a RM;
- Analisar os fatores que influenciam a qualidade de vida da amostra.

3. JUSTIFICATIVA

Segundo Cavenaghi *et al.* (2011), as doenças cardiovasculares são as principais causas de morte e internação hospitalar no Brasil. Atualmente são amplamente discutidas em países em desenvolvimento e subdesenvolvidos devido ao aumento crescente de casos de óbitos por doenças cardíacas (CHRISTMANN *et al.*, 2011).

Entre as alternativas de tratamento da doença arterial coronariana, a cirurgia de revascularização do miocárdio promove remissão dos sintomas de angina e contribui para o aumento da expectativa e melhoria da qualidade de vida (CAVENAGHI *et al.*, 2011). A Fisioterapia no pós operatório dessa cirurgia busca tratar e prevenir complicações contribuindo assim com a melhora da qualidade de vida dessa população (CAVENAGHI *et al.*, 2011).

Levando em consideração que as doenças cardiovasculares comprometem a qualidade de vida dos indivíduos devido a deteriorização da função cardíaca (CHRISTMANN *et al.*, 2011), torna se importante verificar a percepção de qualidade de vida desses indivíduos após a cirurgia de revascularização do miocárdio.

Assim, baseado no exposto acima se pode comprovar o interesse e a importância da realização desta presente pesquisa a comunidade científica, acadêmica e para o Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, hospital de referência regional de cirurgia cardíaca, visto que poderá ser analisado como os indivíduos que realizaram procedimento cirúrgico se encontram atualmente.

Durante o desenvolvimento da residência em atenção à saúde cardiovascular da Universidade do Estado do Pará e com o atendimento junto a esses pacientes no pós operatório de cirurgia de revascularização do miocárdio surgiu o interesse em pesquisar novos conhecimentos sobre a recuperação dessa população após a alta hospitalar.

Levando em consideração que todos os pacientes pós cirurgia de revascularização do miocárdio realizam Fisioterapia no seu pós operatório imediato e após a alta hospitalar torna se difícil à equipe conhecer a percepção de qualidade de vida desses pacientes. Surgiram assim dúvidas se após a saída do hospital

houve mudanças de hábitos de vida como a realização de atividade fisica regular, mudanças de hábitos alimentares, se houve acompanhamento fisioterapêutico após a alta hospitalar. Além de procurar saber quais os fatores que influenciam a qualidade de vida dos pacientes após a cirurgia de revascularização do miocárdio. Estes questionamentos influenciaram e instigaram a elaboração deste presente projeto de pesquisa.

4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 Infarto Agudo do Miocárdio

As doenças cardiovasculares estão entre as principais causas de morte nos países desenvolvidos e sua ocorrência tem aumentado de forma epidêmica nos países em desenvolvimento. No Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por cerca de 32,6% de causa de morte determinada e a terceira maior causa de internações no país (CARVALHO, MACHADO, MAIA, 2005; CAVENAGHI *et al.*, 2011;TITOTO *et al.*, 2005).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde as doenças cardiovasculares são responsáveis por 16,7 milhões de morte ao ano, com projeções para o ano de 2020 de sua manutenção como principal causa de mortalidade e incapacitação (AVEZUM *et al.*, 2006 apud LIMA *et al.*, 2009).

A incidência de doenças cardiovasculares nos países desenvolvidos vem aumentando a cada ano, com 80% relacionadas à doença arterial coronariana, cujas principais manifestações clínicas são a angina pectoris, o IAM, insuficiência cardíaca e a morte súbita (COLOMBO, AGUILLAR, 1997; SCHNEIDER *et al.*, 2008; TITOTO *et al.*, 2005).

Diversos fatores contribuem para o desenvolvimento das DAC, sendo divididos em: fatores de risco modificáveis, parcialmente modificáveis e não modificáveis (ALCÂNTARA, 2005; PASCHOAL, 2010).

Os fatores de risco modificáveis são aqueles que podem ser controlados com medicação, prática de exercícios físicos regulares e modificação de hábitos alimentares e dietas. Pois o comportamento e os padrões de consumo não saudáveis dos indivíduos contribuem para o surgimento de doenças cardiovasculares. Neste caso, incluem-se dislipidemia, diabetes mellitus, tabagismo, sedentarismo, hipertensão arterial (HAS), obesidade e estresse (ALCÂNTARA, 2005; PASCHOAL, 2010; SCHNEIDER *et al.*, 2008).

Os fatores de risco parcialmente modificáveis (aqueles que podem se modificar, porém com maior dificuldade) incluiriam HDL com valor baixo, menor que

35 mg/dl, lipoproteína A, fibrinogênio e homocisteína, fatores de risco independentes para cardiopatia coronariana (PASCHOAL, 2010).

Os fatores de risco não modificáveis incluem a idade, o sexo, a história familiar positiva para doença coronariana e a etnia. Segundo a Socesp – Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo -, a incidência de DAC é três a quatro vezes maior nos homens, a partir dos 55 anos, do que em mulheres (PASCHOAL, 2010).

Dentre as doenças cardiovasculares, destacam-se o IAM, que contribui consideravelmente para o aumento do número de óbitos em idosos (STUMM *et al.*,2009).

A principal causa de IAM é a aterosclerose, com um processo de trombose associado a obstrução total da coronária na primeiras horas de evolução do IAM (BRITO *et al.*, 2002).

De acordo com Stumm *et al.* (2009) e Serrano jr. *et al.*(2009), o IAM decorre de necrose no miocárdio por isquemia grave, resultando em ruptura de uma placa de gordura, ocorre tipicamente após a formação abrupta de trombo oclusivo em placa ateromatosa fragmentada em artéria coronária importante.

O IAM é caracterizado por dor torácica intensa e prolongada, alterações eletrocardiográficas progressivas e elevação transitória das enzimas cardíacas (STUMM *et al.*, 2009).

4.1.1. Fisiopatologia

Segundo Huguenin (2011), a insuficiência coronária aguda ocorre quando o miocárdio é privado de oxigênio por um prolongado período e consegue restabelecer oxigenação. Quando o músculo cardíaco permanece em isquemia intensa e continua as células miocárdicas sofrem lesões irreversíveis, o que caracteriza o quadro clínico do IAM.

Quando há interrupção do fluxo em uma artéria coronária, a zona do miocárdio suprida por esse vaso imediatamente perde sua capacidade de se encurtar e desempenhar sua função contrátil. Observa-se dilatação ventricular

aguda, caracterizada por adelgaçamento e distensão da região comprometida. Acompanhado a essas alterações, inicialmente, ocorre uma hipercinesia no miocárdio normal como mecanismo compensatório agudo, que incluem aumento na atividade do sistema nervoso simpático e mecanismo de Frank-Starling (MANSUR *et al.*, 2006).

Para Piegas *et al.* (2004), após uma lesão celular isquêmica ocorre aumento da permeabilidade da membrana e a consequente liberação de seus constituintes na circulação sanguínea. Quanto maior o dano celular maiores serão as moléculas liberadas. Os marcadores de lesão miocárdica são macromoléculas intracelulares liberadas após a lesão da membrana do sarcolema dos miócitos decorrentes de necrose.

De acordo com Braunwald (2010), o edema, o infiltrado celular e a fibrose aumentam a rigidez do miocárdio infartado no decorrer do tempo. O aumento da rigidez na zona infartada do miocárdio melhora a função ventricular esquerda, pois ela impede a motilidade parietal sistólica paradoxal.

4.1.2. Classificação

O IAM pode ser classificado de acordo com a espessura em: transmural, quando a lesão afeta todas as camadas do músculo cardíaco, possivelmente afetando a função propulsora do coração; ou, subendocárdico, quando só atinge as camadas internas do miocárdio, não comprometendo os movimentos cardíacos (HUGUENIN, 2011).

Assim como pode ser classificado quanto à localização da lesão em: infarto anterior, quando a obstrução encontra-se na artéria descendente anterior; infarto anterolateral, quando ocorre a obstrução na artéria diagonal; infarto inferior, quando a obstrução ocorre na coronária direita ou nos ramos da artéria circunflexa (HUGUENIN, 2011).

4.1.3. Diagnóstico

Os critérios clássicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o diagnóstico de IAM requer, que pelo menos dois ou três seguintes elementos estejam presentes: uma história de desconforto torácico do tipo isquêmico, alterações evolutivas nos traçados de eletrocardiograma (ECG) obtidos de forma seriada (sendo o supradesnivelamento do segmento ST e a onda Q no ECG de alta indicação de IAM) e uma elevação e queda nos marcadores séricos cardíacos (BRAUNWALD, 2010).

A evolução do IAM é acompanhada pelas alterações dos exames laboratoriais de creatina fosfoquinase, com as suas isoenzimas e a desidrogenase lática DHL (OLIVEIRA, 2004).

4.1.4. Quadro Clínico

Caracteriza-se por dor precordial ou subesternal, intensa em queimação, constritiva, em aperto, com ou sem irradiação para os braços. Também pode se irradiar para o abdome, dorso, mandíbula inferior e pescoço. Além de dificuldade para respirar. Em geral ocorre repentinamente, sendo mais intensa que a dor anginosa. É uma dor continua que não se alivia com o repouso ou a nitroglicerina, sua duração é superior a 15 minutos. Pode haver também sudorese fria, náuseas, vômitos e síncope (FIGUEIREDO, 2009; PASCHOAL, 2010).

4.1.5. Fatores de Risco

Segundo Paschoal (2010), os fatores de risco podem ser classificados em modificáveis, parcialmente modificáveis e não modificáveis. Os fatores de risco modificáveis são dislipidemia, diabetes mellitus, tabagismo, sedentarismo, hipertensão arterial, obesidade e estresse. Os fatores de risco parcialmente modificáveis são aqueles que podem se modificar, porém com maior dificuldade, incluem HDL com valor baixo (menor do que 35 mg/dl), lipoproteína A, fibrinogênio e homocisteína. Os fatores de risco não modificáveis incluem a idade, o sexo, a história familiar positiva para doença coronariana e a etnia.

