

## Qualidade de vida de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio

*Quality of life of patients who undergone myocardial revascularization surgery*  
*La calidad de vida de los pacientes sometidos a cirugía de revascularización del miocardio*

Hirla Vanessa Soares de Araújo<sup>I</sup>, Thaisa Remigio Figueirêdo<sup>I</sup>, Christefany Régia Braz Costa<sup>II</sup>,  
Maria Mariana Barros Melo da Silveira<sup>III</sup>, Rebeka Maria de Oliveira Belo<sup>IV</sup>,  
Simone Maria Muniz da Silva Bezerra<sup>I</sup>

<sup>I</sup> Universidade de Pernambuco, Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças,  
Programa Associado de Pós-Graduação em Enfermagem. Recife-PE, Brasil.

<sup>II</sup> Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto,  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental. Ribeirão Preto-SP, Brasil.

<sup>III</sup> Universidade de Pernambuco, Faculdade de Ciências Médicas,  
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Recife-PE, Brasil.

<sup>IV</sup> Pronto-Socorro Cardiológico de Pernambuco,  
Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Clínica Cardiovascular. Recife-PE, Brasil.

### Como citar este artigo:

Araújo HVS, Figueiredo TR, Costa CRB, Silveira MMBM, Belo RMO, Bezerra SMMS.  
Quality of life of patients who undergone myocardial revascularization surgery.  
Rev Bras Enferm [Internet]. 2017;70(2):257-64. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0201>

Submissão: 31-05-2016

Aprovação: 27-09-2016

### RESUMO

**Objetivo:** avaliar a qualidade de vida de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização. **Método:** estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa realizado com 75 pacientes. Foi utilizado o questionário WHOQOL-Bref para avaliação da qualidade de vida (QV). **Resultados:** Pacientes apresentaram avaliação da QV regular, com necessidade de melhora em todos os domínios. Pacientes de baixa renda tiveram pior avaliação da QV no domínio meio ambiente ( $p=0,021$ ), e os procedentes de Recife/região metropolitana, no domínio relações sociais ( $p=0,021$ ). Pacientes tabagistas ( $p=0,047$ ), diabéticos ( $p=0,002$ ) e etilistas ( $p=0,035$ ) apresentaram pior avaliação da QV no domínio físico. Pacientes renais apresentaram pior avaliação da QV nos domínios físico ( $P=0,037$ ), psicológico ( $p=0,008$ ), relações sociais ( $p=0,006$ ) e no escore total ( $p=0,009$ ). **Conclusão:** a melhoria da QV depende de um processo de mudança de comportamento individual e a participação dos profissionais de saúde é essencial para elaborar estratégias de abordagem desses pacientes, principalmente no tocante à educação em saúde. **Descritores:** Qualidade de Vida; Cirurgia Torácica; Doença das Coronárias; Doença Crônica; Enfermagem.

### ABSTRACT

**Objective:** to evaluate the quality of life of patients who underwent revascularization surgery. **Method:** a descriptive, cross-sectional study, with quantitative approach carried out with 75 patients. The questionnaire WHOQOL-Bref was used to evaluate the quality of life (QOL). **Results:** patients' QOL evaluation presented a moderate result, with need of improvement of all domains. Low income patients had the worst evaluation of QOL in the domain environment ( $p=0,021$ ), and the ones from Recife/metropolitan area, in the domain social relationship ( $p=0,021$ ). Smoker ( $p=0,047$ ), diabetic ( $p=0,002$ ) and alcohol consumption ( $p=0,035$ ) patients presented the worst evaluation of the physical domain. Renal patients presented the worst evaluation of QOL in the physical ( $P=0,037$ ), psychological ( $p=0,008$ ), social relationship ( $p=0,006$ ) domains and total score ( $p=0,009$ ). **Conclusion:** the improvement of QOL depends on the individual's process of behavioral change and the participation of health professionals is essential to formulate strategies to approach these patients, especially concerning health education. **Descriptors:** Quality of Life; Thoracic Surgery; Coronary Heart Disease; Chronic Disease; Nursing.

## RESUMEN

**Objetivo:** avaliar la calidad de vida de los pacientes sometidos a cirugía de revascularización. **Método:** estudio descriptivo, transversal, con abordaje cuantitativo llevado a cabo con 75 pacientes. Se empleó el cuestionario WHOQOL-Bref para evaluar la calidad de vida (CV). **Resultados:** Los pacientes tuvieron CV regular, necesitando mejoras en todos los dominios. Los pacientes de baja renta presentaron peores índices de CV en el dominio medioambiental ( $p=0,021$ ), así como presentaron los provenientes de la ciudad de Recife y región en el dominio relaciones sociales ( $p=0,021$ ). Los pacientes fumadores ( $p=0,047$ ), diabéticos ( $p=0,002$ ) y de la clase alta ( $p=0,035$ ) tuvieron peores valores de CV en el dominio físico. Los pacientes con problemas renales presentaron peores índices de CV en los dominios físico ( $p=0,037$ ), psicológico ( $p=0,008$ ), relaciones sociales ( $p=0,006$ ) y en el puntaje total ( $p=0,009$ ). **Conclusión:** para mejorar la CV hay que cambiar la conducta individual, y es muy importante la participación de los profesionales de salud en la planificación de estrategias de abordaje a estos pacientes, en especial en la educación en salud. **Descriptores:** Calidad de Vida; Cirugía Torácica; Enfermedad Coronaria; Enfermedad Crónica; Enfermería.

