

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

MAYARA DANIELLE FONSECA LIMA

**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE NO PRÉ E PÓS-
OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA**

UBERLÂNDIA – MG

2018

MAYARA DANIELLE FONSECA LIMA

**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE NO PRÉ E PÓS-
OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia como requisito parcial para conclusão do Curso e obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Patricia Magnabosco

Coorientadora: Prof^a. Dr^a Valéria Nasser Figueiredo

UBERLÂNDIA – MG

2018

MAYARA DANIELLE FONSECA LIMA

**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA A SAÚDE NO PRÉ E PÓS-
OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado para conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia e obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, pela banca examinadora composta por:

Uberlândia, 05 de Dezembro de 2018.

Banca Examinadora

Prof.(a) Dr.(a) Patricia Magnabosco

Instituição: FAMED/UFU

Assinatura:_____

Prof.(a) Dr.(a) Omar Pereira de Almeida Neto

Instituição: FAMED/UFU

Assinatura:_____

Prof.(a) Dr.(a) Fabiola Alves Gomes

Instituição: FAMED/UFU

Assinatura:_____

*Dedico esse trabalho aos meus pais, Sandra e
Waldemar, que com muito amor e apoio não
mediram esforços para que eu pudesse chegar até
esta etapa da minha vida.*

AGRADECIMENTOS

Meus sinceros agradecimentos destinam-se primeiramente a DEUS, por ter me permitido tal conquista e por ter me concedido pais maravilhosos, Sandra e Waldemar, meu porto seguro e admiração inesgotável, pelo esforço e dedicação que desempenharam em toda a minha vida, vocês são o meu espelho e fonte de amor incondicional.

Agradeço também o meu irmão, Arthur, minha maior inspiração e a razão por eu nunca desistir dos meus sonhos mesmo diante dos obstáculos da saudade e da distância de casa, só o fato de ouvir sua voz ao telefone acalentava e enchia meu coração de esperança.

A prof^ª. Dr^ª. Patricia Magnabosco, pelas orientações, por ter me acolhido em seu projeto tendo me oportunizado esse importante trabalho e pela grande contribuição na análise estatística do mesmo. Sem a sua paciência, confiança e dedicação esse trabalho não teria atingido seus objetivos.

Aos professores Dr^ª. Valéria Nasser Figueiredo e Dr. Omar Pereira de Almeida Neto, obrigada pela valiosa contribuição na elaboração desse trabalho, não seria possível sem o comprometimento de vocês.

A segunda família que a UFU me proporcionou, Letícia Alves de Aguiar Rubio, Bruna Aparecida Rodrigues Duarte e Marília Cunha Côrtes, guardarei vocês eternamente no meu coração, tenho orgulho de tê-las como amigas, o jeito único de vocês me completou e me encheu de felicidade nesses anos de faculdade, sentirei muitas saudades dos momentos que compartilhamos, dos conselhos da Bruna, da determinação da Letícia e do carinho da Marília. Me encho de orgulho ao saber que se tornarão excelentes profissionais.

A minha amiga Luana Rosa pela força, companheirismo e cumplicidade, sem você eu não teria me aventurado nessa universidade e certamente não seria possível tais vivências, obrigada por estar ao meu lado em todos os momentos que precisei.

A UFU por ter me proporcionado grandes momentos de ensinamentos e crescimento pessoal, a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) e a todos que participaram direta e indiretamente da execução desse trabalho.

“A Enfermagem é uma arte, e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor, pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes, poder-se-ia dizer, a mais bela delas!”

(NIGHTINGALE, p. 6, 1871)

RESUMO

Introdução: As doenças cardiovasculares (DCV) representam as principais causas de morbimortalidade e incapacidade no Brasil e no mundo. Neste contexto as intervenções cirúrgicas constituem a principal escolha de tratamento, visando o aumento da sobrevida e Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) dos pacientes. Em contrapartida, a depressão constitui em um pior preditor a QVRS. **Objetivos:** Avaliar a QVRS no pré e pós-operatório de pacientes cardiopatas submetidos à cirurgia cardíaca, assim como comparar a escala de depressão de Beck nesse período; caracterizar e associar as variáveis sociodemográficas, clínicas e hábitos de vida com a qualidade de vida e sintomatologia depressiva. **Metodologia:** Estudo prospectivo de abordagem quantitativa. Realizado no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia – HCU/UFU, na cidade de Uberlândia-Minas Gerais, Brasil. Os participantes elegíveis foram avaliados em três tempos: T0: antes da cirurgia cardíaca; T1 e T2, respectivamente 3 e 6 meses após a cirurgia cardíaca, por meio da aplicação dos questionários EuroQol-3L (EQ-5D-3L) para avaliação genérica da QVRS, MacNew QLMI para a avaliação específica da QVRS e Inventário de Depressão de Beck (IDB) específico para avaliar a sintomatologia da depressão. **Resultados:** Foram incluídos neste estudo 42 participantes predominantemente: sexo masculino (81%); cor da pele branca (61,9%); casados (64,3%); católicos (78,6%); elevado índice de escolaridade entre o sexo masculino (50,0%); cirurgia de revascularização do miocárdio (76,2%); sedentarismo (90,5%); hipertensão arterial sistêmica (73,8%) e uso de estatinas (75,6%). A qualidade de vida melhorou na mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor/mal estar, físico e social. O EQ-5D-3L evidenciou melhor qualidade de vida na mobilidade ($p = 0,008$), cuidados pessoais ($p = 0,001$) e atividades habituais ($p = 0,012$) entre o sexo masculino, e melhor qualidade de vida relacionada a dor e mal-estar entre a cor da pele branca ($p = 0,007$) e os não tabagistas ($p = 0,021$). A associação entre sexo e MacNew QLMI, constatou que os homens possuem melhor qualidade de vida física ($p = 0,013$) e social ($p = 0,033$) e a cor da pele branca melhor qualidade de vida física ($p = 0,006$). O IDB evidenciou ocorrência de sintomas severos somente entre o sexo feminino ($p = 0,003$), cor da pele negra ($p = 0,000$) e tabagistas ($p = 0,049$). **Conclusão:** De modo geral a QVRS e a depressão melhoram pós-cirurgia cardíaca.

Palavras chaves: Cirurgia Cardíaca; Qualidade de Vida; Depressão.

ABSTRACT

Introduction: Cardiovascular diseases (CVD) represent the main causes of morbimortality and inability in Brazil and around the world. In this context the surgical interventions constitute the main treatment choice, aiming the patient's enhancement of survival rate and Health-Related Quality of Life (HRQOL). In counterpart, the depression constitutes the worst predictor of HRQOL. **Objectives:** To evaluate HRQOL in pre and post operations of the heart disease patients exposed to heart surgery, thus to compare the Beck depression scale in this period of time; to characterize and associate sociodemographic, clinical and routine variables with life quality and systemic depression. **Methodology:** Prospective study of quantitative approach. Executed in the Clinical Hospital of Federal University of Uberlândia - HCU/UFU, in Uberlândia - Minas Gerais, Brazil. The qualifying patients were evaluated in three periods: T0: before the heart surgery; T1 and T2, respectively 3 and 6 months after the heart surgery, through the application of questionnaires EuroQol-3L (EQ-5D-3L) to a generic evaluation of HRQOL, MacNew QLMI to a specific evaluation of HRQOL and specific Beck Depression Inventory (BDI) to evaluate systemic depression. **Results:** This study included 42 participants predominantly: male gender (81%), white skin (61.9%); married (64.3%); catholic (78.6%); high education level among male gender (50.0%); revascularization of myocardium surgery (76.2%); inactivity (90.5%); systemic arterial hypertension (73.8%) and statin's use (75.6%). The life quality improved in mobility, self-care, routine activities, pain and malaise, physical and social. EQ-5D-3L demonstrated best life quality in mobility ($p = 0.008$), self-care ($p = 0.001$) and routine activities ($p = 0.012$) among male gender, and best life quality related to pain and malaise between white skin ($p = 0.007$) and non-smokers ($p = 0.021$). The association between male gender and MacNew QLMI demonstrated that men have a best physical ($p = 0.013$) and social ($p = 0.033$) life quality and the white skin best physical life quality ($p = 0.006$). BDI emphasized the occurrence of several symptoms only in female gender ($p = 0.003$), black skin ($p = 0.000$) and smokers ($p = 0.049$). **Conclusion:** In general, HRQOL and depression improved after the heart surgery.