4.2. Cirurgia de Revascularização do Miocárdio

A cirurgia cardíaca pode ser definida como um processo de restauração e restituição das capacidades vitais, compatíveis com a capacidade funcional do coração daqueles pacientes que já apresentaram previamente doenças cardiacas. É indicada nos casos em que ocorreram resultados insatisfatórios da terapêutica, com medicação trombolítica, angioplastia primária e com deterioração clínica do paciente (LIMA *et al.*, 2011; OLIVEIRA, 2004).

A cirurgia de revascularização do miocárdio é o procedimento de rotina para tratamento de pacientes com sintomas de isquemia miocárdica (FERREIRA *et al.*, 2010).

Segundo Baptista *et al.* (2012), a cirurgia de revascularização do miocárdio possui como objetivos aumentar a sobrevida, aliviar os sintomas da isquemia miocárdica, melhorar a função ventricular, prevenir o infarto do miocárdio, recuperar o paciente físico, psíquica e socialmente, prolongar a vida e a qualidade de vida do paciente.

De acordo com Piegas *et al.* (2004), a cirurgia de revascularização do miocárdio é indicada de acordo com critérios clássicos, a partir de 3 a 7 dias após o episódio do infarto, com mortalidade operatória semelhante à observada em pacientes portadores de insuficiência coronariana aguda.

Conforme Baptista *et al.* (2012), a operação cardíaca compreende uma série de mudanças na vida dos pacientes, por ser um procedimento invasivo e em decorrência da presença de dor e ansiedade dos pacientes e da família.

Os pacientes que são submetidos à cirurgia de RM apresentam risco relativamente alto de desenvolver complicações pulmonares, como atelectasias, pneumonia e derrame pleural. Sendo que essas complicações aumentam o período de internação hospitalar (FERREIRA *et al.*, 2010).

Entre as estratégias utilizadas nos pacientes após cirurgia de RM que evoluíram com complicações pulmonares é a fisioterapia respiratória realizada primeiramente na fase hospitalar (FERREIRA *et al.*, 2010).

4.3. Qualidade de Vida

Trata se de uma expressão de grande complexidade, pois pode ser representada de forma diferente para cada pessoa. Atualmente este conceito não está baseado apenas as condições biológicas e socioeconômicas mínimas, a ampliação deste conceito ocorreu em decorrência do avanço tecnológico e o aumento da conscientização e preocupação com o bem estar e qualidade de vida do ser humano. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a qualidade de vida, atualmente, é a percepção do individuo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (CARVALHO, 2013).

Estudos que investigaram a QV em portadores de doenças crônicas, tais como diabetes e hipertensão arterial, demonstraram comprometimentos que interferem diretamente nas atividades da vida diária, social e nos relacionamentos, afetando a QV nessas pessoas (CARVALHO, 2013).

Neste contexto, a cirurgia cardíaca está associada à morbimortalidade, incluindo incapacidades físicas e funcionais crônicas, que possuem impacto na qualidade de vida desses pacientes (BAPTISTA *et al.*, 2012).

A saúde física e psíquica do paciente estará comprometida e, diretamente, sua qualidade de vida. Afirma-se que a saúde é um aspecto fundamental para a definição de qualidade de vida do indivíduo, pelas limitações que a própria doença traz, devendo-se levar em consideração também, em um contexto mais amplo, os aspectos biopsicossociais (CHRISTMANN *et al.*, 2011).

De acordo com Christmann *et al.* (2011), é presumível que a QV dos pacientes com doenças cardiovasculares seja prejudicada, já que um contexto geral da vida diária estará afetado pela incapacidade física que a doença cardíaca traz.

A avaliação e a mensuração da QV são importantes para o processo de tomada de decisão clínica e determinação dos benefícios terapêuticos, percepção que o paciente possui sobre sua doença, além de constituir uma forma de avaliação da sobrevida do paciente (BAPTISTA *et al.*, 2012).

Conforme Sheicher e Sologuren (2002), um tratamento que pode auxiliar para a melhora da qualidade de vida em pacientes que sofreram IAM é a reabilitação por meio de exercícios, a reabilitação cardíaca.

4.4. Reabilitação Cardíaca

A doença coronariana é progressiva e a abordagem realizada, durante a reabilitação cardíaca, visa restabelecer a capacidade funcional comprometida pelo evento coronário, ou seja, infarto agudo do miocárdio ou após angioplastia coronariana ou após revascularização do miocárdio. Essa abordagem tem como objetivo evitar a progressão da doença e sua recorrência através dos benefícios dos exercícios e modificações nos fatores de risco (PASHKOW, 1993 apud OLIVEIRA, 2004).

De acordo com Oliveira (2004), a reabilitação cardíaca é definida como um processo de desenvolvimento e manutenção de níveis de atividade física, social e psicológica, após o início da doença cardiovascular. Envolvendo a combinação de programa de condicionamento físico e de propostas educacionais voltadas para a modificação de fatores de risco, através de mudanças de comportamento, de aconselhamento dietético, manejo do estresse, além da otimização da terapia medicamentosa.

Para Lima *et al.* (2011), os principais objetivos da reabilitação cardiovascular são permitir aos cardiopatas retornar, o quanto antes, à vida produtiva e ativa, a despeito de possíveis limitações impostas pelo seu processo patológico.

A reabilitação cardíaca inclui o treinamento físico, a estratificação de risco, a limitação das consequências fisiológicas, psicológicas e sociais impostas pela doença, a modificação de fatores de risco, o alívio dos sintomas, a melhora da função cardiovascular e, consequentemente, a diminuição da morbimortalidade (LIMA *et al.*, 2011; OLIVEIRA, 2004).

4.5. Fisioterapia

A Fisioterapia cardiovascular é dividida em três fases. A fase I envolve os aspectos relacionados aos cuidados intensivos voltados ao paciente. Possui como objetivos reduzir os efeitos deletérios do repouso prolongado no leito, avaliar as respostas clínicas ao esforço, diminuir o tempo de internação hospitalar e as complicações cardiorrespiratórias (HISS *et al.*, 2012; PASCHOAL, 2010).

Assim a Fisioterapia respiratória é um dos recursos utilizados para reverter a disfunção pulmonar pós cirurgia de revascularização do miocárdio. Destacam se neste contexto a mobilização precoce, posicionamento, exercícios respiratórios e técnicas de higiene brônquica (RENAULT *et al.*, 2009).

A fase I do processo de reabilitação é importante também ser realizada uma orientação a cerca dos fatores de risco cardiovascular e mudanças no estilo de vida como parar de fumar, dieta adequada, controle de estresse e sedentarismo, entre outros. Isso contribui para a queda da mortalidade (GARDENGHI, DIAS, 2007; LIMA *et al.*, 2011).

Segundo Oliveira (2004), a inatividade física prévia e o repouso prolongado, após a cirurgia, podem predispor às complicações pulmonares e tromboembólicas. Assim, o condicionamento físico, na primeira fase da reabilitação, visa promover o desenvolvimento da capacidade respiratória e é importante na prevenção dos processos vasculares venosos e das tromboflebites.

Estudos mostram que a atividade física promove diminuição da dispneia, redução dos sinais clínicos da angina pectoris e diminuição da claudicação e da fadiga (PASCHOAL, 2010).

Conforme Hiss *et al.* (2012), em seu estudo verificou que a Fisioterapia na fase I poderá ser realizada em média 24 horas após um episódio agudo, desde que os pacientes apresentem IAM não complicado e estejam clinicamente estáveis.

5. METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa qualiquantitativa, transversal e descritiva.

5.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em dois momentos, primeiramente o levantamento de dados na Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (FPEHCGV), localizado na Travessa Alferes Costa S/N, bairro Pedreira, telefone (91) 4005-2500. Logo em seguida a aplicação dos questionários que foi marcada no hospital nos dias de consulta dos participantes no ambulatório de Cardiologia.

5.3 CASUÍSTICA

A amostra foi composta por 20 pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio, atendidos no Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, que realizaram acompanhamento fisioterapêutico. O N da amostra foi estabelecido de acordo com a experiência profissional na FPEHCGV.

5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos na pesquisa pacientes que residem na cidade de Belém, submetidos pela primeira vez à cirurgia de revascularização do miocárdio, com idades entre 40 e 80 anos, que realizaram cirurgia na FPEHCGV, colaborativos e que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa e que concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

5.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos da pesquisa pacientes que apresentaram patologias associadas (neurológica, insuficiência renal, pneumopatia crônica, amputações e diabetes descompensada), pacientes com complicações respiratórias no pós-operatório (na UTI Coronariana e/ou na enfermaria), pacientes com déficit cognitivo e os pacientes que não residam na Região Metropolitana de Belém.

5.6 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DA COLETA DE DADOS

Inicialmente foi realizado um levantamento de dados no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, onde foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão na pesquisa.

A coleta de dados foi realizada primeiramente por meio da análise dos prontuários, onde foram obtidos dados de identificação pessoal e outras informações sobre a patologia de todos os pacientes residentes na Região Metropolitana de Belém pós cirurgia de revascularização do miocárdio atendidos na FPEHCGV. Os dados foram coletados de acordo com o termo de compromisso de dados dos prontuários dos pacientes (APÊNDICE A).

Após a análise dos prontuários os autores anotaram os endereços e todos os possíveis telefones para contato. Logo em seguida, entramos em contato com os indivíduos que se enquadram aos critérios de inclusão da pesquisa e marcamos um encontro quando o mesmo foi realizar acompanhamento no ambulatório de cardiologia na própria instituição.

Nesse encontro os indivíduos que aceitaram participar da pesquisa foram esclarecidos verbalmente acerca dos objetivos e dos procedimentos do estudo. Logo após a assinatura do TCLE, pelo indivíduo e autores da pesquisa, marcamos um dia e horário para a aplicação dos instrumentos da pesquisa.

Os pacientes integrantes do estudo foram submetidos a uma ficha de avaliação elaborada pelos autores da pesquisa e validada pelo orientador (Apêndice B). Esta ficha procurou buscar dados sócios demográficos, variáveis clínicas e

investigar quais aspectos foram influenciados ou não após a cirurgia de revascularização do miocárdio.