AUTOR CORRESPONDENTE

Hirla Vanessa Soares de Araújo

E-mail: hirlavs.araujo@gmail.com

## INTRODUÇÃO

Dados recentes da Organização Mundial de Saúde (OMS) demonstram que as doenças cardiovasculares representam a principal causa de mortalidade e incapacidade no Brasil e no mundo. No Brasil, a Doença Arterial Coronariana (DAC) foi responsável pela ocorrência de mais de 100 mil óbitos em 2011<sup>(1)</sup>.

Vários fatores de risco estão associados ao curso da DAC, apresentando-se de forma significativa em todas as populações, como tabagismo, etilismo, pressão arterial elevada, hipercolesterolemia, obesidade e sedentarismo, além da baixa ingestão de frutas e verduras<sup>(2)</sup>.

Dentre as doenças cardiovasculares (DCV), a DAC representa a causa mais comum de isquemia do músculo cardíaco e pode se manifestar de diferentes formas, variando de uma angina do peito até o infarto agudo do miocárdio (IAM). Como tratamento, a cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM) é indicada para pacientes com angina instável e para os que apresentam elevado grau de obstrução das artérias coronárias. A CRM visa a melhorar a qualidade de vida (QV) dos pacientes, aliviar os sintomas de angina, reestabelecer a capacidade física, além de aumentar a sobrevida – sobretudo de pacientes de maior risco cardiovascular<sup>(3)</sup>.

O impacto da QV relacionada às DCV tem sido objeto de estudo considerado relevante, pois, além de avaliarem os resultados terapêuticos, geram hipóteses e reflexões que condicionam a ampliação do enfoque das pesquisas sobre QV<sup>(4)</sup>.

Intervenções nos fatores de risco para DAC, como mudanças nos hábitos de vida, e procedimentos cirúrgicos podem interferir no estado emocional, físico e social dos pacientes e em sua QV como um todo. Estudos recentes sobre QV têm sido realizados em pacientes portadores de várias condições mórbidas, objetivando verificar as diferentes medidas terapêuticas destinadas a melhorar as condições clínicas e também a QV dos pacientes<sup>(5)</sup>.

O conceito de QV é polissêmico e a OMS, em 1995<sup>(6)</sup>, a definiu como “a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto cultural e no sistema de valores em que vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e complexidades”. A qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) pode ser definida como o valor atribuído à duração da vida quando modificada pela percepção de limitações físicas,

psicológicas, funções sociais e oportunidades influenciadas pela doença, tratamento e outros agravos<sup>(7)</sup>.

O paciente é a melhor fonte de informação sobre sua QV, a qual é medida e definida de acordo com a doença. Sua melhoria, sob perspectiva da área da saúde, passou a ser um dos resultados esperados, tanto nas práticas assistenciais quanto nas políticas públicas<sup>(8)</sup>.

A QV é uma questão de importância e que preocupa os profissionais de enfermagem. Essa questão requer desses profissionais uma avaliação fidedigna que os permitam avaliar o impacto de um procedimento cirúrgico cardíaco sobre a vida do paciente, bem como oferecer subsídios baseados na percepção geral do próprio indivíduo sobre seu estado de saúde. Diante do exposto, o objetivo da pesquisa foi avaliar a QV de pacientes submetidos à CRM<sup>(9)</sup>.

## MÉTODO

### Aspectos éticos

De acordo com o estabelecido na Resolução nº 466/2012<sup>(10)</sup>, sobre pesquisas envolvendo seres humanos, este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde da Universidade de Pernambuco, mediante submissão na Plataforma Brasil.

### Desenho, local do estudo e período

Trata-se de um estudo transversal de caráter exploratório com abordagem quantitativa. O estudo foi realizado no ambulatório de cirurgia cardíaca do Pronto-Socorro Cardiológico de Pernambuco Professor Luiz Tavares (Procape), referência para as regiões Norte e Nordeste em cardiologia, onde se realiza uma interface de políticas públicas de alta relevância na saúde e na educação. A coleta se procedeu nos dias agendados para consulta ambulatorial, através de entrevistas individuais de junho a outubro de 2015.

### População ou amostra e critérios de inclusão e exclusão

A amostra foi por conveniência composta por todos os indivíduos que atendessem aos critérios de inclusão. Para delimitação da amostra foi realizado um cálculo através da equação de cálculo do tamanho amostral para médias. Para tal, utilizou-se um erro  $\alpha$  de 5%, que corresponde à diferença

entre o valor estimado pela pesquisa e o verdadeiro valor; um nível de confiança de 95%, que é a probabilidade de que o erro amostral efetivo seja menor do que o erro amostral admitido pela pesquisa.

A amostra foi corrigida para uma população finita, totalizando 75 pacientes. O desvio padrão utilizado foi de 20,35, considerando como referência uma publicação recente e avaliando, através do mesmo instrumento, a QV de pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca<sup>(11)</sup>.

Fizeram parte da pesquisa os participantes que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ser paciente acompanhado no ambulatório do Procape, ter idade igual ou superior a 18 anos e que tenha se submetido à CRM. Foram excluídos pacientes com déficits neurológicos ou problemas de saúde que inviabilizassem a coleta de dados.

### Protocolo do estudo

Foram utilizados dois instrumentos para a coleta dos dados. O primeiro foi um questionário semiestruturado de perguntas objetivas para a caracterização dos dados sociais, demográficos, econômicos e clínicos.