Keywords: Heart Surgery; Life Quality; Depression.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos 42 participantes, submetidos a cirurgia cardíaca no Hospital de Clínicas de Uberlândia, segundo sexo. Uberlândia, Minas Gerais, 2018.....	29
Tabela 2 – Distribuição das variáveis clínicas e hábitos de vida dos 42 participantes, submetidos a cirurgia cardíaca no Hospital de Clínicas de Uberlândia, segundo sexo. Uberlândia, Minas Gerais, 2018.....	31
Tabela 3 – Comparação entre domínios e níveis de avaliação do questionário EQ-5D-3L nos tempos T0, T1 e T2 do estado de saúde dos 42 participantes, submetidos a cirurgia cardíaca no Hospital de Clínicas de Uberlândia. Uberlândia, Minas Gerais, 2018.....	34
Tabela 4 – Média e desvio padrão dos 42 participantes, submetidos a cirurgia cardíaca no Hospital de Clínicas de Uberlândia, mensurada pela Escala Visual Analógica (EVA) nos tempos T0, T1 e T2. Minas Gerais, 2018.....	35
Tabela 5 – Comparação dos domínios e níveis de avaliação do questionário MacNew QLMI, nos tempos T0, T1 e T2 dos 42 participantes, submetidos a cirurgia cardíaca no Hospital de Clínicas de Uberlândia. Uberlândia, Minas Gerais, 2018.....	36
Tabela 6 – Comparação dos domínios do Inventário de Depressão de Beck (IDB), nos tempos T0, T1 e T2 dos 42 participantes submetidos a cirurgia cardíaca no Hospital de Clínicas de Uberlândia. Uberlândia, Minas Gerais, 2018.....	38
Tabela 7 – Associação entre os escores dos domínios do questionário EQ-5D-3L dos 42 participantes, submetidos a cirurgia cardíaca no Hospital de Clínicas de Uberlândia e as variáveis sociodemográficas, clínicas e hábitos de vida. Uberlândia, Minas Gerais, 2018.....	40
Tabela 8 – Associação entre os escores dos domínios do questionário MacNew QLMI dos 42 participantes, submetidos a cirurgia cardíaca no Hospital de Clínicas de Uberlândia e as	

variáveis sociodemográficas, clínicas e hábitos de vida. Uberlândia, Minas Gerais, 2018.....43

Tabela 9 – Associação entre os escores dos domínios do Inventário de Depressão de Beck dos 42 participantes, submetidos a cirurgia cardíaca no Hospital de Clínicas de Uberlândia e as variáveis sociodemográficas, clínicas e hábitos de vida. Uberlândia, Minas Gerais, 2018.....45

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição das comorbidades apresentadas pelos 42 participantes, submetidos a cirurgia cardíaca no Hospital de Clínicas de Uberlândia. Uberlândia, Minas Gerais, 2018.....32

Figura 2 – Perfil medicamentoso dos 42 participantes, submetidos a cirurgia cardíaca no Hospital de Clínicas de Uberlândia. Uberlândia, Minas Gerais, 2018.....32

LISTA DE SIGLAS

CRVM	Cirurgia de Revascularização do Miocárdio
DAC	Doença Arterial Coronariana
DALY	<i>Disability adjusted life years</i>
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
DCbV	Doenças Cerebrovasculares
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV	Doenças Cardiovasculares
DIC	Doenças Isquêmicas do Coração
DLP	Dislipidemia
DM	Diabetes Melito
EQ-5D-3L	<i>Euro Quality of Life Instrument-5D-3L</i>
EVA	Escala Visual Analógica
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HCU/UFU	Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IDB	<i>Beck Depression Inventory</i>
MACNEW QLMI	<i>Quality of Life after Myocardial Infarction</i> MacNew
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SOCERJ	Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Science</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada À Saúde
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	OBJETIVOS.....	19
2.1	Objetivo geral.....	19
2.2	Objetivos específicos.....	19
3	METOTODOLOGIA.....	20
3.1	Tipo de pesquisa.....	20
3.2	Local e população.....	20
3.3	Tamanho amostral.....	20
3.4	Crerérios de inclusão e exclusão.....	21
3.5	Plano de recrutamento e questões éticas.....	21
3.6	Delineamento do estudo.....	21
3.7	Questionários para coleta de dados.....	22
3.8	Análise dos dados coletados.....	26
4	RESULTADOS.....	28
5	DISCUSSÃO.....	47
5.1	Caracterização sociodemográfica.....	47
5.2	Caracterização clínica e hábitos de vida.....	49
5.3	Avaliação genérica da qualidade de vida – EQ-5D-3L.....	50
5.4	Avaliação específica da qualidade de vida – MacNew QLMI.....	53
5.5	Avaliação específica da sintomatologia da depressão – IDB.....	54
5.6	Limitação do estudo.....	56
6	CONCLUSÃO.....	58
7	REFERÊNCIAS.....	59
	ANEXO I – Parecer de Aprovação do Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Uberlândia.....	75
	ANEXO II – Questionário Miniexame do Estado Mental (MEEM).....	77
	ANEXO III – Questionário de Saúde EQ-5D-3L.....	79
	ANEXO IV – Questionário de Qualidade de Vida MacNew QLMI.....	81
	ANEXO V – Inventário de Depressão de Beck – IDB.....	85
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	88
	APÊNDICE B – Questionário Sociodemográfico, Clínico e Hábitos de Vida...	90

1 INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) representam o grupo de doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), com elevada taxa de morbimortalidade e intervenções cirúrgicas do aparelho circulatório em escala global (ARAÚJO *et al.*, 2017; FREIRE A. K. S. *et al.*, 2017; MEDEIROS *et al.*, 2018). No ano de 2016 ocorreram 41 milhões de óbitos por DCNT no mundo, destes 17,9 milhões foram causados pelas DCV, correspondendo a 44% das mortes globais (WHO, 2018).

Estimativas sugerem que até 2020 as DCV aumentarão seu fator incapacitante ajustado em anos de vida perdidos (*disability adjusted life years* - DALY), de 85 milhões para 150 milhões de pessoas no mundo, o que impactará negativamente na produtividade global (SBC, 2013; ROCHA; MARTINS, 2017). Nesse contexto, uma das metas estabelecidas pela WHO para ser atingida até o ano de 2025, condiz na redução de 25% da mortalidade prematura por DCV, tal meta também foi estabelecida no Brasil pela Sociedade Brasileira de Cardiologia - SBC (SBC, 2013; WHO, 2013).

De acordo com dados obtidos pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS), em uma década, 2006 a 2016, dos 12,8 milhões de óbitos por DCNT no Brasil, as DCV foram responsáveis por 3,6 milhões, onde os maiores registros foram da Região Sudeste totalizando 1,7 milhões e Região Norte com 934.847 mil óbitos (BRASIL, 2011a). As principais causas de óbitos nesse período foram decorrentes das doenças isquêmicas do coração (DIC) e doenças cerebrovasculares (DCbV), correspondendo a 31,9% e 30,1% das causas respectivamente (BRASIL, 2011a).