Nesse questionário o participante respondeu três perguntas formuladas pelos autores do projeto, questionando acerca da realização de atividades que o participante deixou ou não de realizar após a cirurgia. O conteúdo das entrevistas foi registrado pelo dispositivo gravador de voz de um aparelho de Mp3 Player Foston 2 GB e também escritos manualmente, para garantir a integridade do conteúdo e evitar possíveis danos ao mesmo.

Para a análise desse material (gravado e transcrito), inicialmente foi realizada a leitura completa de cada resposta. As falas presentes nas respostas das três perguntas foram registradas através de numeração e posteriormente categorizadas quanto a: realização de atividade física, realização de atividade profissional e aspectos que foram ou não influenciados após a cirurgia.

A avaliação da qualidade de vida foi realizada através de coleta de dados por meio da utilização do questionário de qualidade de vida para infarto agudo do miocárdio *Quality of Life After Miocardial Infarction* (MACNEW QLMI) (Anexo A).

5.6.1 Questionário de Qualidade de Vida MacNew QLMI

O MacNew QLMI foi elaborado na Universidade de Newcastle, Austrália em 1993, para pacientes no pós infarto do miocárdio que apresentam moderados níveis de ansiedade e/ou depressão. Esse questionário investiga sintomas como a presença de dor torácica, fadiga, dificuldade de respirar e dores em membros inferiores (OLDRIDGE *et al.*, 1998; BENETTI, NAHAS, BARROS, 2001).

Este questionário foi validado para língua portuguesa por Benetti e colaboradores no ano de 1999 em Santa Catarina. A versão brasileira é considerada um instrumento de simples utilização e seguro para avaliar a QV de indivíduos que sofreram infarto (BENETTI, NAHAS, BARROS, 2001).

O questionário é composto por 27 questões, com o escore máximo de 7 para cada uma, e o mínimo de 1. Apresenta escore máximo e mínimo de 189 e 27 respectivamente. Sendo dividido em três domínios, o escore emocional é calculado pela soma de 14 itens (questões 1,2,3,4,5,6,7,8,10,12,13,15,18,23), o escore físico,

pela soma de 14 itens (questões 1,6,9,12,14,16,17,19,20,21,24,25,26,27), e escore social pela soma de 13 itens (questões 2,11,12,13,15,17,20,21,22,24,25,26) e somar as notas de cada questão pertencente a cada domínio, não fazendo parte da contagem as respostas perdidas (OLDRIDGE *et al.*, 1998; BENETTI *et al.*, 2001).

5.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

As informações colhidas foram registradas nas fichas de avaliação e foram submetidas à análise estatística através do software Bioestat 5.3. As estatísticas descritivas foram utilizadas para apresentar as variáveis qualitativas por meio de frequências relativas e as variáveis quantitativas por meio de medidas de tendência central e de variação (AYRES *et al.*, 2007).

A avaliação se houve ou não correlação entre a presença dos fatores de risco e o tempo depois da cirurgia de revascularização do miocárdio com os escores do questionário com os escores do MacNew, se utilizou o teste de correlação de Pearson, estabelecendo-se o grau de significância $p < 0,05$ (AYRES *et al.*, 2007).

Os resultados foram lançados em um banco de dados do Programa Microsoft Excel versão 2010 e posteriormente expostos em tabelas.

5.8 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna – FPEHCGV, local onde foi realizada a pesquisa, após a assinatura do documento de Aceite do Orientador (Apêndice B). A coleta iniciou após aprovação do Comitê de ética em pesquisa (Anexo B) nos termos da Resolução (Res.CNS 466/12) do Conselho Nacional de Saúde, de acordo com o CAAE 25542614.7.0000.0016.

Os pacientes envolvidos no estudo foram esclarecidos, verbalmente e por escrito, quanto aos aspectos éticos e legais, dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos que foram utilizados e dos riscos e benefícios da pesquisa, através do TCLE (Apêndice C). Foi garantido o anonimato e o afastamento da pesquisa pelo paciente a qualquer momento, se assim o desejar. Mediante a assinatura do TCLE pelo paciente ou seu responsável e pelo orientador da pesquisa iniciou-se a coleta de dados.

6. RESULTADOS

6 1 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra da pesquisa foi composta por 20 (vinte) participantes, dentre os quais 13 (65%) do sexo masculino e 7 (35%) do sexo feminino. A média de idade das participantes no periodo da pesquisa foi de 59,9± 7,5 anos (variando de 42 a 76 anos); a média do tempo de diagnóstico da doença foi de **14**,5± 4,4 meses (variando de 6 a 21 meses) e tempo de cirurgia semelhante de 13,7, variando de 5 a 19 meses, como pode ser analisado na **tabela 01**.

Tabela 01: Medida de tendência central e variação da idade e tempo de diagnóstico em uma amostra de n= 20 pacientes que realizaram cirurgia de revascularização do miocárdio na Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (FPEHCGV)

	Idade (anos)	**T Diagnóstico (meses)**
Mínimo	42.0	6.0
Máximo	76.0	21.0
Média	59.9	14.5
D Padrão	7.5	4.4

Fonte: Protocolo de pesquisa

Dentre os participantes da amostra 6 (30%) eram da cor branca e 14 (70%) da cor parda. Quanto à origem, 75% nasceram do município de Belém. Das cinco pessoas que nasceram em outra cidade, dois (10%) de Ananindeua, e um (5%) de Marituba, um da Ilha do Marajó e um do Estado do Amazonas. Observou se também que dos 20 participantes, nove (45%) dispunham de escolaridade em nível fundamental incompleto, sete (35%) nível fundamental completo, dois (10%) nível médio incompleto e apenas dois (10%) haviam concluído o ensino médio. Em relação à situação conjugal, 14 (70%) eram casados, cinco (25%) solteiros e apenas um (5%) era viúvo, como observado na **tabela 02**.

Tabela 02: Características sociodemográficas de 20 pacientes que realizaram cirurgia de revascularização do miocárdio na Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (FPEHCGV)

Variável sóciodemográfica	Nº	%
Sexo	**20**	**100,00**
Feminino	07	35,00
Masculino	13	65,00
Estado civil	20	100,00
Casado	14	70,00
Solteiro	05	25,00
Viúvo	01	5,00
Escolaridade	**20**	**100,00**
Ensino fundamental incompleto	09	45,00
Ensino fundamental completo	07	35,00
Ensino médio Completo	02	10,00
Ensino Médio Incompleto	02	10,00
Faixa etária	**20**	**100,0**
40-49	02	10,0
50-59	06	30,0
60-69	11	55,0
70-79	01	5,0
Procedência	**20**	**100,00**
Belém	15	75,00
Marajó	01	5,00
Ananindeua	02	10,00
Marituba	01	5,00
Amazonas	01	5,00

Fonte: Protocolo de pesquisa

Conforme a **tabela 03**, o fator de risco com maior prevalência foi a hipertensão arterial sistêmica (85%) e a menor prevalência foi o tabagismo (20%).

Tabela 03: Prevalência dos fatores de risco de pacientes que realizaram cirurgia de revascularização do miocárdio na Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (FPEHCGV), n=20

	N	Prevalência (%)
HAS	17	85.0
Diabetes Melitus	8	40.0
Tabagismo	4	20.0
Ex tabagista	7	35.0
Estresse	15	75.0
Sedentarismo	15	75.0

Fonte: Protocolo de pesquisa

Dentre os participantes cinco (25%) receberam encaminhamento para a realização de tratamento fisioterapêutico na Unidade de Ensino e Assistência em Fisioterapia e Terapia Ocupacional – UEAFTO, após a alta hospitalar. Entretanto, somente três (15%) realizaram acompanhamento nesta unidade, dentre os quais dois foram acompanhados por um mês, um três vezes na semana (P08) e o outro duas vezes na semana (P13). Enquanto que um participante realizou somente sete sessões (P03), como demonstrado na **tabela 04**.

Tabela 04: Distribuição dos pacientes que receberam atendimento fisioterapêutico após a alta hospitalar, n=20

	N	Prevalência (%)
Realizaram Fisioterapia	3	15.0
Não realizaram Fisioterapia	17	85.0

Fonte: Protocolo de pesquisa

Na amostra estudada, apenas cinco (25%) participantes realizam atividade física regular em pelo menos três dias na semana. Dentre os quais, quatro realizam caminhada e um anda de bicicleta todos os dias.

Já em relação à atividade profissional, somente três (15%) participantes afirmaram realizar atividade profissional renumerada e nove (45%) encontravam sem desempenho de atividade renumerada, como mostra a **tabela 05**.

Tabela 05: Situação profissional dos participantes meses após a cirurgia de revascularização do miocárdio, n=20

	N	Prevalência (%)
Sem desempenho de atividade renumerada	9	45.0
Trabalha em casa sem renumeração	4	20.0
Ativo	3	15.0
Recebe benefício do governo	3	15.0
Aposentado	1	5.0

Fonte: Protocolo de pesquisa

6.2 – RESULTADOS REFERENTES À AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

As medidas de qualidade de vida avaliadas pelo instrumento MacNew estão apresentadas na **tabela 06.** Na análise dos dados destaca se que o domínio social apresentou menor pontuação média (52,7±7,9) e o domínio emocional a maior pontuação média (66,9±7,7).

Tabela 06: Análise descritiva dos domínios MacNew, n=20

MacNew	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Físico	49	90	63,75	10,1
Emocional	53	83	66,95	7,7
Social	41	71	52,7	7,9
Total	103	157	123,05	13,82

Fonte: Protocolo de pesquisa

Na **tabela 07**, podemos observar a correlação entre os fatores de risco e os domínios constantes no questionário MacNew QLMI. Os fatores de risco HAS, estresse e sedentarismo apresentaram correlação positiva moderada com todos os domínios do QLMI. O tabagismo obteve correlação positiva moderada com o domínio físico.