O segundo instrumento foi o *World Health Organization Quality of Life – Bref* (WHOQOL-Bref), aplicado de forma individualizada por meio da leitura com o paciente. Trata-se de um questionário com perguntas objetivas sobre a QV nos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Esse questionário é a versão abreviada do instrumento de QV da OMS, *World Health Organization Quality of Life – 100* (WHOQOL-100), traduzido para a língua portuguesa, no Brasil, e para mais de vinte idiomas. Trata-se de um questionário genérico, curto, de fácil administração e compreensão, no formato de 26 questões, validado e adaptado culturalmente para a população brasileira de acordo com metodologia internacional e aceita pelo grupo de estudos multicêntricos da OMS no Brasil<sup>(12)</sup>.

As perguntas 1 e 2 do questionário são sobre a QV geral. Além dessas, o instrumento tem 24 facetas (questões), as quais compõem os quatro domínios de avaliação. As respostas seguem uma escala do tipo Likert (1 a 5, quanto maior a pontuação melhor a QV). Os escores das facetas e domínios foram calculados para uma escala de 0 a 100, na qual quanto mais próximo o valor for de 100, melhor será a avaliação da QV.

### Análise dos resultados e estatística

As variáveis foram analisadas de forma descritiva e foram processadas e analisadas com o uso do software IBM SPSS na versão 20.0. Utilizou-se o teste *t-Student* e adotou-se  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS

Com relação aos dados sociodemográficos, a idade variou de 39 a 85 anos, com uma média de 64,96, sendo que 73,3% apresentam idade igual ou superior a 60 anos; 41,3% são procedentes da cidade do Recife e 37,3% são da região metropolitana do Recife. Em relação ao sexo não houve diferença significativa, sendo 50,7% do sexo feminino. No tocante à raça/etnia, 42,7% declararam-se brancos, 48% pardos e 9,3% negros. A maioria dos participantes da pesquisa é casada (56%),

apresenta baixo nível de escolaridade (72%,) e baixa renda (62,7%) – até um salário mínimo. Em relação à ocupação, 89,3% não apresentam atividade laboral.

**Tabela 1** – Caracterização dos participantes de acordo com as variáveis sociodemográficas (N = 75), Recife, Pernambuco, Brasil, 2015

Variáveis	n	%
Procedência		
Recife	31	41,3
Região metropolitana	28	37,3
Interior	16	21,4
Idade		
≥ 60 anos	55	73,3
Menor que 60 anos	20	26,7
Sexo		
Masculino	37	49,3
Feminino	38	50,7
Etnia		
Branco	32	42,7
Pardo	36	48
Negro	7	9,3
Estado Civil		
Solteiro	15	20
Casado	42	56
Viúvo	11	14,7
Divorciado	7	9,3
Escolaridade		
Até 9 anos	54	72
> 9 anos	21	28
Renda		
Até 1 salários	47	62,7
1-2 salários	16	21,3
> 2 salários	12	16
Ocupação		
Sem atividade laboral	67	89,3
Com atividade laboral	8	10,7

Nota: \*Renda mensal baseada no valor atual (R\$ 880,00) do salário mínimo na moeda vigente (Real).

Em relação aos aspectos clínicos (Tabela 2), 100% são hipertensos, 44% são diabéticos, 12% apresentam alguma patologia a nível renal, 98,7% afirmaram não ser tabagistas, 94,7% disseram não fazer uso de bebida alcoólica, 96% apresentam dislipidemia e 73,3% são sedentários. No que diz respeito ao número de medicações, 72% fazem uso de até seis medicações diariamente.

**Tabela 2** – Caracterização dos participantes de acordo com os antecedentes pessoais (N = 75), Recife, Pernambuco, Brasil, 2015

Variáveis	n	%
Hipertensos	75	100
Diabéticos	33	44
Não diabéticos	42	56
Com doença renal	9	12
Sem doença renal	66	88
Tabagistas	1	1,3
Não tabagistas	74	98,7
Etilistas	4	5,3
Não etilistas	71	94,7
Com dislipidemia	72	96
Sem dislipidemia	3	4
Sedentários	55	73,3
Não sedentários	20	26,7
Medicações em uso		
Até 6 medicações	54	72
> 6 medicações	21	28

A Tabela 3 traz os resultados da média e desvio padrão dos domínios físico, psicológico, relações sociais, meio ambiente e da autoavaliação da QV pelos pacientes.

Em relação ao escore das facetas numa escala de 0 a 100 do WHOQOL-Bref, os resultados obtidos que correspondem ao domínio físico são: dor e desconforto (34,67); energia e fadiga (50,00); sono e repouso (58,33); mobilidade (54,67); atividades da vida cotidiana (51,00); dependência de medicação ou de tratamentos (65,33); e capacidade para o trabalho (47,33). Quanto ao domínio psicológico, as facetas correspondentes são: sentimentos positivos (51,00); pensar, aprender, memória e concentração (60,00); autoestima (68,67); imagem corporal e aparência (75,67); sentimentos

negativos (34,67); e espiritualidade/religião/crenças pessoais (64,67).

No tocante ao domínio relações sociais, as facetas que o correspondem são: relações pessoais (72,00); suporte (apoio) (67,67); e atividade sexual (51,33). Quanto ao domínio meio ambiente, as facetas correspondentes são: segurança física e proteção (55,00); ambiente no lar (68,33); recursos financeiros (37,67); cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade (57,00); oportunidades de adquirir novas informações e habilidades (57,67); participação em, e oportunidades de recreação/lazer (42,67); ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima) (65,00); e transporte (50,00).