Os registros do Cardiômetro, indicador de mortalidade cardíaca projetado pela SBC, contabilizou uma morte a cada 1,5 minutos no País, ou seja, a cada ano as DCV serão responsáveis por mais de 300.000 mil óbitos no Brasil, o que a evidenciou como um grave problema de saúde pública, sobretudo pelo seu fator limitante e de morbidade (SBC, 2016; HORTENCIO *et al.*, 2018).

Diante da magnitude que são as DCNT, foi elaborado o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022, do Ministério da Saúde (MS), tal plano visou preparar o País para enfrentar e erradicar as DCNT, dentre uma das suas principais metas consta a proposta de redução de 2% ao ano da taxa de mortalidade prematura (<70 anos) por DCNT (BRASIL, 2011b).

Os fatores de riscos para DCV funcionam como um obstáculo para a eficiência terapêutica, promoção de saúde e qualidade de vida, sendo subdivididos em modificáveis e não

modificáveis. Os não modificáveis, impassíveis de intervenção, compreendem gênero, idade e hereditariedade. Quanto aos fatores modificáveis, passíveis de intervenção, são associados ao tabagismo, nutrição desequilibrada, dislipidemias, sedentarismo e obesidade, os quais aumentam significativamente o risco de hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes melito (DM) e doença aterosclerótica. Além destes, destacam os fatores psicossociais, os quais impactam em uma pior evolução clínica e prognóstico da DCV, são destacados pelo baixo nível socioeconômico, situações estressantes, ansiedade, depressão e personalidade D (afetividade negativa e inibição social (MAGALHÃES *et al.*, 2015; ROCHA; MARTINS, 2017).

Por possuir caráter crônico as DCV possuem duas formas de tratamentos, podendo ser clínico ou cirúrgico, os quais são adotados com o objetivo de recuperar a capacidade funcional do coração, minimizar os sintomas e possibilitar a reinserção do indivíduo às suas atividades habituais (GALDEANO *et al.*, 2006; RIBEIRO *et al.*, 2015). Mesmo que a abordagem menos invasiva e o tratamento clínico para as cardiopatias estejam em expansão, a cirurgia cardíaca ainda é a intervenção predominante (RIBEIRO *et al.*, 2015).

Na literatura as cirurgias cardíacas são classificadas em três tipos: substitutivas (trocas valvares e transplantes), reconstrutoras (revascularização do miocárdio e plastia de valva aórtica, mitral e tricúspide) e as corretoras (fechamento de canal arterial, septo atrial e ventricular) (DORDETTO; PINTO; ROSA, 2016). No Brasil, em 2017 foram realizadas 195.744 cirurgias do aparelho circulatório por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), com gastos equivalentes a R\$ 1.559.287.519,75, no qual a cirurgia de revascularização do miocárdio (CRVM) foi a mais realizada (BRASIL, 2011a).

Dentre as cirurgias cardíacas, a CRVM além de ser um dos procedimentos de maior indicação para o tratamento da doença arterial coronariana (DAC), também possui os melhores resultados, impactando em um melhor prognóstico, estado funcional, alívio dos sintomas e sobrevida do paciente (LANZONI *et al.*, 2015). A DAC constitui a principal causa de isquemia cardíaca, de acordo com a localização e o grau de obstrução pode progredir em angina instável, infarto agudo do miocárdio (IAM) e morte súbita (LAURENTTI; BUCHALLA; CARATIN, 2000; CARVALHO; SOUSA, 2001; GOIS, 2009).

Mesmo diante de bons resultados, estudos comprovaram que as pessoas submetidas a CRVM possuem maior propensão a desenvolverem distúrbios neurológicos, podendo variar de transitórios (déficits de atenção e memória) a irreversíveis (hemorragia e isquemia encefálica), impactando em uma pior qualidade de vida (QV) (DORDETTO, PINTO; ROSA, 2016).

A QV, é um termo polissêmico amplamente utilizado, e que até o presente momento não possui uma definição unificada. Anteriormente relacionava-se a condição de vida proporcionada pelos recursos financeiros, após a década de 50, passou a referir-se ao estado de saúde do indivíduo e sua dimensionalidade (CRUZ; COLLET; NÓBREGA, 2018). Na literatura o termo constantemente foi empregado como sinônimo de estado de saúde (CLEARY; WILSON; FOWLER, 1995); estilo de vida (NAHAS, 2003); até empregar conceitos amplos, tal qual as dimensões mentais, físicas e sociais (GONÇALVES, A . K. *et al.*, 2011).

A QV alicerça-se sobre três princípios fundamentais: subjetividade, multidimensionalidade (dimensões físicas, psicológicas e sociais) e bipolaridade (dimensões positivas e negativas) (FLECK *et al.*, 1999; KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2007; TAVARES, 2011). Assim, entende-se que a QV é tudo aquilo que é próprio da concepção do indivíduo, podendo abranger múltiplos aspectos com resultados positivos ou negativos.

No campo da saúde, a tentativa de obter o melhor conceito para QV resultou a expressão Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), a qual está interrelacionada a subjetividade autoavaliativa do indivíduo frente a sua condição clínica e os possíveis impactos causados por ela (CRUZ; COLLET; NÓBREGA, 2018; FREIRE, M. E. M. *et al.*, 2018).

Neste estudo QVRS "refere-se aos vários aspectos da vida de uma pessoa que são afetados por mudanças no seu estado de saúde, e que são significativos para a sua QV" (CLEARY; WILSON; FOWLER, 1995), bem como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (THE WHOQOL GROUP, 1995, p. 1405).

A hospitalização mediante a necessidade de uma intervenção cirúrgica, tanto pelos riscos existentes como pelos sentimentos vivenciados, favorece o estabelecimento de estressores físicos e psicológicos, os quais são capazes de gerar ansiedade e depressão durante o período pré e pós-operatório (FIGHERA, VIERO, 2005; RODRIGUES *et al.*, 2016).

Diante disso, o ambiente hospitalar concomitante a internação de longa permanência ou reinternação, mudanças de hábitos e estilo de vida contribuem negativamente para propiciar a perda da autonomia e afetar a QV do indivíduo (FIGHERA, VIERO, 2005; RODRIGUES *et al.*, 2016).

A depressão é avaliada como um importante preditor associado a pior QV, por compreender cuidados críticos e condição potencialmente letal, capaz de acometer ao sofrimento extremo, impactar nas atividades laborais, vida social e familiar, interferindo na

adesão terapêutica e aumento importante da dor e analgesia no pós-operatório (GOYAL *et al.*, 2005; LIMA *et al.*, 2008).

Além dos fatores psicológicos, a dor sofre influências quanto ao porte da cirurgia, fatores interpessoais, socioculturais, experiência prévia e cuidados dispendidos no pré e pós-operatório (TEIXEIRA; VALVERDE, 2003).

Avaliar a relação da depressão e dor faz-se necessário não só a âmbito da eficiência terapêutica e reabilitação cardíaca, mas sobretudo no estabelecimento do enfrentamento e redução da medicalização, mediante a criação e implementação de estratégias de intervenção individual, promovendo autonomia e protagonismo do indivíduo em sua vida.