Tabela 07: Correlação entre os escores dos domínios físico, emocional e social com os fatores de risco

Fatores de risco	**Domínio**					
	Emocional		Físico		Social	
	R	*P*	r	*P*	r	*P*
HAS	**0.3871**	0,0917	**0,4089**	0,073	**0,3536**	0,1261
Diabetes Melitus	0,1147	0,6301	0,0401	0,8668	0,0829	0,7283
Tabagismo	-0,0523	0,8267	**0,3313**	0,1535	0,1301	0,5847
Estresse	**0,592**	0,0059	**0,4562**	0,0431	**0,4469**	0,0481
Sedentarismo	**0,5621**	0,0098	**0,3315**	0,1532	**0,3883**	0,0906

Fonte: Protocolo de pesquisa
*Correlação de Pearson (r)
Nível de significância $p \leq 0,05$

A **tabela 08** demonstra a correlação entre os valores dos domínios emocional, físico e social com o tempo de diagnóstico e tempo de cirurgia dos pacientes. De acordo com os resultados o grupo abaixo do primeiro quartil (menos tempo de diagnóstico ou cirurgia) apresentou correlação negativa forte com todos os domínios, emocional, físico e social do MacNew. Enquanto que os do grupo acima dos terceiro quartil, ou seja, aqueles com maior tempo de cirurgia apresentaram correlação positiva forte com o domínio emocional e o grupo com maior tempo de diagnóstico da doença apresentou correlação negativa moderada com o domínio social.

Tabela 08: Correlação entre os valores dos escores emocional, físico e social com o tempo de cirurgia

Domínio	TD abaixo do Q1 (<25%)	TC abaixo do Q1 (<25%)	TD acima do Q3(>75%)	TC acima do Q3 (>75%)
Emocional	**-0.8525**	**-0.8031**	-0.2325	**0.7142**
Físico	**-0.8729**	**-0.9077**	-0.4516	0.3284
Social	**-0.9276**	**-0.9832**	**-0.6514**	-0.1503
Total	**-0.9944**	**-0.9723**	-0.5035	0.3230

Fonte: Protocolo de pesquisa
TD: Tempo de diagnóstico; TC: Tempo de cirurgia; Q1: primeiro quartil; Q3: terceiro quartil.
*Correlação de Pearson (r)
Nível de significância $p \leq 0,05$

7. DISCUSSÃO

A amostra do estudo foi constituída por sujeitos com idade média de 59,9 anos, variando de 42 a 76 anos, em sua maioria do sexo masculino, casado e a maioria sem desempenho de atividade renumerada. Quando comparamos esses resultados com a literatura observamos a semelhança nos achados em relação ao sexo e idade, onde verificamos a maioria dos acometimentos em homens e indivíduos idosos (AIKAWA *et al.*, 2014; ALCÂNTARA *et al.*,2007; BAPTISTA *et al.* 2012; BONI, MARTINEZ, SACCOMANN, 2013; DANTAS *et al.*, 2010; GOIS, 2009; HISS *et al.*, 2012; LIMA *et al.*, 2009; ROSSI *et al.*, 2011).

Com relação à situação profissional, observamos que nos estudos de Gois (2009) e Favarato *et al.* (2007) a maioria dos participantes recebiam benefícios da previdência social, o que difere dos dados encontrados em nossa amostra. Entretanto na pesquisa de Dantas *et al.* (2010), foi observado que a maioria de seus participantes eram aposentados ou sem desempenho de atividades renumerada. Segundo Gois (2009), pacientes pós cirurgia cardíaca demonstram receio em realizar atividades que demandam maior desempenho físico, o que pode justificar a maioria da amostra deste estudo estar afastada do trabalho. O que podemos observar nos seguintes depoimentos:

> *O que mudou foi que parei de fazer as atividades de casa como lavar louça, roupa, varrer a casa. Antes quando eu fazia, eu sentia dor, hoje não faço mais pra não fazer força.* P02
>
> *Hoje evito de tá carregando peso, fazer trabalho pesado em casa.* P16

Os dados encontrados nesta pesquisa em relação à escolaridade corroboram com a literatura, onde a baixa escolaridade foi verificada em estudos com participantes com DAC (BONI, MARTINEZ, SACCOMANN, 2013; GOIS, 2009; FAVARATO *et al.*, 2007; LEON, 2007). Todavia foi observado por Rossi *et al.* (2011), o predomínio de pessoas com mais de 11 anos de estudo, o qual equivale a nível superior completo.

Em relação ao tempo de diagnóstico de infarto agudo do miocárdio do presente estudo foi de 14,5 meses com tempo de cirurgia semelhante de 13,7, variando de 5 a 19 meses, dados esses semelhantes ao estudo realizado por

Dantas *et al.* (2010), onde um dos grupos da pesquisa apresentou tempo médio de cirurgia de 11,5 meses.

Foi observado neste estudo, a maioria dos casos (70%) em indivíduos pardos. Dados estes semelhantes ao evidenciado na pesquisa de Barbosa (2012), onde foi encontrada a maior incidência (45%) de sua amostra na raça parda. No entanto, nas pesquisas realizadas por Zornoff (2002) e Alcântara *et al.* (2007), verificamos a maior incidência em IAM e de cirurgias de revascularização do miocárdio na raça branca. Podemos levar em consideração nos dados evidenciados nesta pesquisa a grande miscigenação da população do Estado do Pará.

A maioria dos participantes provinha da Região Metropolitana de Belém (90%). Contudo convém salientar que os indivíduos que residiam no interior do estado foram excluídos da pesquisa. Ressalta-se também que de acordo com os dados coletados no SAME da FPEHCGV, no ano de 2013 foram realizadas 121 cirurgias de revascularização do miocárdio, dentre as quais 52 foram de indivíduos provenientes da região metropolitana de Belém e 69 provinham de outros municípios do interior do Estado do Pará. Isso demonstra a incidência desse acometimento no interior do Estado.

Os dados encontrados nesta pesquisa em relação aos fatores de risco mais frequentes corroboram com algumas pesquisas realizadas com pacientes cardiopatas submetidos à cirurgia cardíaca, onde verificamos a maior incidência de hipertensão arterial sistêmica (85%) (BONI, MARTINEZ, SACCOMANN, 2013; GOIS, 2009; VACCARINO *et al.*, 2003).

Em sua pesquisa Baptista *et al.* (2012), verificou maior incidência de diabetes e tabagismo em sua amostra. Freschi (2011), também achou em seu estudo que 53 participantes eram tabagistas e ex tabagistas. Já Alcântara *et al.* (2007), observaram que 76% de sua amostra apresentou história de tabagismo e 55% de hipertensão arterial sistêmica. Nesta pesquisa houve incidência de apenas 40% para diabetes.

Todavia no estudo de Augusto (2011), apenas 7,6% dos participantes referiram tabagismo. Dados estes semelhantes a presente pesquisa, onde verificamos que apenas 20% da amostra referiram tabagismo e 80% relataram nunca fumar ou eram ex tabagistas (45% e 35%, respectivamente). Esses dados

podem estar associados à maior adesão desses pacientes ao tratamento, visto que durante as entrevistas alguns relataram que por orientações médicas abandonaram o hábito de fumar.

Neste estudo observamos que somente 25% dos participantes receberam encaminhamento para realizar Fisioterapia após a alta hospitalar na UEAFTO. Entretanto somente 15% prosseguiram seu tratamento fisioterapêutico. Estes dados demonstram a baixa adesão dos pacientes a Fisioterapia, resultados semelhantes foram encontrados na pesquisa de Aikawa *et al.* (2014), onde apenas 13% da amostra concluíram um programa de reabilitação cardíaca. Assim como na pesquisa de Augusto (2011), onde 96,4% de sua população estudada referiram não frequentar um programa de reabilitação cardíaca.

Podemos justificar essa baixa adesão a continuação do tratamento fisioterapêutico após alta hospitalar, observada neste estudo, ao fato que alguns participantes referiram ter dificuldade de se deslocar a UEAFTO. Dentre os motivos predominantes encontramos alto custo financeiro e dificuldade por falta de acompanhante.

Esses dados são relevantes, visto que segundo Portugal (2012), a dificuldade de deslocamento aos serviços de saúde pode impedir ou dificultar o acesso aos cuidados de saúde que os pacientes necessitam. Isso pode influenciar na obtenção de um melhor estado de saúde e de informação acerca da doença e do tratamento.

Por outro lado, um fator importante a destacar é a implantação desse serviço de Fisioterapia para pacientes em pós operatório de cirurgia cardíaca. Trata se de um projeto recente, entre os fisioterapeutas da FPEHCGV e a coordenação da UEAFTO, que tem como objetivo estabelecer um serviço de Fisioterapia em reabilitação cardíaca neste local. A implantação deste projeto é de extrema relevância, visto que no Estado do Pará existe uma carência de centros especializados em reabilitação cardíaca, principalmente para atender a população proveniente do sistema único de saúde (SUS). Na região metropolitana de Belém observamos somente algumas clínicas que oferecem esse serviço, porém não são conveniadas ao SUS.

Logo de acordo com o projeto, durante a alta hospitalar os pacientes que residem na região metropolitana de Belém são encaminhados para a UEAFTO. Entretanto são observadas algumas falhas no decorrer desse encaminhamento, como a falta de informação dos próprios funcionários da UEAFTO, que algumas vezes encaminham novamente os pacientes ao hospital. Isso pode também ter influenciado na reduzida quantidade de pessoas que foram acompanhadas pela Fisioterapia na amostra desta pesquisa.

Outro fator identificado foi o baixo número de encaminhamentos (25%) dos pacientes pós alta hospitalar para realização de Fisioterapia. Isto se deve ao fato do programa de reabilitação cardíaca na UEAFTO ser um projeto recente, como abordado anteriormente.

Outra medida que poderia atender essa população seria a implantação de uma equipe multiprofissional de reabilitação cardíaca no ambulatório da FPEHCGV. Onde os pacientes no pós operatório de revascularização do miocárdio seriam acompanhados por fisioterapeutas, psicólogos, assistente social e nutricionistas.

Já em relação à prática regular de atividade física observamos, na amostra estudada, que apenas cinco (25%) participantes realizavam em pelo menos três dias na semana. Dentre os quais, quatro realizavam caminhada e um andava de bicicleta todos os dias. Essa pequena adesão a prática de atividade física pode estar relacionada a dúvidas trazidas durante as entrevistas, sendo estas referentes ao tipo de esforço que pode realizar e se a atividade é suficiente ou excessiva.