Em algumas facetas, as pontuações não estão dispostas em uma direção positiva (dor e desconforto, sentimentos negativos e dependência de medicações/tratamentos para sua vida diária), o que significa que para estas, escores mais altos não denotam uma melhor QV. Assim sendo, esses escores precisaram ser invertidos de forma que valores mais altos refletissem melhor avaliação da QV.

Em relação ao escore por domínios, o psicológico apresentou o melhor resultado (64,22) seguido pelos domínios das relações sociais (63,67), do meio ambiente (54,17) e físico (51,62). O escore total foi de 57,44. Esses resultados revelam que todos os domínios apresentam resultados para os quais a QV precisa melhorar.

A Tabela 4 mostra os resultados da avaliação da QV em função das variáveis sociodemográficas e clínicas. Os dados com significância estatística apresentaram  $p < 0,005$ .

Em relação às variáveis sociodemográficas, pacientes procedentes de Recife/região metropolitana apresentaram pior avaliação no domínio relações sociais ( $p = 0,021$ ) e pacientes de baixa renda tiveram pior avaliação no domínio meio ambiente ( $p = 0,021$ ). Já em relação às variáveis clínicas, tiveram pior avaliação no domínio físico os pacientes diabéticos ( $p = 0,002$ ), tabagistas ( $p = 0,047$ ) e os etilistas ( $p = 0,035$ ).

Já os pacientes com doença renal tiveram pior avaliação da QV nos domínios físico ( $p = 0,037$ ), no psicológico ( $p = 0,008$ ) e relações sociais ( $p = 0,006$ ), além do escore total da avaliação ( $p = 0,009$ ).

**Tabela 3** – Distribuição da média e desvio padrão da avaliação da qualidade de vida nos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (N = 75), Recife, Pernambuco, Brasil, 2015

Domínio	Média	Desvio padrão	Coefficiente de variação	Valor mínimo	Valor máximo	Amplitude
Físico	12,26	3,34	27,20	5,71	19,43	13,71
Psicológico	14,28	3,13	21,95	6,67	20,00	13,33
Relações sociais	14,19	2,92	20,59	5,33	20,00	14,67
Meio ambiente	12,67	2,59	20,43	7,00	20,00	13,00
Autoavaliação da qualidade de vida	13,79	3,30	23,92	6,00	20,00	14,00
Total	13,19	2,55	19,33	7,23	19,85	12,62

**Tabela 4** – Avaliação da qualidade de vida em função de variáveis sociodemográficas e clínicas (N = 75), Recife, Pernambuco, Brasil, 2015

Variável sociodemográfica	Qualidade de vida (Média ± Desvio padrão)									
	Domínio físico	p*	Domínio psicológico	p*	Domínios relações sociais	p*	Domínio meio ambiente	p*	Escore total	p*
Sexo										
Feminino	11,63 ± 3,59	0,103	13,84 ± 3,63	0,227	14,49 ± 3,31	0,364	12,32 ± 3,05	0,255	13,84 ± 3,36	0,884
Masculino	12,89 ± 2,95		14,72 ± 2,48		13,87 ± 2,46		13,01 ± 1,98		13,72 ± 3,27	
Estado civil										
Com companheiro	12,61 ± 3,55	0,304	14,82 ± 2,77	0,086	14,69 ± 2,47	0,087	12,61 ± 2,54	0,859	14,04 ± 3,16	0,443
Sem companheiro	11,80 ± 3,02		13,57 ± 3,45		13,53 ± 3,33		12,72 ± 2,67		13,45 ± 3,47	
Escolaridade										
Até 9 anos de estudo	12,16 ± 3,53	0,711	14,06 ± 3,35	0,347	14,00 ± 3,13	0,379	12,54 ± 2,81	0,522	13,70 ± 3,50	0,729
Mais do que 9 anos de estudo	12,48 ± 2,83		14,82 ± 2,47		14,66 ± 2,27		12,97 ± 1,92		14,00 ± 2,75	
Renda										
Até 1 salário	11,85 ± 3,58	0,175	13,81 ± 3,40	0,1	14,21 ± 3,18	0,921	12,13 ± 2,66	0,021	13,36 ± 3,25	0,149
> 1 salário	12,93 ± 2,79		15,04 ± 2,47		14,14 ± 2,47		13,55 ± 2,22		14,50 ± 3,29	
Procedência										
Recife e região metropolitana	11,87 ± 3,23	0,054	13,98 ± 3,05	0,129	13,78 ± 3,03	0,021	12,54 ± 2,49	0,428	13,52 ± 3,30	0,19
Interior do estado	13,67 ± 3,41		15,33 ± 3,28		15,66 ± 1,85		13,12 ± 2,95		14,75 ± 3,17	
Ocupação										
Sem atividade laboral	12,11 ± 3,40	0,297	14,19 ± 3,23	0,544	14,12 ± 3,03	0,626	12,60 ± 2,62	0,551	13,85 ± 3,29	0,629
Com atividade laboral	13,42 ± 2,50		14,91 ± 2,16		14,66 ± 1,74		13,18 ± 2,32		13,25 ± 3,53	
Variável clínica										
Diabéticos	10,94 ± 3,39	0,002	13,49 ± 3,21	0,055	14,10 ± 3,24	0,824	12,25 ± 2,83	0,227	13,21 ± 3,07	0,183
Não diabéticos	13,29 ± 2,93		14,88 ± 2,95		14,25 ± 2,67		12,98 ± 2,36		14,23 ± 3,42	
Tabagistas	5,71 ± 3,26	0,047	9,33 ± 3,10	0,113	12,00 ± 2,93	0,455	8,50 ± 2,55	0,105	10,00 ± 3,28	0,25
Não tabagistas	12,34 ± 3,26		14,34 ± 3,10		14,21 ± 2,93		12,72 ± 2,55		13,83 ± 3,28	
Com doença renal	10,09 ± 2,50	0,037	11,70 ± 3,09	0,008	11,70 ± 3,63	0,006	11,50 ± 1,71	0,151	11,11 ± 2,02	0,009
Sem doença renal	12,55 ± 3,33		14,62 ± 2,99		14,52 ± 2,66		12,82 ± 2,65		14,15 ± 3,27	
Etilistas	8,85 ± 3,18	0,035	12,16 ± 2,57	0,168	12,66 ± 3,52	0,288	11,12 ± 2,39	0,223	11,50 ± 1,91	0,155
Não etilistas	12,45 ± 3,25		14,39 ± 3,13		14,27 ± 2,88		12,75 ± 2,58		13,91 ± 3,31	
Sedentários	11,84 ± 3,38	0,074	14,16 ± 3,16	0,631	14,23 ± 3,10	0,832	12,50 ± 2,68	0,359	13,60 ± 3,27	0,42
Não sedentários	13,40 ± 2,98		14,56 ± 3,10		14,06 ± 2,42		13,12 ± 2,31		14,30 ± 3,38	