A necessidade de mensurar a QVRS resultou na elaboração de diversos instrumentos de avaliação capazes de quantificar o estado de saúde antes e após o tratamento (HOFER; GUYATT; OLDRIDGE, 2004) dentre eles os genéricos que abrangem um sentido amplo de QV podendo ser utilizado para uma ou mais patologias, à exemplo o *Euro Quality of Life Instrument-5D-3L* (EuroQol - EQ-5D-3L) e os específicos, ideais para a QVRS e/ou ênfase em uma condição clínica específica, à exemplo o questionário de Qualidade de Vida Pós-Infarto do Miocárdio (MacNew QLMI) (*Quality of Life after Myocardial Infarction MacNew*) e o Inventário de Depressão de Beck (IDB) (*Beck Depression Inventory*).

O emprego de instrumentos e métodos de avaliação da QV na área de saúde é um importante recurso para os estudos multidimensionais e subjetivos da perspectiva biopsicossocial do paciente, assim é possível acompanhar sua reabilitação e prestar assistência sem restrição aos dados referentes à doença (SEIDL; ZANNON, 2004; GONÇALVES, F. D P. *et al.*, 2006).

Os questionários de QVRS constituem uma importante ferramenta de mensuração e comparação capaz de avaliar dados objetivos e subjetivos ao indivíduo, o qual foi exposto ao processo de hospitalização, e às experiências relacionadas ao ato cirúrgico, complicações, doenças, sobretudo as cardiovasculares (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

A necessidade de avaliar a QVRS se traduz em um importante indicador dos resultados terapêuticos, pois permite conhecer a repercussão dos procedimentos cardíacos na vida dos pacientes, entender seus impactos positivos e negativos, e a percepção e estratégias de enfrentamento do indivíduo diante de tal acontecimento. Por meio dessa investigação pode resultar em mudanças nas práticas assistências e na consolidação de novos paradigmas do processo saúde-doença.

Esse trabalho foi idealizado a partir do desenvolvimento da pesquisa intitulada Influência das Orientações de Enfermagem no Pós-operatório de Cirurgia Cardíaca na Evolução da Ferida Cirúrgica, ao observar a necessidade de trabalhar com a QVRS entre cardiopatas submetidos a cirurgia cardíaca.

Primeiramente foi implementado por meio de um projeto de pesquisa idealizado no Grupo de Pesquisa em Saúde Cardiovascular da Universidade Federal de Uberlândia, e iniciada a coleta de dados em setembro de 2016, posteriormente viu-se a possibilidade de transformá-lo em um estudo voltado para a iniciação científica, sendo assim aprovada pelo Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica – PIBIC, vigente por um período de doze meses, compreendidos entre março de 2017 a fevereiro de 2018.

Devido a fatores limitantes durante a execução da pesquisa, não foi possível atingir o tamanho amostral proposto de 79 participantes, no entanto, concluiu-se a iniciação científica por meio da análise de 21 participantes que completaram os tempos propostos (T0, T1 e T2), sendo apresentado no dia 24 de outubro de 2018 na VIII Semana de Iniciação Científica e Tecnológica UFU. Embora não tenha atingido o tamanho amostral proposto, deu-se prosseguimento com a realização da pesquisa até o presente Trabalho de Conclusão de Curso, sendo totalizado 79 participantes, sendo que destes 42 foram incluídos no estudo, pois contemplaram as avaliações entre os tempos T0, T1 e T2. No entanto, a pesquisa continuará até o mês de dezembro de 2018, no qual os 79 participantes estarão contemplados no tempo T0, T1 e T2, uma vez que já sumarizaram óbitos e desistências.

O desenvolvimento desse estudo exigiu um trabalho rigoroso entre todos os envolvidos, principalmente pelas dificuldades encontradas e a necessidade de implementar novos métodos para a manutenção dos participantes, contudo, foi gratificante deparar-se com tais resultados, sobretudo pelo papel de fomento que essa pesquisa proporcionará no desenvolvimento de estudos futuros.

Trabalhar com QVRS foi uma experiência desafiadora e enriquecedora, o que permitiu uma maior compreensão acerca da subjetividade do outrem e como ela é capaz de impactar em sua saúde, de modo a propiciar uma visão holística do indivíduo.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a qualidade de vida relacionada a saúde no pré e pós-operatório de pacientes cardiopatas submetidos a cirurgia cardíaca.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar a amostra segundo as variáveis sociodemográficas, clínicas e hábitos de vida;
- Comparar escala de depressão de Beck no pré e pós-operatório dos pacientes submetidos a cirurgia cardíaca;
- Associar as variáveis sociodemográficas, clínicas, hábitos de vida com a qualidade de vida relacionada a saúde e a depressão.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de estudo observacional, longitudinal, prospectivo de abordagem quantitativa.

3.2 Local e população

Participou do estudo pacientes internados para realização de cirurgia cardíaca (substitutivas, reconstrutoras e/ou corretoras), os dados foram coletados nos setores de Clínica Médica (CM), Unidade Coronariana (UCO), Unidade de Dor Torácica (UDT), Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou Setor Ambulatorial do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HCU-UFU), localizado em Uberlândia, Minas Gerais. Todos os pacientes foram acompanhados por especialistas e receberam tratamento e orientações de acordo com suas afecções e normas clínicas vigentes.

O hospital HCU-UFU foi considerado o maior prestador de serviços pelo Sistema Único de Saúde (SUS), ademais, um dos maiores hospitais universitários da rede de ensino do Ministério da Educação (MEC). Sendo referência em média e alta complexidade, e possui mais de 50 mil m² de área construída e 520 leitos, atendendo a 86 municípios de MG.

3.3 Tamanho Amostral

O cálculo do tamanho amostral considerou um coeficiente de determinação em um modelo de regressão linear múltipla, tendo como nível de significância ou erro do tipo I e erro do tipo II, resultando portanto, em um poder estatístico apriorístico de 95%. Utilizou-se o aplicativo PASS (*Power Analysis and Sample Size*), versão de 2002, no qual os valores descritos acima foram inseridos, desse modo gerou um tamanho de amostra mínimo de N = 79, já considerando uma perda de amostragem de 20% (recusas em participar). Esse cálculo foi realizado de acordo com o número total de cirurgias torácicas no ano de 2015 (Total de cirurgias: 107) pela Gerência de Informações Hospitalares - Setor de Estatísticas e Informações Hospitalares do HCU-UFU. A fórmula estatística que permite calcular esse escore está representada na Equação 1.

Equação 1:

$$N = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) + e^2 \cdot (N - 1)}$$

A amostra obtida na coleta de dados foi N = 79 participantes, no entanto, para atingir os objetivos propostos foram selecionados para esse estudo somente aqueles que completaram os três tempos (T0, T1 e T2) e excluídos óbitos e desistências, assim realizou a interpretação dos resultados de 42 participantes elegíveis.

3.4 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca (substitutivas, reconstrutoras e/ou corretoras), com idade igual ou superior a 18 anos, e que concordaram em participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE (Apêndice A). Os critérios estabelecidos para exclusão foram: déficits cognitivos que inviabilizasse a comunicação verbal e escrita, recusa diante do TCLE e instabilidade hemodinâmica.

3.5 Plano de recrutamento e questões éticas

Inicialmente a pesquisa foi submetida à apreciação e avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e aprovado sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 55110616.9.0000.5152 e parecer nº 1.715.990 (Anexo I), posteriormente foram iniciadas as coletas de dados.

A integridade física/mental, privacidade, autonomia, justiça e bem-estar dos participantes envolvidos foram garantidos por meio da adoção de princípios éticos estabelecidos pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Todos aqueles que atenderam aos critérios de inclusão, foram abordados em seus leitos e convidados a participarem deste estudo mediante assinatura do TCLE, o qual estabeleceu a finalidade do estudo, voluntariedade da participação, respeito à privacidade e sigilo dos dados.