Augusto (2011) constatou em sua pesquisa que 48,2% de sua amostra praticava algum tipo de atividade física, sobretudo duas a três vezes na semana com duração que variava de 35 a 45 minutos. Segundo este mesmo autor, atividade física regular é essencial para um estilo de vida saudável, beneficiando fisicamente, mentalmente e socialmente toda população. Contribuindo para uma melhora na qualidade de vida.

Esse resultado é o que buscamos avaliar em nossa pesquisa. A qualidade de vida tem se tornado uma variável muito importante a ser analisada nos últimos anos, visto que esta investigação pode resultar em modificações nas práticas assistenciais e concretização de novos modelos no processo saúde doença. Além disso, muitas

doenças, principalmente as crônicas, comprometem de um modo geral o cotidiano, a função física e psíquica de um indivíduo (ALCÂNTARA, 2005; BENETTI, ARAUJO, SANTOS, 2010; CHRISTMANN *et al.*, 2011; GOIS, 2009).

Christmann *et al.* (2011), concluíram em sua pesquisa que as doenças cardiovasculares em pacientes cardiopatas internados em um hospital acarretaram alterações na capacidade física, mental e perceptiva dos indivíduos, contribuindo para a redução de sua qualidade de vida em geral. Segundo Siviero (2003) a qualidade de vida após infarto agudo do miocárdio sofre alterações para pior, de acordo com a escala de valores de vida de cada paciente. Por outro lado, algumas pesquisas que avaliaram a qualidade de vida após cirurgia de revascularização do miocárdio observaram uma melhora na percepção de qualidade de vida dos participantes (ALCÂNTARA, 2005; BAPTISTA *et al.*, 2012; BENETTI, ARAUJO, SANTOS, 2010; BONI, MARTINEZ, SACCOMANN, 2013; CARVALHO, 2013; CUSTÓDIO, GASPARINO, 2013; DANTAS *et al.*, 2010; FERREIRA *et al.*, 2010; GOIS, 2009; GONÇALVES *et al.*, 2006; NOGUEIRA *et al.*, 2008).

Atualmente os questionários de qualidade de vida mais utilizados na literatura são: SF-36, MacNew QLMI e Seattle Angina Questionnaire (SAQ) (MENEZES, BARROS, CALLES, 2014). Em nosso estudo optamos utilizar o MacNew por ser um questionário específico para avaliar a QV após infarto agudo do miocárdio.

Em nossos resultados, observamos que os participantes apresentaram melhor percepção da QV nos domínios emocional e físico, com escore médio de 66,95 e 63,75, respectivamente. Já o domínio social apresentou a pior percepção com escore médio de 52,7. Vale ressaltar que escores mais altos indicam melhor qualidade de vida. Na pesquisa de Alcântara (2005) também foi observado pior percepção para o domínio social, alcançando escore médio de 58,5.

No estudo realizado por Boni, Martinez, Saccomann (2013) foi também observado impacto no domínio social. Para estes autores o apoio social tem sido considerado fator determinante na recuperação de cardiopatas.

Segundo Carneiro *et al.* (2007), apoio social se refere ao grau em que relações interpessoais correspondem a determinadas funções (por exemplo, apoio emocional, material e afetivo) em situações de necessidade. Esse apoio social pode

contribuir como facilitador para enfrentar a doença, sugerindo que a participação dos pacientes em atividades de reabilitação melhora os aspectos psicossociais e a QV.

De acordo com os resultados aqueles participantes com menos tempo de diagnóstico ou cirurgia apresentaram maior QV em todos os domínios do MacNew, enquanto que a amostra com maior tempo de diagnóstico ou cirurgia apresentou maior QV apenas em relação ao tempo de cirurgia no domínio emocional. Por outro lado, os participantes com maior tempo de diagnóstico da doença apresentaram correlação negativa moderada com o domínio social, ou seja, quanto maior o tempo de diagnóstico menor é a QV relacionada ao domínio social da amostra.

Alcântara (2005) não encontrou em sua amostra de 96 pacientes com tempo de 3 a 18 meses após IAM, ao correlacionar o MacNew e o SF-36 ao tempo decorrido desde o infarto, nenhuma correlação dos escores de QV com o tempo após IAM.

Na literatura observamos algumas pesquisas que encontraram melhor percepção de qualidade de vida relacionada à saúde seis meses após a RVM (FAVARATO *et al.*, 2007; GOIS, 2009; VACCARINO *et al.*, 2003). Todavia na pesquisa de Elliott, Lazarus, Leeder (2006) foi observado deterioração nos domínios Saúde Mental e Aspectos sociais do SF-36. Dado semelhante ao encontrado em nossa pesquisa, onde observamos que para aqueles participantes com maior tempo de diagnóstico da doença houve pior percepção de QV no domínio social do MacNew. Para estes autores uma possível explicação pode estar relacionada às maiores expectativas acerca dos resultados da cirurgia e da recuperação após o tratamento.

Na pesquisa de Aikawa *et al.* (2014) na avaliação da QV por meio do SF-36 após três meses de um programa de reabilitação cardíaca, não observaram melhora nos escores dos 8 domínios do questionário. Estes autores concluiram que é necessária uma divulgação da importância da participação de pessoas após revascularização do miocárdio em um programa de reabilitação, devido à baixa adesão em sua amostra. Fato este que pode justificar os dados encontrados nessa pesquisa, visto que também observamos uma baixa adesão a um programa de reabilitação cardíaca, o que pode ter influenciado a percepção da QV naqueles participantes com maior tempo de diagnóstico da doença.

Em nossa pesquisa observamos que os fatores de risco HAS, estresse e sedentarismo apresentaram correlação positiva moderada com todos os domínios do questionário de qualidade de vida MacNew. Já o tabagismo apresentou correlação positiva moderada com o domínio físico.

Dentre os fatores de risco, o estresse é considerado um agravante para doenças já instaladas ou ainda uma influência negativa na adesão ao tratamento e na mudança de hábitos de vida. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde o estresse é considerado o mal do século e chega a afetar 90% da população mundial (BUSSOLETTO, 2012). Em nossa pesquisa o MacNew apresentou correlação positiva moderada de todos os domínios com o fator de risco estresse.

Logo, quando maior a qualidade de vida da amostra estudada maior é frequência de estresse desses participantes. Já Alcântara (2005) em sua pesquisa não verificou correlação dos domínios do MacNew com o estresse.

Esses dados podem estar relacionados a alguns fatores que foram observados durante as entrevistas, como as mudanças nos hábitos de vida em decorrência do tratamento. Como observado nas seguintes falas:

> *A diferença é que hoje não bebo e nem fumo, além da limitação na alimentação.* P03
>
> *Parei de pegar peso e faço dieta.* P11

De acordo com Galter, Rodrigues, Galvão (2010) a necessidade de mudança de hábitos alimentares acarreta estresse, porque os desejos dos pacientes são reprimidos. Além de saber que ao infringir a dieta alimentar podem sofrer danos.

Verificamos também que durante as entrevistas dois fatores foram caracterizados pelos participantes como problemas, sendo estes a dependência de outras pessoas para realizar atividades e a proteção excessiva da família, que os impede de realizar sozinhos algumas atividades. Como observado nestas citações:

> *Deixei de arrumar a casa como antes, não varro casa, não lavo louça, não cozinho mais. Minha filha tá pagando uma menina pra ela fazer as coisas lá de casa. Porque ela diz que não posso mais ta fazendo essas coisas. Aí é ruim né?! A gente tá na nossa casa e não pode fazer nossas coisas P13*
> *Mudou minha vida principalmente pra cuidar da minha roça. Estou morando na casa da minha filha e só às vezes vou ao interior, mas não deixam eu fazer nada. P15*

Essa condição de dependência pode provocar conflitos como perda de autonomia, pois as pessoas quando não realizam suas atividades com a mesma qualidade que realizavam, se sentem desvalorizadas e insatisfeitas. Isso pode gerar mudanças na percepção de seu papel dentro do contexto que está inserida seja ele familiar, profissional ou social (GALTER, RODRIGUES, GALVÃO 2010).

De acordo com Bussoletto (2012) a necessidade de dependência dos demais, a suspensão temporária de suas atividades, a necessidade do uso frequente de medicação e as frequentes idas às consultas médicas podem ser consideradas como possíveis fontes externas de estresse.

Segundo Galter, Rodrigues, Galvão (2010) a prática regular de exercício físico atenua o estresse emocional, produz aumento da longevidade, diminuição da mortalidade e da incidência de desordens metabólicas.

Indivíduos que possuem maior risco para doença cardiovascular apresentam uma maior tendência em não realizar atividades físicas regulares. Fato este que influencia outros fatores de risco como obesidade, a hipertensão, o diabetes e dislipidemia (BRAUNWALD, 2010). No presente estudo, o questionário de qualidade de vida MacNew apresentou correlação positiva moderada de todos os domínios com o fator de risco sedentarismo. Ou seja, quanto maior a QV maior a frequência de sedentarismo na amostra.

Dixon e Oldridge (2002) encontraram em sua pesquisa correlação do sedentarismo com o domínio físico. Dados estes que diferem dos encontrados em outras literaturas que não encontraram correlação deste fator de risco com nenhum domínio (ALCÂNTARA, 2005; BARBOSA, 2012).

Segundo Alcântara (2005) a reabilitação cardíaca pode ser uma alternativa para melhorar o atendimento de seus pacientes, visto que a reabilitação cardíaca aumenta a capacidade física, melhora o perfil lipídico, reduz a pressão arterial sistêmica, gera benefícios psicológicos e melhora a qualidade de vida.

A reabilitação cardíaca é um conjunto de medidas preventivas e terapêuticas com o objetivo de reduzir o impacto físico e psicossocial das condições limitantes do indivíduo (BENETTI, ARAUJO, SANTOS, 2010).

De acordo com Galter, Rodrigues, Galvão (2010) em sua pesquisa verificaram dificuldades na adesão aos exercícios físicos em sua amostra. Porém, para esses mesmos autores a intolerância ao exercício prediz pior capacidade de realizar tarefas do cotidiano, o que pode influenciar em sua qualidade de vida.

A prática de exercícios físicos parece possuir correlação inversa com a ocorrência de manifestações da DAC. Além disso, é importante destacar o impacto da mudança no estilo de vida no tratamento do IAM, até como possível causa para a regressão da doença (BENETTI, ARAUJO, SANTOS, 2010).