Nota: \* Teste t-Student.

## DISCUSSÃO

Os resultados apontam uma população predominante procedente da região metropolitana do Recife, idosa, de baixa escolaridade e baixa renda. Não houve diferença significativa entre o número de homens e mulheres participantes da pesquisa, e uma grande parcela não exerce nenhuma atividade laboral, destacando-se os aposentados e pensionistas.

Um estudo que avaliou a QV de 38 pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca apresenta dados que corroboram com essa pesquisa, em que a maioria dos pacientes era casada e apresentava baixa escolaridade e baixa renda, entretanto, apenas metade dos participantes recebia benefício financeiro do governo<sup>(11)</sup>.

Os resultados da pesquisa e de outro estudo<sup>(11)</sup> possuem uma média de idade semelhantes à de outras que avaliam a QV de pacientes cardiopatas<sup>(13)</sup>. Esse dado pode ser explicado pelo fato de as DCV se manifestarem principalmente em pessoas com idade mais avançada.

Em relação à baixa escolaridade dos pacientes, estima-se que possa haver um grau considerável de comprometimento no entendimento das orientações de saúde e de adesão ao tratamento medicamentoso que são repassados durante as consultas, resultando em um fator de risco para a ocorrência de complicações cardiovasculares posteriores à cirurgia de revascularização.

Ressalta-se que o nível educacional é reconhecido não apenas como uma expressão das diferenças de acesso à informação e das perspectivas de se beneficiar com novos conhecimentos, mas também tem grande importância como determinante de saúde<sup>(14)</sup>.

No tocante à raça/etnia, grupos menos favorecidos, como a população negra, apresentam consequências de complicações cardiovasculares mais frequentes e mortalidade mais elevada em decorrência da hipertensão arterial, além da participação desproporcional no aumento verificado da carga das DCNT, conseqüentemente, em suas complicações<sup>(15)</sup>. Entretanto, considerando a grande miscigenação racial existente no Brasil e as características regionais da população, é difícil mensurar com exatidão a influência dessa variável<sup>(16)</sup>.

Em relação à renda, houve significância estatística entre essa variável e a avaliação da QV pelo instrumento utilizado para a pesquisa, em que os pacientes que tinham menor renda apresentaram uma pior avaliação da QV. Um estudo sobre repercussões quanto à adesão ao tratamento da hipertensão arterial<sup>(17)</sup> revelou que em relação ao desenvolvimento socioeconômico, quanto menor seu nível, maior será a prevalência de fatores de risco para DCV.

Já em relação à ocupação, a grande maioria dos participantes não exerce atividades laborais, o que pode ser justificado pela prevalência da idade avançada, que leva à aposentadoria, pela viuvez de mulheres, para as quais a única fonte de renda são as pensões, e o desemprego, ou ainda pela falta de oportunidades de trabalho ou limitações físicas impostas pela doença crônica.

Os resultados relacionados às variáveis clínicas revelam que os pacientes apresentam comorbidades, onde a hipertensão arterial se fez presente em todos os participantes, além de outras que representam fatores de risco cardiovasculares importantes, como diabetes, a dislipidemia e o sedentarismo.

Resultados semelhantes foram encontrados em um estudo sobre a adesão medicamentosa de 92 pacientes com DAC<sup>(18)</sup>, sendo que a hipertensão se fez presente em todos os pacientes – além de 95,7% apresentarem dislipidemia, 75% eram sedentários. O fator de risco sedentarismo foi o único a se apresentar com valores similares em estudos que avaliaram a QV de pacientes com doenças crônicas e submetidos à CRM, representando 71,19%<sup>(16)</sup>.

Fatores de risco como a hipertensão podem influenciar na QV dos pacientes com DCV, na necessidade de mudanças nos hábitos de vida e também no diagnóstico da doença, o qual provoca, aparentemente, a perda do silêncio do corpo e a lembrança da doença como fator de mortalidade. Ainda, a presença de diabetes associada implica aumento do risco cardiovascular (duas vezes maior do que em hipertensos não diabéticos) e pode despertar ou acelerar não só as lesões macrovasculares, como o acidente vascular encefálico, DAC ou doença arterial periférica<sup>(19)</sup>.