3.6 Delineamento do estudo

O estudo foi estruturado em duas fases, sendo elas: fase 1 e 2. A fase 1 compreendeu o tempo T0 (antes da cirurgia) e a fase 2, os tempos T1 (3 meses pós cirurgia cardíaca) e T2 (6 meses pós cirurgia cardíaca), a coleta de dados ocorreu em setembro de 2016 a setembro de 2018.

A fase 1 - T0, ocorreu a âmbito ambulatorial e/ou hospitalar, foi o primeiro contato que se estabeleceu com os participantes elegíveis ao estudo. Essa fase foi direcionada a assinatura do TCLE e aplicação dos questionários de coleta de dados: Miniexame do Estado Mental

(MEEM) (Anexo II), sociodemográfico/clínico/hábitos de vida (Apêndice B), EuroQol EQ-5D-3L (Anexo III), MacNew QLMI (Anexo IV) e IDB (Anexo V).

A fase 2 foi idealizada para investigar se a cirurgia cardíaca e a depressão interferiram na QVRS após 3 e 6 meses da realização do procedimento. Os tempos T1 e T2 ocorreram a âmbito ambulatorial e hospitalar (casos de reinternações), sendo necessário também a implementação de uma nova técnica de coleta de dados, por via monitorização telefônica mediante fornecimentos dos questionários aos participantes, e agendamento de dias e horários oportunos para coleta de dados quando essa não era possível a nível hospitalar. Nesse período foi aplicado somente o questionário para dados clínicos (Apêndice B), em conjunto com os questionários EuroQol EQ-5D-3L, MacNew QLMI e IDB.

3.7 Questionários para coleta de dados

3.7.1 Miniexame do Estado Mental (MEEM)

O Miniexame do Estado Mental (MEEM), é um teste neuropsicológico elaborado por Folstein e colaboradores, foi publicado em 1975, sendo um dos instrumentos para rastreio cognitivo mundialmente utilizado, de fácil e rápida aplicabilidade (FOLSTEIN *et al.*, 1975; MELO; BARBOSA, 2015). Não condiz como instrumento de diagnóstico, mas sim para investigação do comprometimento cognitivo, dessa forma, pode ser aplicado por qualquer profissional da equipe multiprofissional (BRUCKI *et al.*, 2003; BRASIL, 2006; BARROS, 2016).

Sua estrutura consiste em 11 testes capazes de avaliarem domínios relacionados a: orientação temporal e espacial, memória imediata, cálculo, evocação e linguagem (nomeação, repetição, comando, interpretação, escrita e transcrição de desenho) (BARROS, 2016). O escore total do MEEM é de 30 pontos, Barros (2016) afirmou que os melhores valores pretendidos ficam entre 27 e 30 pontos.

A nota de corte recebe influências pelo nível educacional e idade, assim não há um valor específico para tal (CARAMELLI; NITRINI, 2000; BRUCKI *et al.*, 2003). Neste estudo, consideramos os valores propostos por Bertolluci e col. (1994), o qual foi responsável pela tradução do MEEM no Brasil, segundo seus conceitos admitiu-se um padrão de ≤ 13 pontos para analfabetos, ≤ 18 pontos pessoas com escolaridade entre 1 a 11 anos e ≤ 26 pontos para pessoas com escolaridade superior a 11 anos, valores abaixo da pontuação de corte se configura como indicativo para declínio cognitivo.

3.7.2 Instrumento de coleta de dados sociodemográficos, clínicos e hábitos de vida

Instrumento semiestruturado e elaborado pelas pesquisadoras, sendo subdividido em variáveis sociodemográficas, clínicas e hábitos de vida.

Na primeira fase do estudo foram obtidas as seguintes informações:

- Sociodemográficas: data T0, data de entrada no hospital, iniciais do nome, data de nascimento, sexo, naturalidade, procedência, cor autorreferida, estado civil, religião, escolaridade em anos de estudo, condição de trabalho, ocupação, renda familiar, número de pessoas na casa, renda per capita e condição sanitária.
- Clínico/hábitos de vida: data da internação e cirurgia, motivo da cirurgia, peso, altura, IMC, temperatura, frequência respiratória, saturação de O₂ (oxigênio), dispneia, pressão arterial sistólica e diastólica, pulso em batimento por minuto, fibrilação atrial, presença de: varizes, edema, claudicação intermitente, pulso (poplíteo, tibial posterior e pedioso), circunferência (abdominal, quadril e cintura), comorbidades, tipos de medicações e exames da internação. Quanto aos hábitos de vida: realização de atividade física, tabagismo e etilismo.

Na fase dois foram coletados os seguintes dados:

- Clínicos T1 ou T2: temperatura, frequência respiratória, saturação de O₂ (oxigênio), dispneia, pressão arterial sistólica e medicações.

3.7.3 Instrumento para avaliação da QVRS genérica

3.7.3.1 EuroQol - EQ-ED-3L

O EQ-5D-3L é uma das versões do EQ-5D, instrumento de medida genérica destinado a avaliação da QVRS, foi desenvolvido em 1987 pelo grupo EuroQol, com o intuito de fornecer dados descritivos do perfil e índice geral dos participantes, podendo ser aplicado a uma grande variedade de doenças e estado de saúde (PINTO, 2011; FERREIRA; FERREIRA; PEREIRA, 2013; DEVLIN; BROOKS, 2017; EUROQOL, 2018). Com o emprego do EQ-5D é possível comparar grupos de referência ou obter a evolução da saúde dos pacientes ao longo dos anos (PINTO, 2011).

Sua construção baseou-se na necessidade de obter um instrumento simples, mas com dimensões relevantes para o paciente e que fosse passível da autoaplicação e rápido

preenchimento (BAGATTINI, 2015; DEVLIN; BROOKS, 2017). Somente no ano de 1990 tornou-se conhecido publicamente (FERREIRA; FERREIRA; PEREIRA, 2013).

Além da versão EQ-5D-3L que possui três níveis de avaliação, ele também é composto pelo EQ-5D-5L com cinco níveis e o EQ-5D-Y que possui três níveis, com o diferencial voltado para o sistema de linguagem simplificado e apropriado para participantes com idades entre 8 a 15 anos, ambos possuem cinco dimensões (DEVLIN; BROOKS, 2017).

O EQ-5D baseia-se tanto no sistema descritivo definido por $(3^5) = 243$, ou seja, ele é capaz de avaliar 243 estados de saúde distintos, quanto na Escala Visual Analógica (EVA) (FERREIRA; FERREIRA; PEREIRA, 2013; BAGATTINI, 2015; DEVLIN; BROOKS, 2017).

De tal modo, o sistema descritivo do EQ-5D-3L consiste em cinco dimensões: mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor/mal-estar e ansiedade/depressão (FERREIRA; FERREIRA; PEREIRA, 2013; BAGATTINI, 2015), avaliadas por três níveis de gravidade: nível 1 – sem problemas/nenhum, nível 2 – alguns problemas/moderado, nível 3 – problemas extremos/grave (BAGATTINI, 2015; REENEM; OPPE, 2015). Os números foram empregados apenas para possibilitar o discernimento dos níveis de gravidade de cada dimensão na análise estatística, não possuindo propriedades aritméticas e/ou valor cardinal (DEVLIN; BROOKS, 2017), desse modo, a análise baseia-se na frequência de respostas de cada domínio em relação aos níveis de avaliação.

A EVA por ser uma escala graduada de 0 a 100, é capaz de mensurar o estado de saúde do participante no ato da aplicação, no qual valores próximos a 100 sugerem um bom estado de saúde imaginável e mais próximos a 0 um pior estado de saúde imaginável (FERREIRA; FERREIRA; PEREIRA, 2013; BAGATTINI, 2015). Nas análises, os valores da EVA são apresentados preferencialmente através de uma medida da tendência e de dispersão, por não serem adotados valores cardinais (REENEM; OPPE, 2015).