Silva e Oliveira (2013) concluíram em sua revisão sistemática que o exercício físico, parte do programa de reabilitação cardíaca, é capaz de influenciar e melhorar a capacidade funcional assim como a qualidade de vida após o IAM.

Segundo Benetti, Araujo e Santos (2010) as intervenções por meio de exercícios físicos proporcionam, além dos benefícios fisiológicos sobre a DAC, uma boa integração social, facilidade de acesso as informações e à educação sobre a doença, o que pode ter elevado a percepção de QV dos pacientes inseridos no programa de reabilitação cardíaca de seu estudo.

Contudo, podemos observar a importância da reabilitação cardíaca em pacientes pós cirurgia de revascularização do miocárdio e como essa prática influencia a qualidade de vida desses indivíduos. Cabe ressaltar a importância da consolidação de projetos que visem estabelecer um centro de reabilitação cardíaca no Município de Belém que atendam a população usuária do SUS, visto a relevância desse serviço em nosso município.

Logo a ampliação do serviço de reabilitação cardíaca na UEAFTO e a implantação de uma equipe de reabilitação cardíaca para pacientes no pós operatório de revascularização do miocárdio no ambulatório da FPEHCGV seriam de grande importância na melhora da percepção da qualidade de vida dos pacientes.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em nossos resultados, observamos que os participantes apresentaram melhor percepção da QV nos domínios emocional e físico, com escore médio de 66,95 e 63,75, respectivamente. Já o domínio social apresentou a pior percepção com escore médio de 52,7.

De acordo com os dados apresentados neste estudo pode se verificar que a amostra da pesquisa foi constituída por 20 participantes, com idade média de 59,9 anos. A maioria era do sexo masculino, pardo, casado e era natural de Belém. Quanto à escolaridade 45% deles tinham o ensino fundamental incompleto.

Em relação às características clínicas a maioria referiu hipertensão arterial sistêmica (85%), estresse (75%) e sedentarismo (75%). Por outro lado somente 20% referiram tabagismo e 35% referiram deixar esse hábito.

Observamos baixa adesão dos pacientes à continuação do tratamento fisioterapêutico após alta hospitalar, que pode ser justificada pela dificuldade de deslocamento ao local. Dentre os motivos predominantes encontramos alto custo financeiro e dificuldade por falta de acompanhante.

Já em relação à prática regular de atividade física observamos que apenas 25% dos participantes realizavam em pelo menos três dias na semana. Essa pequena adesão a prática de atividade física pode estar relacionada a dúvidas trazidas durante as entrevistas, sendo estas referentes ao tipo de esforço que pode realizar e se a atividade é suficiente ou excessiva.

De acordo com os resultados aqueles participantes com menos tempo de diagnóstico ou cirurgia apresentaram maior QV em todos os domínios do MacNew, enquanto que a amostra com maior tempo de cirurgia apresentou maior QV apenas em relação ao domínio emocional. Por outro lado, os participantes com maior tempo de diagnóstico da doença apresentaram correlação negativa moderada com o domínio social, ou seja, quanto maior o tempo de diagnóstico menor é a QV relacionada ao domínio social da amostra.

Já os fatores de risco estresse e sedentarismo apresentaram correlação significativa com os domínios emocional e físico do questionário MacNew.

Alguns fatores foram relatados como problemas pelos participantes como as mudanças nos hábitos de vida em decorrência do tratamento, a dependência de outras pessoas para realizar atividades e a proteção excessiva da família, que os impede de realizar sozinhos algumas atividades.

Podemos ressaltar a importância da reabilitação cardíaca em pacientes pós cirurgia de revascularização do miocárdio e como essa prática influencia a qualidade de vida desses indivíduos. Logo, a consolidação de serviços de reabilitação cardíaca na UEAFTO e no ambulatório da FPEHCGV seria uma medida de grande importância na melhora da percepção da qualidade de vida dos pacientes.

9. REFERÊNCIAS

AIKAWA, P.; CINTRA, A. R. S.; OLIVEIRA JÚNIOR, A. S.; SILVA, C. T. M.; PIERUCCI, J. D.; AFONSO, M. S.; SOUZA, M.; PAULITSCH, F. S. Reabilitação Cardíaca em Pacientes Submetidos à Cirurgia de Revascularização do Miocárdio. **Revista Brasileira Med Esporte**. v.20, n.1, Jan/Fev, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbme/v20n1/1517-8692-rbme-20-01-00055.pdf, acesso em: 20/11/2014.

ALCANTÂRA, E.C.; RESENDE, E. S.; DE PAULA, L. K. G.; SILVEIRA, L. C.; COSTA, M. D. Avaliação da Qualidade de Vida após Infarto Agudo do Miocárdio e sua Correlação com o Fator de Risco Hipertensão Arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**. vol.14, n. 2, 118-120, 2007. Disponível em: http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/14-2/13-avaliacao.pdf, acesso em: 20/10/2014.

ALCANTÂRA, E.C. **Qualidade de vida após infarto agudo do miocárdio: avaliação com os questionários MAC New QLMI e SF-36**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós Graduação em Ciências da saúde. 2005.

AUGUSTO, A. P. R. **Relação Doente/Profissional de Saúde e Adesão Terapêutica na Cardiopatia Isquêmica**. 2011. 182f. Tese (Mestrado) – Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde de Viseu. Viseu. 2011.

AYRES, M.; AYRES JÚNIOR, M.; AYRES, D. L.; SANTOS, A. A. S. **BioEstat 5: Aplicações Estatísticas nas Áreas das Ciências Biológicas e Médicas**. 5ed. Belém-Pa: Publicações Avulsas do Mamirauá, 2007. 361p.

BAPTISTA *etal*.Teste de Caminhada de seis minutos como ferramenta para avaliar a qualidade de vida em pacientes submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular.** v. 27, n. 2, São Jose do Rio Preto. Abri/Jun. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-6382012000200011&lang=pt, acesso em: 10/06/13.

BARBOSA, S. S. **Estudo da Qualidade de Vida em Pacientes Pós Cirurgia de Revascularização do Miocárdio Submetidos a um Programa de Reabilitação Cardíaca na Fase Hospitalar**. 2012. 77f.Trabalho de Conclusão de Curso.(Graduação). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade da Amazônia. Belém. 2012.

BENETTI, M.; NAHAS, M. V.; BARROS, M.V.G.; Reproducibility and validity of a Brazilian version of the Mac New quality of life after myocardial infarction (Mac New QLMI) Questionnaire. **Medicine & Science in Sports &Exercise**, v. 33, n. 5, supl.1, 2001. p.62. Disponível em: http://www.acsm-msse.org. Acesso em: 09/07/2013.

BENETTI, M.; ARAUJO, C. L. P.; SANTOS, R. Z. Aptidão Cardiorrespiratória e Qualidade de Vida Pós Infarto em Diferentes Intensidades de Exercícios. **Revista Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 95, n. 3, p. 399-404, 2010.

BONI, A. L. M. D.; MARTINEZ, J. E.; SACCOMANN, I. C. R. S. Qualidade de Vida de Pacientes Submetidos à Revascularização do Miocárdio. **ACTA Paulista de Enfermagem**. v. 26, n. 6, p. 575-580, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n6/11.pdf, acesso em: 14/12/2014.

BRAUNWALD, LIBBY, P. *et al.***Braunwald – Tratado de Doenças Cardiovasculares**. 8ª Ed. 2ª v. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

BRITO, M. L. H. *et al.*. Utilização do Abciximab Associado à Angioplastia Primaria no Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 78, n. 1, Curitiba, 2002.

BUSSOLETTO, G. M. **Stress Pós Infarto: Avaliação Evolutiva e Adesão a Mudanças de Hábitos**. 2012. 86f. Dissertação (Mestrado) – Pontificia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Pós Graduação em Psicologia. Campinas, 2012.

CARNEIRO, R. S.; FALCONE, E.; CLARK, C.; PRETTE, Z. D.; PRETTE, A. D. Qualidade de Vida, Apoio Social e Depressão em idosos: relação com habilidades sociais. **Revista Psicologia Reflexão e Critica**. V. 20, n. 2, 2007, p. 229-237.

CARVALHO, G.; MACHADO, M.N.; MAIA, L. N. Infarto Agudo do Miocárdio e Morte Súbita Documentada. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. V. 84, n. 1, São Paulo, 2005.

CARVALHO, A. L. O. **Qualidade de Vida Após Revascularização Cirúrgica do Miocárdio, Angioplastia ou Tratamento Clinico: 10 anos de seguimento**. 2013. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Cardiologia. São Paulo. 2013.

CAVENAGHI *et al.*, Fisioterapia Respiratória no Pré e Pós operatório de cirurgia de revascularização do miocárdio. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular.** v. 26, n. 3, São Jose do Rio Preto. Jul/Set. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-76382011000300022&lang=pt, acesso em: 10/06/2013.

CICONELLI, R. M. Medidas de Avaliação de Qualidade de Vida. **Revista Brasileira de Reumatologia**. v. 43, Mar/Abr. 2003.

CHRISTMANN *et al.*, Avaliação da Qualidade de Vida de Pacientes Cardiopatas Internados em um Hospital Público. Revista da **Associação Médica do Rio Grande do Sul.** v. 55, n. 3, Porto Alegre. Jul/Set. 2011. p. 239-243.

COLOMBO, R. C. R.; AGUILLAR, O. M. Estilo de Vida e Fatores de Risco de Pacientes com Primeiro Episódio de Infarto Agudo do Miocárdio. **Revista Latino Americana – Enfermagem**. v. 5, n. 2, Ribeirão Preto, Abril, 1997.

CUSTÓDIO, F. M., GASPARINO, R. C. Qualidade de Vida de Pacientes no Pós Operatório de Cirurgia Cardíaca. **Revista Mineira de Enfermagem**. v. 17, n. 1, p. 125-129, 2013.

DANTAS, R. A. S.; ROSSI, L. A.; COSTA, M. C. S.; VILA, V.S. C. Qualidade de Vida Após Revascularização do Miocárdio: avaliação segundo duas perspectivas metodológicas. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 23, n. 2, São Paulo. Mar/Abr. p 163-168. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002010000200002&script=sci_arttext, acesso em: 23/11/2014.