Vale a ressalva, em relação às variáveis clínicas, que após um evento cardíaco é necessária a implantação de medidas que visem não somente à adesão ao tratamento medicamentoso, mas também à modificação nos hábitos de vida, uma vez que a melhor terapêutica é a prevenção, combatendo os fatores de risco<sup>(11)</sup>.

No tocante ao número de medicações, a quantidade representa valores altos, entretanto pode-se concluir que, independentemente da quantidade de medicamentos, o controle do regime terapêutico é referido pelos pacientes.

A adesão ao tratamento é fator primordial para redução das altas taxas de complicações cardiovasculares entre os pacientes. É necessária uma avaliação sistemática do cuidado incluindo estratégias que reforcem a importância de aderir ao tratamento diante de um número alto de medicações<sup>(20)</sup>.

A avaliação da QV por meio do instrumento WHOQOL-Bref traz resultados com relação aos domínios físico, psicológico, relações pessoais e meio ambiente. Os escores da avaliação da QV apresentaram valores relativamente baixos e o domínio com pior avaliação na QV foi o físico, o que pode ser decorrente da própria condição clínica dos participantes da pesquisa. Houve uma avaliação regular para a QV geral.

Em um mesmo estudo<sup>(11)</sup>, a média em todos os domínios apresentaram valores superiores ao dessa pesquisa, sendo 62,9 para o domínio físico, 76,1 para o psicológico, 74,3 para relações sociais, 69,2 para o meio ambiente. Para a avaliação da QV total o resultado foi de 75, refletindo uma melhor avaliação para a QV.

Em relação ao domínio físico, os resultados revelam que há necessidade de melhora. Houve significância estatística para os pacientes diabéticos, tabagistas e etilistas, os quais apresentaram pior avaliação da QV para esse domínio. Em um estudo sobre QV e fatores de risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis<sup>(20)</sup>, em sua análise multivariada, os fatores de risco, como tabagismo, álcool e obesidade, permaneceram associados a uma pior avaliação da QV no aspecto físico.

Considerando que os pacientes diabéticos também são hipertensos, valores tensionais da pressão arterial ou seu controle trazem benefícios na redução do risco cardiovascular e, conseqüentemente, diminuição da probabilidade de vir sofrer qualquer evento fatal ou não fatal<sup>(19)</sup>.

Ainda em relação a esses fatores, o tabagismo é o fator de risco modificável mais importante entre jovens e idosos e

representa a causa de morte prematura mais evitável. A nicotina aumenta a pressão arterial e leva a uma maior deposição de colesterol nos vasos sanguíneos<sup>(21)</sup>.

O álcool pode oferecer alguma forma de proteção contra derrame e doença coronariana em indivíduos com 45 anos ou mais, entretanto, em termos de mortalidade geral, os efeitos adversos da bebida prevalecem sobre qualquer proteção contra a DAC, até mesmo em população de alto risco. Uma questão importante quando se trata de hipertensos é o mecanismo rebote cardiovascular após a repetida exposição ao álcool, além de ser um importante depressor do sistema nervoso central<sup>(21)</sup>.

Vários estudos<sup>(22)</sup> demonstram efeitos de programas de intervenção sobre o estilo de vida entre populações de alto risco, sendo que alguns mostram redução significativa na incidência de diabetes, outros demonstram efeitos benéficos de alterações no estilo de vida sobre o controle da pressão arterial. As intervenções sobre o estilo de vida parecem ser tão efetivas quanto o tratamento medicamentoso. Assim sendo, a mudança nos hábitos de vida deve ser considerada o pilar das intervenções.

O domínio relações sociais foi o que apresentou o segundo maior escore. O suporte social pode adquirir a função de aliviar o estresse em situações de crise, inibir o desenvolvimento de doenças e representar importante papel na recuperação de enfermidades já instaladas, sendo considerado como fator de proteção e, assim, constituir foco importante de intervenção junto a essa população específica<sup>(19)</sup>.

Pacientes procedentes da cidade do Recife e região metropolitana apresentaram pior avaliação da QV para esse domínio. O resultado encontrado pode ser justificado pelo fato de os pacientes se encontrarem em um grande centro urbano (cujo transporte público não é um facilitador de mobilidade), e em situação de baixo nível socioeconômico e de baixa escolaridade, ou também por a maioria ser sedentária. Em um estudo de Aguiar e Farias<sup>(23)</sup> sobre QV de pacientes submetidos ao transplante cardíaco, os participantes tiveram uma melhor percepção no domínio relações sociais com dados significativos em relação à prática de atividade física, a qual aproxima pacientes de amigos e familiares, melhorando as relações sociais desses pacientes.

Em relação ao domínio meio ambiente, pacientes com renda de até um salário mínimo, apresentaram pior avaliação da QV para esse domínio. A faceta recursos financeiros contribuiu para a obtenção dessa avaliação, já que 84% apresentaram renda inferior a dois salários mínimos. O fato de a maioria ser de idosos e aposentados/pensionistas também contribuiu para essa avaliação. Rendimentos frequentemente diminuídos são fatores socioeconômicos importantes na vida diária e QV, principalmente em idosos. A baixa renda também deve ser

considerada quando se avalia o status clínico do paciente e uso de maior número de medicações<sup>(24)</sup>.