No Brasil, o EQ-5D foi utilizado primeiramente no estado de Minas Gerais em 2011, para valoração dos estado de saúde, o qual envolveu 3363 participantes, o que permitiu não só o fornecimento de dados para comparação da valorização dos estados de saúde com outras regiões, mas também um importante recurso para investir na promoção de políticas públicas de acordo com QVRS da população estudada (ANDRADE *et al.*, 2013).

3.7.4 Instrumentos específicos

3.7.4.1 Inventário de Depressão de Beck – IDB

Criado em 1961 por Aaron Beck e colaboradores, o Inventário de Depressão de Beck (IDB) é uma escala com propriedades de autoaplicação utilizada tanto em pesquisa como em clínica, sendo capaz de rastrear a sintomatologia depressiva (BECK *et al.*, 1961; MCDOWELL, 2006).

Além da escala do IDB original, foi criado posteriormente a versão IDB-II em 1996, a qual possui acuracidade diagnóstica, com maior abrangência dos sintomas depressivos e depressão maior, sendo necessária a avaliação por um psicólogo capacitado em testes educacionais e psicológicos quando utilizado por finalidade diagnóstica (FINGER; ARGIMON, 2013).

O IDB é constituído por 21 afirmações com quatro níveis de avaliação (0, 1, 2, 3), quanto maior o nível, maior será a severidade dos sintomas depressivos, um nível próximo a 0 é indicativo de sintomas depressivos leves e/ou sua ausência (SILVA, A. C. P., 2012). A validação foi realizada por Gorenstein e Andrade (1996) e traduzido por Cunha (2001).

Os 21 itens do IDB são capazes de avaliar: tristeza, pessimismo, fracasso, insatisfação, culpa, punição, decepção, autoacusação, ideias suicidas, choro, irritabilidade, interação social, indecisão, imagem corporal, dificuldade em trabalhar, insônia, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação com a saúde e perda de interesse sexual (BECK *et al.*, 1961; GORENSTEIN; ANDRADE, 1996; MCDOWELL, 2006).

A pontuação final varia de 0 a 63, sendo obtida por meio da somatória dos escores de cada afirmativa (GORENSTEIN; ANDRADE, 1988). O escore total para classificar a intensidade da sintomatologia depressiva nesse estudo, foi realizado segundo a tradução e interpretação da versão brasileira feita por Cunha (2001), na qual 0 a 9, sem depressão; 10 a 16, depressão leve; 17 a 29, depressão moderada e 30 a 63, depressão grave, pontuações mais elevadas sugerem sintomas depressivos mais graves.

Neste estudo, o IDB não foi utilizado para fins de diagnóstico clínico e/ou estratégias terapêuticas, nem como para avaliar a efetividade do tratamento, mas somente para a caracterização do perfil apresentado pela população, não se traduzindo em uma verdade absoluta. Assim, os participantes foram informados que tal instrumento tinha apenas a finalidade de fornecer dados do perfil da população estudada, para zelar com esse compromisso, em nenhum momento foram informados que se tratava de um instrumento para avaliação da depressão, já que para tal é de suma necessidade uma investigação profissional específica e aprofunda em cada caso.

3.7.4.2 MacNew QLMI

O MacNew é um instrumento específico para avaliação da QVRS em pacientes com doença cardíaca, foi desenvolvido por McMaster em 1993, inicialmente para pacientes pós-infarto do miocárdio, atualmente além dos pacientes com IAM, também compreende aqueles com angina e insuficiência cardíaca (HÖFER *et al.*, 2004; ALCÂNTARA, 2005; NAKAJIMA *et al.*, 2008; LOURENÇO, 2012; MACNEW, 2018).

Uma modificação da versão original do MacNew de 97 itens resultou em uma nova versão com 27 itens e três domínios de avaliação (NAKAJIMA *et al.*, 2008; LOURENÇO, 2012; MACNEW, 2018). A adaptação para a língua portuguesa foi realizada por Benetti e Nahas (2001) em 1999, sendo considerado um instrumento confiável, válido e passível de autoaplicação.

Os 27 itens do MacNew QLMI são apresentados em uma escala tipo *Likert* distribuídos em três domínios: emocional (14 questões: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 13, 15, 18 e 23), físico (13 questões: 6, 9, 12, 14, 16, 17, 19, 20, 21, 24, 25, 26 e 27) e social (13 questões: 2, 11, 13, 15, 17, 20, 21, 22, 23, 24, 25 e 26), a pontuação é crescente de 1 a 7, onde 7 é a pontuação máxima de cada domínio (alta QVRS) e a mínima corresponde a 1 (baixa QVRS), um mesmo item pode pertencer a vários domínios (LOURENÇO, 2012; SILVA, J. P. A., 2012). A interpretação dos resultados é realizada por meio do agrupamento variável 1 a 7 em intervalos: 1-3 (baixa QVRS), 3-5 (moderada QVRS) e 5-7 (elevada QVRS) (SILVA, J. P. A., 2012).

A pontuação global de QVRS resulta-se por meio do cálculo da média aritmética de todos os itens do MacNew, tal qual ocorre para a obtenção do score dos domínios, onde a média aritmética é calculada para cada domínio apresentado (LOURENÇO, 2012; SILVA, J. P. A., 2012).

3.8 Análise dos dados coletados

Os dados obtidos foram organizados em uma planilha do Excel®, validados por dupla digitação e posteriormente exportados para o Programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 17.0, para realização das análises estatísticas.

A verificação da distribuição normal das variáveis quantitativas foi feita pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov*. As variáveis contínuas que apresentarem distribuição normal foram apresentadas em média $\pm$ desvio padrão, além de incluir valores mínimos e máximos. As associações entre as variáveis qualitativas foram estudadas a partir do teste Qui-quadrado de Pearson. Para avaliar a associação das variáveis quantitativas sociodemográficas, clínicas,

hábitos de vida, entre a qualidade de vida e a depressão foi utilizado o Teste *Man Whitey* e para comparação entre os tempos (T0, T1, T2) das variáveis dos dois instrumentos de qualidade de vida foi utilizado o Teste T pareado. O nível de significância adotado foi de $\alpha = 0,05$.

4 RESULTADOS

A pesquisa como um todo compreendeu 79 participantes de ambos os sexos, destes totalizaram 6 óbitos e 3 desistências, devido ao tempo ser um dos principais fatores de limitação do estudo, 42 participantes completaram os três tempos a serem analisados (T0, T1 e T2) e 28 continuam na fase de coleta de dados.

Foram analisados nesse estudo 42 participantes, com indicação para realização de cirurgia cardíaca (substitutivas, reconstrutoras e/ou corretoras), onde o sexo masculino obteve maior representatividade (34; 81,0%) ao comparado com o feminino (8; 19,0%). As características sociodemográficas encontram-se apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos 42 participantes, submetidos a cirurgia cardíaca no Hospital de Clínicas de Uberlândia, segundo sexo. Uberlândia, Minas Gerais, 2018.