DIXON, T.; LIM, L. L.; OLDRIDGE, N. B. The Mac New Heart Disease health related, quality of instrument: reference data for users. **Quality of Life Research**.v. 11, p. 173-183, 2002.

ELLIOTT, D.; LAZARUS, R.; LEEDER, S. R. Health Outcomes of Patients Undergoing Cardiac Surgery: repeated measures using short form-36 and 15 demensions of quality of life questionare. **Heart and Lung**. United States. v.35, n.4, p.245-251, 2006.

FAVARATO, M. E.; HUEB, W.; BODEN, W. E.; LOPES, N.; NOGUEIRA, C. R. S. R.; TAKIUTI, M.; GOIS, A. F. T.; BORGES, J. C.; FAVARATO, D.; ALDRIGHI, J. M.; OLIVEIRA, S. A.; RAMIRES, J. A. F. Quality of Life in Patients with symptomatic multivessel Coronary Artery Disease: a comparative post hoc analyses of medical angioplasty or surgical strategies-MASS II Trial. **International Journal of Cardiology**. Netherlands, v. 116, p. 364-370, 2007.

FERREIRA, G. M.; HAEFFNER, M. P.; BARRETO, S. S. M.; DALL'AGO, P. Espirometria de Incentivo com Pressão Positiva Expiratória é Benéfica após Revascularização Miocárdio. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v.92, n.2, p 246-251. 2010.

FIGUEIREDO, N. M. A.; STIPP, M. A. C.; LEITE, J. L. **Cardiopatias: Avaliação e Intervenção em Enfermagem**. 2 ed. São Caetano do Sul: São Paulo: Yendis, 2009.

FRESCHI, L. **Avaliação da Qualidade de Vida e Funcionalidade em Pacientes com Doença Arterial Coronariana Submetidos à Revascularização Cirúrgica ou Angioplastia**. 2011. 98f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós Graduação em Bases Gerais da Cirurgia. Faculdade de Medicina de Botucatu. Botucatu. 2011.

GALTER, C.; RODRIGUES, G. C.; GALVÃO, E. C. F. A Percepção do Paciente Cardiopata para Vida Ativa Após Recuperação de Cirurgia Cardíaca. **Journal of the Health Sciences Institute**. v. 28, n. 3, p. 255-258, 2010.

GARDENGHI, G.; DIAS, F. D. Reabilitação Cardiovascular em Pacientes Cardiopatas. **Integração**. v. 13, n. 51, out/dez, 2007.

GOIS, C. F. L. **Qualidade de Vida Relacionada à Saúde, Depressão e Senso de Coerência, Antes e Seis Meses Após Revascularização do Miocárdio**. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2009. Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-18082009-122253/pt-br.php, acesso em: 23/11/2014.

GONÇALVES, F. D. P.; MARINHO, P. E. M.; MACIEL, M. A.; GALINDO FILHO, V. C.; ANDRADE, A. D. Avaliação da Qualidade de Vida Pós Cirurgia Cardíaca na Fase I da Reabilitação através do Questionário MOS SF – 36. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. v.10, n. 1. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552006000100016, acesso em: 23/11/2014.

GONDIN, L. G. P.; OLIVEIRA, W. A.; GROSSI, S. A. A. A Diferenciação da Dor do Infarto Agudo do Miocárdio Entre Pacientes Diabéticos e Não Diabéticos. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. v. 11, n. 6, São Paulo, Nov/Dez, 2003.

HISS, M. D. B. S.; NEVES, V. R.; HISS, F.C.; SILVA, E.; SILVA, A. B.; CATAI, A. M. Segurança da intervenção fisioterápica precoce após o infarto agudo do miocárdio. **Revista Fisioterapia em Movimento**. v. 25, n. 1, Curitiba. Jan/Mar. 2012.

HUGUENIN, F. M. **Caracterização das internações por infarto agudo do miocárdio no Estado do Rio de Janeiro por meio de Análise de Correspondência Múltipla e Distância de Tolerância**. Dissertação de Mestrado. Programa de Engenharia Biomédica. Rio de Janeiro: UFRJ/COPPE, 2011.

LEON, M. D. **Ansiedade e Medo no Pré Operatório de Cirurgia Cardíaca: Intervenção de Enfermagem na Abordagem Psicossocial**. 2007. 110f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo. 2007.

LIMA, P. M. B.; CAVALCANTE, H. E. F.; ROCHA, A. R. M.; BRITO, R. T. F. Fisioterapia no pós operatório de cirurgia cardíaca: a percepção do paciente. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**. n. 26, v. 2, 2011, p 244-249.

LIMA, F. L. T.; ARAUJO, T. L.; MOREIRA, T.M.M.; LOPES, M. V. O.; MEDEIROS, A. M. Caracteristicas Sociodemográficas de pacientes Submetidos à Revascularização Miocárdica em um Hospital de Fortaleza-CE. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste Fortaleza**. v.10, n.3, p. 37-43, jul/set 2009.

MANSUR, P.H.G. *et al.*, Análise de Registros Eletrocardiográficos Associados ao Infarto Agudo do Miocárdio. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 87, n.2, São Paulo, Agosto, 2006.

MENEZES, T. C.; BARROS, J. E. S. L.; CALLES, A. C. N. Avaliação da Qualidade de Vida do Paciente com síndrome Coronária Aguda: Revisão de Literatura. **Revista Ciências Biológicas e da Saúde**. v. 2, n. 2, p. 141-152, Nov, 2014. Disponível em: file:///C:/Users/Taciana/Downloads/1665-5883-1-PB.pdf, acesso em: 13/12/2014.

MORIEL, G.; ROSCANI, M. G.; MATSUBARA, L. S.; CERQUEIRA, A. T. A. R.; MATSUBARA, B.B. Qualidade de Vida em Pacientes com Doença Aterosclerótica Coronariana grave e Estável. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia.**v. 95, n. 6, Dez, São Paulo, 2010.

NOGUEIRA, C. R. S. R.; HUEB, W.; TAKIUTI, M. E.; GIRARDI, P. B. M. A.; NAKANO, T.; FERNANDES, F.; PAULITSCH, F. S.; GÓIS, A. F. T.; LOPES, N. H. M.; STOLF, N. A. Qualidade de Vida após Revascularização do Miocárdio Com e Sem Circulação Extracorporea. **Revista Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 91, n. 4, 2008, p. 238-244.

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

OLIVEIRA, K. C. S. **Fatores de Risco em Pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio em Hospital Privado de Ribeirão Preto – SP**. 2004. 100p. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental. Ribeirão Preto. São Paulo. 2004.

PASCHOAL, M. A. **Fisioterapia Cardiovascular: avaliação e conduta na reabilitação cardíaca**. Barueri, SP: Manole, 2010.

PIEGAS, L. S. *et al.* III Diretriz Sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. v.83, supl. IV, 2004. P. 56-61.

PORTUGAL. Entidade Reguladora da Saúde. **Análise do impacto da directiva 2011/24/UE do parlamento europeu e do conselho de 9 de março de 2011, relativa ao exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços sobre o sistema de saúde português**. Entidade Reguladora da Saúde. 2012. Disponível em: https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/779/An_lise_Directiva_Cuidados_Transfronteiri_os_vf_12.pdf, acesso em: 12/12/2014.

REGENGA, M. M. **Fisioterapia em Cardiologia: Da unidade de terapia intensiva à reabilitação**. 2ª ed. São Paulo: Roca, 2012.

RENAULT, J. A.; COSTA-VAL, R.; ROSSETTI, M. B.; HOURI NETO, M. Comparação entre exercícios de respiração profunda e espirometria de incentivo no pós operatório de cirurgia de revascularização do miocárdio. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**. v. 24, n. 2, p: 165 – 172, 2009.

ROSSI, R. C.; VANDERLEI, F. M.; MEDINA, L. A. R.; PASTRE, C. M.; PADOVANI, C. R.; VANDERLEI, L. C. M. Influência do Perfil Clinico e Sociodemográfico na Qualidade de Vida de Cardiopatas Submetidos à Reabilitação Cardíaca. **Revista Conscientiae Saúde**. v. 10, n. 1, 2011, p. 59-68.

SCHEICHER, M. E.; SOLOGUREN, R. E. Q Qualidade de Vida e Função Cardíaca no Infarto do Miocárdio. **Rev. Fisioter. Univ.** v. 9, n.2, São Paulo, Julho/Dez. 2002.

SCHNEIDER, D. G.; MANSCHEIN, A. M. M.; AUSEN, M. A. B.; ALBUQUERQUE, G. L. Acolhimento ao Paciente e Família na Unidade Coronariana. **Revista Texto Contexto de Enfermagem**. Florianópolis. Jan/Mar, v. 17, n. 1, p. 81-9. 2008.

SERRANO JR, C.V; TIMERMAN, A.; STEFANINI, E. **Tratado de Cardiologia SOCESP**. 2ª Ed. Barueri, SP: Manole, 2009.

SIVIERO, I. M. P. S. **Saúde Mental e Qualidade de Vida de Infartados**. Tese (Mestrado) – Departamento de Ciências Humanas e Enfermagem Psiquiátrica. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

SILVA, M. S. M.; OLIVEIRA, J. F. Reabilitação Cardíaca Após Infarto Agudo do Miocárdio: revisão sistemática. **Revista Corpus et Scientia**. v. 9, n. 1, p. 89-100, 2013. Disponível em: http://apl.unisuam.edu.br/revistas/index.php/corpusetscientia/article/view/195, acesso em: 12/11/2014.

STUMM, E. M. F.; ZAMBONATO, D.; KIRCHNER, R. M.; DALLEPIANE, L. B; BERLEZI, E. M. Perfil de Idosos Assistidos por Unidades de Estratégias de Saúde da Família que Sofreram Infarto Agudo do Miocárdio. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. v. 12, n. 3, p. 449-461, 2009.

TITOTO, L.; SANSÃO, M.S.; MARINO, L.H.C.; LAMARI, N. M.; Reabilitação de Pacientes submetidos à cirurgia de Revascularização do Miocárdio: Atualização da Literatura Nacional. **Arquivo Ciência e Saúde**. Out/ Dez. v. 12, n. 4, p. 216-19, 2005.