Em relação ao domínio psicológico, os pacientes revelaram ter melhor percepção da QV em relação a ele. Todas as facetas contribuíram para esse resultado, com exceção da faceta de sentimentos negativos. Os sentimentos negativos provocam alterações fisiológicas com impacto negativo no prognóstico de DAC e podem influenciar diretamente na adesão ao tratamento que requer mudanças comportamentais<sup>(25)</sup>.

Pacientes que apresentam doença renal tiveram uma pior avaliação da QV nos domínios físico, psicológico e relações sociais, o que também contribuiu para uma pior avaliação da QV total. Dados de um estudo sobre a QV de pacientes com insuficiência renal corroboram com a pesquisa, revelando que pacientes renais têm menor impacto na QV em relação ao domínio meio ambiente. Em relação aos demais domínios, quanto maior o tempo da doença renal, maior comprometimento na QV dos pacientes<sup>(26)</sup>.

### **Limitações do estudo e contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública**

Este estudo apresenta limitações quanto ao tamanho da amostra e ao curto período de tempo para a coleta dos dados. Assim, os resultados encontrados não devem ser generalizados, mas devem ser analisados na intenção de fundamentar as ações de assistência com o objetivo de melhorar a qualidade de vida desses pacientes. Diante disso, espera-se que este estudo motive outras pesquisas e discussões ampliando o conhecimento sobre a temática.

### **CONCLUSÃO**

Aos pacientes submetidos a CRM foram evidenciadas menor pontuação nos domínios físico e ambiental e associação entre a presença de fatores de risco e comorbidades com pior avaliação da QV.

As questões que envolvem a QV de pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca possibilitaram a reflexão sobre a real necessidade do paciente revascularizado em relação a sua condição de saúde, QV e satisfação pessoal, o que pode, diretamente, auxiliar os profissionais de saúde envolvidos no planejamento de reabilitação, fornecendo, assim, subsídios para implantação de uma assistência voltada para as reais necessidades desses pacientes, com estratégias de educação em saúde, como forma de promover saúde e prevenir agravos eventuais.

Compreender essa dimensão com o olhar além do óbvio das condições clínicas parece proporcionar melhor perspectiva em diferentes modos de pensar e atuar em saúde, considerando as especificidades do ser humano.

## **REFERÊNCIAS**

1. Mattos LAP, Berwanger O, Santos ES, Reis HJL, Romano ER, Petriz JLF, et al. Clinical outcomes at 30 days in the Brazilian registry of acute coronary syndromes (ACCEPT). *Arq Bras Cardiol*[Internet]. 2013[cited 2015 Dec 20];100(1):6-13. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/abc/v100n1/en\\_v100n1a03.pdf](http://www.scielo.br/pdf/abc/v100n1/en_v100n1a03.pdf)
2. Feijó MKEF, Lutkmeier R, Ávila CW, Rabelo ER. Fatores de risco para doença arterial coronariana em pacientes admitidos em unidade de hemodinâmica. *Rev Gaúcha Enferm*[Internet]. 2009[cited 2015 Dec 20];30(4):641-7. Available from: <http://>

[www.scielo.br/pdf/rgenf/v30n4/a09v30n4.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v30n4/a09v30n4.pdf)