Variáveis sociodemográficas	Sexo					
	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Faixa etária (em anos)						
18-39	-	-	1	2,4	1	2,4
40-59	2	4,8	19	45,2	21	50,0
≥ 60	6	14,3	14	33,3	20	47,6
Cor da pele						
Branca	2	4,8	24	57,1	26	61,9
Parda	4	9,5	9	21,4	13	31,0
Negra	2	4,8	1	2,4	3	7,1
Estado civil						
Solteiro	2	4,8	10	23,8	12	28,6
Casado	4	9,5	23	54,8	27	64,3
Separado	2	4,8	1	2,4	3	7,1
Religião						
Católica	7	16,7	26	61,9	33	78,6
Evangélica	1	2,4	1	2,4	2	4,8
Não possui	-	-	1	2,4	1	2,4
Outra	-	-	6	14,3	6	14,3
Escolaridade (anos de estudo)						
1-4	5	11,9	6	14,3	11	26,2
5-9	2	4,8	7	16,6	9	21,4
10-13	1	2,4	21	50,0	22	52,4
Condição de trabalho						
Não	1	2,4	7	16,7	8	19,0
Sim	1	2,4	21	50,0	22	52,4
Aposentado	6	14,3	6	14,3	12	28,6
Ocupação						
Braçal	-	-	13	31,0	13	31,0
Autônomo	1	2,4	8	19,0	9	21,4
Outros	7	16,6	13	31,0	20	47,6
Total	8	19,0	34	81,0	42	100,0

Fonte: A AUTORA, 2018.

Desta amostra constatou que as faixas etárias de predominâncias possuíam idades entre 40 a 59 anos (21; 50,0%), seguida de maior que 60 anos (20; 47,6%) e em menor número entre 18 a 39 anos (1; 2,4%).

Quanto a cor da pele, a maioria era branca (26; 61,9%), posteriormente parda (13; 31,0%) e a menor parcela era negra (3; 7,1%).

O estado civil predominante foi o casado (27; 64,3%), bem como a religião católica (33; 78,6%).

Em relação à escolaridade a maioria estudou entre 10 a 13 anos (22; 52,4%), sendo que grande parte era do sexo masculino (21; 50,0%), o sexo feminino registrou os menores índices de escolaridade (5; 11,9%), o qual variou entre 1 a 4 anos de estudos.

No que se refere à condição de trabalho, a maior parte possuía atividade profissional remunerada (22; 52,4%), sendo de representatividade o sexo masculino (21; 50,0%) e a minoria pelo sexo feminino (1; 2,4%), também foram registrados a população aposentada (12; 28,6%) e os inativos (8; 19,0%).

A ocupação intitulada outros embora tenha sido a mais compreendida (20; 47,6%), nesta categoria foram alocados os aposentados e inativos, seguidamente a ocupação braçal (13; 31,0%) e posteriormente os autônomos (9; 21,4%).

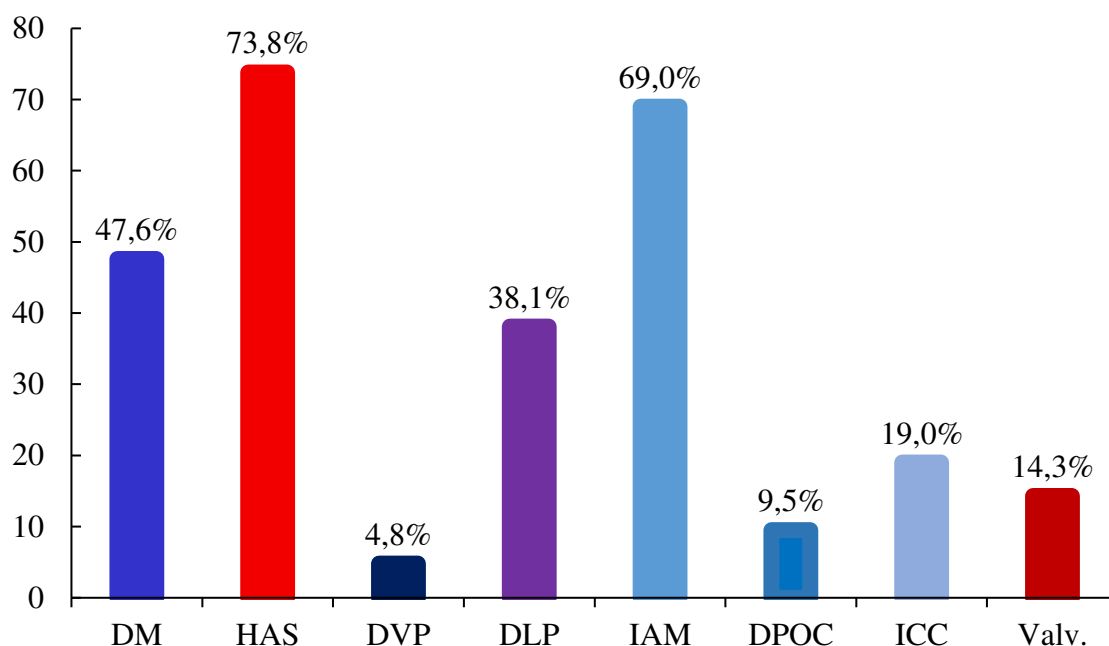
A distribuição das variáveis clínicas e hábitos de vida encontram-se na Tabela 2, Figura 1 e 2.

Tabela 2 – Distribuição das variáveis clínicas e hábitos de vida dos 42 participantes, submetidos a cirurgia cardíaca no Hospital de Clínicas de Uberlândia, segundo sexo. Uberlândia, Minas Gerais, 2018.

Variáveis clínicas/hábitos de vida	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino			
	N	%	N	%	N	%
Motivo da cirurgia cardíaca						
Revascularização do miocárdio	7	16,7	25	59,6	32	76,2
Valvuloplastia	-	-	5	11,9	5	11,9
Aneurisma de aorta	1	2,4	4	9,5	5	11,9
Atividade física						
Não	8	19,0	30	71,4	38	90,5
Sim	-	-	4	9,5	4	9,5
Tabagista						
Não	8	19,0	29	69,0	37	88,1
Sim	-	-	5	11,9	5	11,9
Ex-tabagista						
Não	-	-	5	11,9	5	11,9
Sim	5	11,9	15	35,7	20	47,6
Não se aplica	3	7,1	14	33,3	17	40,4
Etilismo						
Não	7	16,7	18	42,9	25	59,5
Sim	1	2,4	16	38,1	17	40,5
Obesidade						
Não	7	16,7	29	69,0	36	85,7
Sim	1	2,4	5	11,9	6	14,3
Total	8	19,0	34	81,0	42	100,0

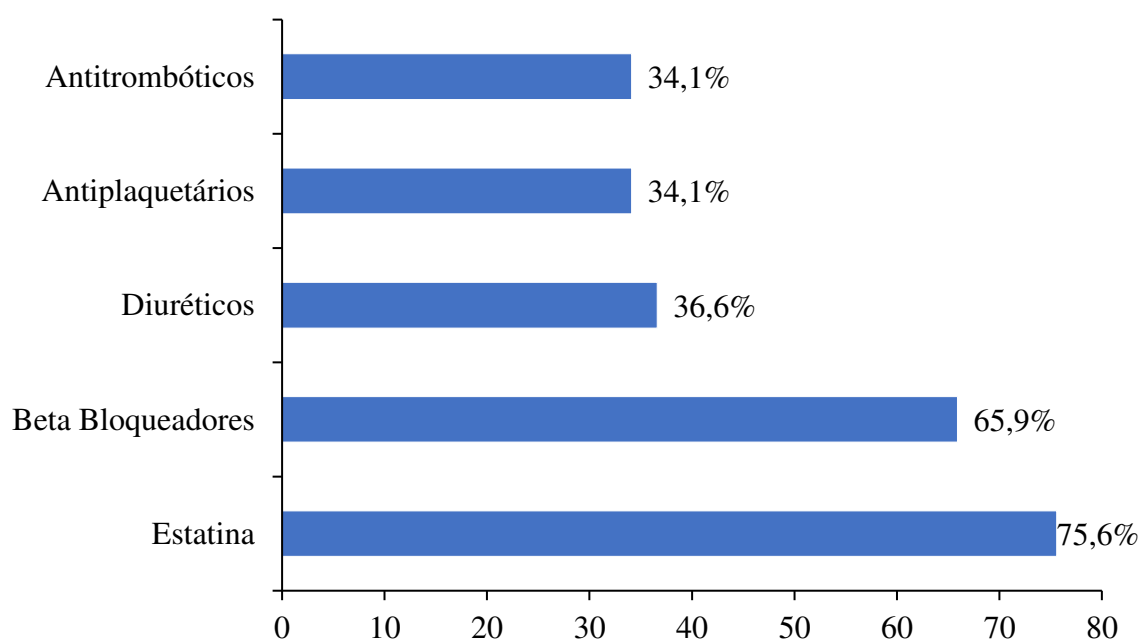
Fonte: A AUTORA, 2018.