VACCARINO, V.; LIN, Z. Q.; KASL, S. V.; MATTERA, J. A.; ROUMANIS, S. A.; ABRAMSON, J. L.; KRUMHOLZ, H. M. Gender differences in recovery after coronary artery bypass surgery. **Journal of the American College of Cardiology**.United States, v. 41, n.2, p. 301-314, 2003.

ZORNOFF, L. A. M. *et al.* Perfil Clínico, Preditores de Mortalidade e Tratamento de Pacientes após Infarto Agudo do Miocárdio, em Hospital Terciário Universitário. **Revista Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 78, n. 4, 2002, p. 396-400.

ANEXO A

Mac New QLMI

Questionário de Qualidade de Vida – Infarto do Miocárdio

Data da entrevista:.....de..... de 2014.

Identificação:.....Idade: .....

Endereço: .....Telefone: .....

1) Com que frequência você se sentiu frustrado(a), impaciente ou irritado(a) durante as duasúltimas 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 deslocado(a) 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 seguro(a) de que poderia lidar com 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

4) Em geral, quanto tempo você se sentiu desencorajado(a) 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 relaxado(a) e livre de tensões?

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

6) Com que frequência nas duas últimas semanas você se sentiu desgastado(a) 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 satisfeito(a) ou realizado(a) você se sentiu nas duas últimas semanas?

1º Muito insatisfeito, infeliz a maior parte do tempo

2º Geralmente insatisfeito, infeliz

3º Um pouco insatisfeito, infeliz

4º Geralmente satisfeito, 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 agitado(a)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 pouco 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 pouco 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 pouco 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 pouco 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 pouco 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 inseguro(a) 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 incomodado(a) 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 limitado(a) para praticar esportes ou exercitar-se, devido ao seu problema cardíaco?

1º Extremamente limitado

2º Muito limitado

3º Bastante limitado

4º Moderadamente limitado

5º Um pouco limitado

6º Muito pouco limitado

7º Sem qualquer limitação

18) Com que frequência, nas duas últimas semanas, você se sentiu apreensivo(a) 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 tonto(a)?

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 restringido(a) ou limitado(a) por causa do seu problema cardíaco?

1º Extremamente limitado

2º Muito limitado

3º Bastante limitado

4º Moderadamente limitado

5º Um pouco limitado

6º Muito pouco limitado

7º Sem qualquer limitação

21) Com que frequência, nas duas últimas semanas, você se sentiu inseguro(a) 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 excluído(a) 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 limitado

2º Muito limitado

3º Bastante limitado

4º Moderadamente limitado

5º Um pouco limitado

6º Muito pouco limitado

7º Sem qualquer limitação

27) Com que frequência, nas duas últimas semanas, você sentiu que seu problema cardíacoafetou 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

Parecer de Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa

FUNDAÇÃO PUBLICA
ESTADUAL HOSPITAL DE
CLINICAS GASPAR VIANNA

PlataForma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da Qualidade de Vida em Pacientes Após Um Ano de Cirurgia de Revascularização do Miocardio Realizada na Fundação Pública Estadual Hospital de Clinicas Gaspar Vianna

Pesquisador: Thais do socorro da Luz Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 25542614.7.0000.0016

Instituição Proponente: Fundação Publica Estadual Hospital das Clinicas Gaspar Vianna

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 518.664

Data da Relatoria: 22/01/2014

Apresentação do Projeto:

O projeto está apresentado com clareza, objetividade e justificativas.

Objetivo da Pesquisa:

Está claro e exequível pelo método escolhido pelos pesquisadores.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores descrevem os possíveis riscos e benefícios da pesquisa. Assim como serão tratados, controlados e minimizados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é de interesse social e poderá gerar conhecimentos que contribuirão para o aprimoramento das intervenções na área da saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estão de acordo.

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

ESTE COLEGIADO ACATA O PARECER DO RELATOR

BELEM, 31 de Janeiro de 2014

Assinador por:
SAUL RASSY CARNEIRO
(Coordenador)

APÊNDICE A

TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS DOS PRONTUÁRIOS DOS PACIENTES

Título: Avaliação da Qualidade de Vida em Pacientes Após Cirurgia de Revascularização do Miocárdio Realizada na Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna

Os pesquisadores desta pesquisa comprometem-se a garantir e preservar as informações dos prontuários e base de dado dos Serviços de Arquivo Médico da Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, garantindo a confidencialidade dos pacientes. Concordam, igualmente, que as informações coletadas serão utilizadas única e exclusivamente para execução do projeto acima descrito. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Thaís do Socorro da Luz Silva
Pesquisadora Principal
CREFITO 180139F

Ms. José Augusto Bastos Acácio
Orientador responsável pela pesquisa
CREFITO 15386F

APÊNDICE B

Ficha de Avaliação

I - Identificação:

Nº do protocolo:_____

Endereço: _____

Procedência:_____ Bairro:_____

Telefone:_____ Profissão: _____

Idade:_____ D.N.:____/___/____Sexo:_____

Estado Civil:_____Escolaridade:_____

Raça: ☐ Pardo ☐ Negro ☐ Branco ☐ Outros: _____

Data da avaliação:___/___/___

II – Fatores de Risco:

( ) Hipertensão Arterial Sistêmica

( ) Tabagismo

( ) Diabetes Mellitus

( ) Estresse

( ) Sedentarismo

( ) Atividade Física: _____

III – Infarto Agudo do Miocárdio:

Data do diagnóstico: ___/___/____

Cirurgia cardíaca:_____ Data: ____/____/____

Indicação de encaminhamento fisioterapêutico: _____

Alta Hospitalar: ___/___/____

Realizou acompanhamento fisioterapêutico após alta hospitalar? ( ) não ( ) sim, frequência: _____

- Realiza alguma atividade física? Não ( ) Sim ( )

Se sim qual atividade e com que frequência?

- Realiza alguma atividade profissional? Não ( ) Sim ( )

Se sim qual atividade?

- O que o Sr (a) realizava antes da cirurgia e hoje não realiza? Por quê?

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DO PROJETO: Avaliação da Qualidade de Vida em Pacientes Após Cirurgia de Revascularização do Miocárdio Realizada na Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna

A proposta da pesquisa tem como finalidade avaliar a qualidade de vida em pacientes após cirurgia revascularização do miocárdio que foram atendidos na Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna. É garantido que todas as informações serão utilizadas somente nesta pesquisa, sendo posteriormente arquivadas pelos pesquisadores por um prazo de cinco anos, ao final do qual serão incineradas.

Os participantes que aceitarem participar deste estudo deverão responder um questionário e uma ficha de avaliação com três perguntas que visa avaliar a sua qualidade de vida.

O benefício esperado será proporcionar aos participantes um melhor conhecimento sobre sua condição físico-funcional e psicossocial, e reconhecer o impacto da cirurgia de revascularização do miocárdio em sua qualidade de vida.

Os riscos materiais, físicos e/ou psicológicos deste estudo são mínimos para os participantes, considerando o pequeno risco da identidade dos mesmos ser revelada. Para isso os pesquisadores garantem que as informações prestadas serão confidenciais e os resultados obtidos serão analisados em conjunto com os de outros pacientes e divulgados sem qualquer identificação.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, bem como não haverá compensação financeira relacionada à sua participação. Esta pesquisa será realizada com recursos dos próprios autores, não sendo financiado por nenhuma instituição de pesquisa.

É garantida ao participante a liberdade para aceitar ou não desta pesquisa, assim como para recusar a participar no momento em que desejar. Em caso de dano pessoal, diretamente provocado pelos procedimentos propostos pelo pesquisador, os participantes terão direito as indenizações legalmente estabelecidas.

O participante tem direito a se manter informado a respeito dos resultados parciais da pesquisa, para isto, a qualquer momento do estudo, o participante, seus responsáveis e ou familiares terão acesso aos pesquisadores para esclarecimento de dúvidas.

A responsável pela pesquisa pode ser encontrada no seguinte endereço e telefone: Thaís do Socorro da Luz Silva que reside na Rua Cláudio Bordalo, 513. Sacramenta. Fone: 8261-4973.

Caso não seja encontrada, poderá ainda ser localizado o orientador Prof.ºMs. José Augusto Bastos Acácio, telefone: (91) 3201-6623 que pode ser encontrado na Tv.Perebebui nº2623.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que compreendi as informações acima sobre a pesquisa em questão, ficando claros para mim, quais são os propósitos da pesquisa, os procedimentos a serem realizados, os possíveis desconfortos e riscos, e garantias de confidencialidade.

Ficou claro também que minha participação não será paga, nem terei despesas e que tenho garantia inclusive de optar por desistir de participar da pesquisa. Ficou esclarecido também se houver danos posso legalmente solicitar indenizações.

Concordo voluntariamente em participar desse estudo podendo retirar meu consentimento a qualquer momento, sem necessidade de justificar o motivo da desistência, antes ou durante o mesmo, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste serviço.

Belém, ____, de _____ de 2014.

_____

Assinatura do participante da pesquisa

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o consentimento livre e esclarecido desta paciente ou representante legal para participação no presente estudo.

_____

Thais do Socorro da Luz Silva
Pesquisadora responsável
CREFITO 180139F

_____

Ms. José Augusto Bastos Acácio
Orientador responsável pela pesquisa
CREFITO 15386F

APÊNDICE D

ACEITE DO ORIENTADOR

Declaração

Eu, José Augusto Bastos Acácio, aceito orientar o trabalho intitulado "**Avaliação da Qualidade de Vida em Pacientes Após Cirurgia de Revascularização do Miocárdio Realizada na Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna**", de autoria da fisioterapeuta residente Thaís do Socorro da Luz Silva (matrícula: 2013.761.604) declarando ter total conhecimento das normas da realização de Trabalhos Científicos vigentes.

Belém, de Agosto de 2013.

José Augusto Bastos Acácio
Assinatura do Orientador
CREFITO 15386

Universidade do Estado do Pará
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Residência Multiprofissional em Saúde
Trav. Perebebuí, 2623 – Marco
CEP: 66087-670, Belém – PA
http://www.uepa.br/