3. Gois CFL, Dantas RAS, Torрати FG. Qualidade de vida relacionada à saúde antes e seis meses após a revascularização do miocárdio. *Rev Gaúcha Enferm*[Internet]. 2009[cited 2015 Dec 20];30(4):700-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v30n4/a17v30n4.pdf>
4. Boni ALMD, Martinez JE, Saccomann ICRS. Quality of life of patients undergoing coronary artery bypass grafting. *Acta Paul Enferm*[Internet]. 2013[cited 2015 Dec 28];26(6):575-80. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n6/en\\_11.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n6/en_11.pdf)
5. Takiuti ME, Hueb W, Hiscock SB, Nogueira CRSR, Girardi P, Fernandes F, et al. Quality of life after surgical myocardial revascularization, angioplasty or medical treatment. *Arq Bras Cardiol*[Internet]. 2007[cited 2016 Jan 02];88(5):475-81. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/abc/v88n5/en\\_a07v88n5.pdf](http://www.scielo.br/pdf/abc/v88n5/en_a07v88n5.pdf)
6. The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life instruments (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med*[Internet]. 1998[cited 2016 Jan 02];46(12):1569-85. Available from: [http://www.psychology.hku.hk/ftbcstudies/refbase/docs/thewhoqolgroup/1998/71\\_TheWHOQOLGroup1998.pdf](http://www.psychology.hku.hk/ftbcstudies/refbase/docs/thewhoqolgroup/1998/71_TheWHOQOLGroup1998.pdf)
7. Arbex FS, Almeida EA. Qualidade de vida e hipertensão arterial no envelhecimento. *Rev Bras Clin Med*[Internet]. 2009[cited 2016 Jan 03];7:339-42. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2009/v7n5/a012.pdf>
8. Freire MEM, Sawada NO, França ISX, Costa SFG, Oliveira CDB. Health-related quality of life among patients with advanced cancer: an integrative review. *Rev Esc Enferm USP*[Internet]. 2014[cited 2016 Apr 28];48(2):357-67. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n2/0080-6234-reeusp-48-02-357.pdf>
9. Bezerra SMMS, Veiga EV. Quality of life among people with hypertension served in units of family health strategies. *J Nurs UFPE on line*[Internet]. 2013[cited 2016 Jan 05];7(spe):7055-63. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/5203>
10. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, DF, 2012 [cited 2016 Dec 12]. Available from: <http://bit.ly/1mTMS3>
11. Custódio FM, Gasparino RC. Quality of life of patients in the postoperative cardiac surgery phase. *REME Rev Min Enferm*[Internet]. 2013[cited 2016 Jan 17];17(1):125-9. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/584>
12. Flek MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr*[Internet]. 1999[cited 2016 Jan 05];21(1):19-28. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v21n1/v21n1a06.pdf>
13. Dantas RAS, Rossi LA, Costa MCS, Vila VSC. Qualidade de vida após revascularização do miocárdio: avaliação segundo duas perspectivas metodológicas. *Acta Paul Enferm*[Internet]. 2010[cited 2016 Jan 17];23(2):163-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n2/02.pdf>
14. Badziak RPF, Moura VEV. Determinantes sociais da saúde: um conceito para efetivação do direito à saúde. *Rev Saúde Públ Santa Cat*[Internet]. 2010[cited 2016 Jan 17];3(1):69-79. Available from: <http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/view/51/114>
15. Rocha-Brischiliari SC, Agnolo CMD, Gravena AAF, Lopes TCR, Carvalho MDB, Peloso SM. Doenças crônicas não transmissíveis e associação com fatores de risco. *Rev Bras Cardiol*[Internet]. 2014[cited 2016 Mar 17];27(1):35-42. Available from: [http://www.rbconline.org.br/wp-content/uploads/Art\\_52\\_RBC\\_27\\_1\\_Catia\\_Agnollo\\_Artigo\\_Original1.pdf](http://www.rbconline.org.br/wp-content/uploads/Art_52_RBC_27_1_Catia_Agnollo_Artigo_Original1.pdf)
16. Oliveira TRP, Pedrosa LAK, Gonçalves RMDA. Estudo da hipertensão arterial sistêmica: repercussões quanto a adesão ao tratamento. *Rev Triângulo*[Internet]. 2008[cited 2016 Mar 17];1(9):97-110. Available from: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/revistatriangulo/article/view/50/73>
17. Lunelli RP, Portal VL, Esmério FG, Moraes MA, Souza EN. Patients' with coronary arterial disease' adherence to pharmacological and non-pharmacological therapy. *Acta Paul Enferm*[Internet]. 2009[cited 2016 Jan 28];22(4):367-73. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n4/en\\_a03v22n4.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n4/en_a03v22n4.pdf)
18. Christmann M, Costa CC, Moussale LD. Avaliação da qualidade de vida de pacientes cardiopatas internados em um hospital público. *Rev AMRIGS*[Internet]. 2011[cited 2016 Jan 28];55(3):239-43. Available from: [http://www.amrigs.org.br/revista/55-03/0000045956-Revista\\_AMRIGS\\_3\\_artigo\\_original\\_avalada\\_qualidade\\_de\\_vida.pdf](http://www.amrigs.org.br/revista/55-03/0000045956-Revista_AMRIGS_3_artigo_original_avalada_qualidade_de_vida.pdf)
19. Souza AO, Yamaguchi MU. Adesão e não adesão dos idosos ao tratamento anti-hipertensivo. *Saúde Pesq*[Internet]. 2015[cited 2016 Jan 29];8(spe):113-22. Available from: <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/3769/2518>
20. Campos MO, Rodrigues JF Neto. Qualidade de vida e fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis em Montes Claros, Minas Gerais. *RBSP*[Internet]. 2011[cited 2016 Jan 29];35(4):1013-5. Available from: [http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/268/pdf\\_81](http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/268/pdf_81)
21. Lopes NP, Salzbron CA, Barroso MC, Ribeiro SJP, Webber JS, Borges BE, et al. Perfil de fatores determinantes da HAS de uma população específica em uma região delimitada de Curitiba-PR. *Rev Curso Enferm*[Internet]. 2012[cited 2016 Feb 01];1(1):1-11. Available from: <http://www.santacruz.br/ojs/index.php/Revenf/article/view/1006/930>
22. Chaves G, Britez N, Munzinger J, Uhlmann L, Gonzalez G, Oviedo G, et al. Education to a healthy lifestyle improves symptoms



- and cardiovascular risk factors: AsuRiesgo Study. *Arq Bras Cardiol*[Internet]. 2015[cited 2016 Feb 01];104(5):347-55. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v104n5/0066-782X-abc-20150021.pdf>
23. Aguiar, MIFA, Farias DR, Pinheiro ML, Chaves ES, Rolim ILTP, Almeida PC. Quality of life of patients that had a heart transplant: application of WHOQOL-Bref scale. *Arq Bras Cardiol*[Internet]. 2011[cited 2016 Feb 02];96(1):60-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abc/2010ahead/aop12910>
  24. Alberte JSP, Ruscalleda RMI, Guariento ME. Qualidade de vida e variáveis associadas ao envelhecimento patológico. *Rev Soc Bras Clin Med* [Internet]. 2015 [cited 2016 Feb 02];13(1):32-9. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2015/v13n1/a4766.pdf>
  25. Bonomo MAS, Araújo TCCF. Psicologia aplicada à cardiologia: um estudo sobre emoções relatadas em exame de Holter. *Psic: Teor e Pesq*[Internet]. 2009[cited 2016 Feb 02];25(1):065-074. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n1/a08v25n1.pdf>
  26. Nepomuceno FCL, Melo Jr IM, Silva EA, Lucena KDT. Religiosidade e qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise. *Saúde Debate*[Internet]. 2014[cited 2016 Feb 02];38(100):119-28. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n100/0103-1104-sdeb-38-100-0119.pdf>
-