Figura 1 – Distribuição das comorbidades apresentadas pelos 42 participantes, submetidos a cirurgia cardíaca no Hospital de Clínicas de Uberlândia. Uberlândia, Minas Gerais, 2018.



Fonte: A AUTORA, 2018. DM – diabetes melito; HAS – hipertensão arterial sistêmica; DVP – doença vascular periférica; IAM – infarto agudo do miocárdio; DPOC – doença pulmonar obstrutiva crônica; ICC – insuficiência cardíaca congestiva; Valv – valvulopatia.

Figura 2 – Perfil medicamentoso dos 42 participantes, submetidos a cirurgia cardíaca no Hospital de Clínicas de Uberlândia. Uberlândia, Minas Gerais, 2018.



Fonte: A AUTORA, 2018.

Quanto aos dados referentes ao tipo de procedimento cirúrgico realizado pelos participantes, verificou-se que a maior parte foram submetidos a revascularização do miocárdio (32; 76,2%).

De acordo com os hábitos de vida estudados, o sedentarismo foi abrangente na amostra (38; 90,5%), sendo que somente o sexo masculino realizava algum tipo de atividade física (4; 9,5%).

Em relação ao tabagismo, somente o sexo masculino mantinha o hábito (5; 11,9%), sendo que ex-tabagistas (20; 47,6%), compreendeu ambos os sexos, feminino (5; 11,9%) e masculino (15; 35,7%).

O etilismo (17; 40,5%) foi evidenciado preferencialmente entre o sexo masculino (16; 38,1%), do que no feminino (1; 2,4%).

Apenas uma pequena parte da população tinha obesidade (6; 14,3%), sobretudo o sexo masculino (5; 11,9%).

De acordo com as comorbidades de maior prevalência em ordem decrescente temos: HAS (73,8%), IAM (69,0%), DM (47,6%) e DLP (38,1%). As de menor prevalência foram representadas por: ICC (19,0%), valvulopatia (14,3%), DPOC (9,5%) e DVP (4,8%).

O perfil medicamentoso evidenciou que as classes amplamente empregadas no manejo farmacológico foram a estatina (75,6%), beta bloqueadores (65,9%), diuréticos (36,6%), antiplaquetários (34,1%) e antitrombóticos (34,1%), além das outras medicações utilizadas na prática clínica de acordo com a prescrição específica.

A categorização e os resultados mediante aplicação do teste T pareado do estado de saúde dos participantes, mensurado pelo questionário EQ-5D-3L, encontra-se na Tabela 3.

Tabela 3 – Comparação entre domínios e níveis de avaliação do questionário EQ-5D-3L nos tempos T0, T1 e T2 do estado de saúde dos 42 participantes, submetidos a cirurgia cardíaca no Hospital de Clínicas de Uberlândia. Uberlândia, Minas Gerais, 2018.

Domínios EQ-5D-3L	Níveis de Avaliação	Tempos (T)								
		T0		p (T0/T1)	T1		p (T1/T2)	T2		p (T0/T2)
		N	%		N	%		N	%	
Mobilidade	Nenhum	37	88,1		40	95,2		40	95,2	
	Moderado	3	7,1	0,096	2	4,8	1,000	2	4,8	0,133
	Grave	2	4,8		-	-		-	-	
Cuidados pessoais	Nenhum	37	88,1		38	90,5		41	97,6	
	Moderado	3	7,1	0,445	4	9,5	0,083	1	2,4	0,083
	Grave	2	4,8		-	-		-	-	
Atividades habituais	Nenhum	33	78,6		34	81,0		35	83,3	
	Moderado	7	16,7	0,445	8	19,0	0,570	7	16,7	0,352
	Grave	2	4,8		-	-		-	-	
Dor e mal-estar	Nenhum	24	57,1		18	42,9		30	71,4	
	Moderado	17	40,5	0,146	22	52,4	0,001*	11	26,2	0,225
	Grave	1	2,4		2	4,8		1	2,4	
Ansiedade/depressão	Nenhum	9	21,4		31	73,8		30	71,4	
	Moderado	29	69,0	0,000*	9	21,4	0,800	10	23,8	0,000*
	Grave	4	9,5		2	4,8		2	4,8	
Total		42	100		42	100		42	100	

Fonte: A AUTORA, 2018. * (teste T pareado $p < 0,05$).

Analisando os resultados obtidos pelo EQ-5D-3L, foi possível observar que não houve diferenças estatisticamente significantes nos domínios mobilidade ($p > 0,05$), cuidados pessoais ($p > 0,05$) e atividades habituais ($p > 0,05$) entre os tempos T0, T1 e T2. No entanto, resultou em diferença estatisticamente significante nos domínios dor e mal-estar ($p = 0,001$) entre os tempos T1/T2 e ansiedade e depressão ($p = 0,000$) entre os tempos T0/T1 e T0/T2.

No domínio dor e mal-estar foi possível observar que houve um aumento no T1 (18; 42,9%) para T2 (30; 71,4%) dos participantes sem nenhum problema, assim como diminuíram os participantes como problemas moderados de T1 (22; 52,4%) para T2 11; 26,2%.

O domínio ansiedade e depressão revelou uma diminuição da QVRS em T0, onde a maioria dos participantes tinham problemas moderados (29; 69,0%) a graves (4; 9,5%), poucos não possuíam problemas (9; 21,4%). Em T1 já foi possível observar que ocorreu um aumento

daqueles sem problemas (31; 73,8%) e diminuição daqueles com problemas moderados (9; 21,8%) a graves (2; 4,8%).

Diante dos dados obtidos foi possível constatar que a QVRS aumentou entre os domínios dor e mal-estar, e ansiedade e depressão após transcorrer seis meses pós cirurgia cardíaca.

Os resultados obtidos do estado de saúde dos participantes pelo Teste T pareado entre os tempos T0, T1 e T2, por meio da EVA encontram-se na Tabela 4.

Tabela 4 – Média e desvio padrão dos 42 participantes, submetidos a cirurgia cardíaca no Hospital de Clínicas de Uberlândia, mensurada pela Escala Visual Analógica (EVA) nos tempos T0, T1 e T2. Minas Gerais, 2018.

Tempos (T)					
T0	p	T1	p	T2	p
Média±Dp	(T0/T1)	Média±Dp	(T1/T2)	Média±Dp	(T0/T2)
72,3±18,3	0,006*	78,6±16,6	0,007*	80,8±22,9	0,280

Fonte: A AUTORA, 2018. *(teste T pareado $p < 0,05$).

De acordo com os resultados do estado de saúde mensurado pela Escala Visual Analógica (EVA), foi possível observar os seguintes valores de média e desvio padrão nos tempos T0 (72,3±18,3), T1 (78,6±16,6) e T2 (80,8±22,9). Por meio do Teste T pareado observou-se diferença estatisticamente significativa entre os tempos T0/T1 ($p = 0,006$) e T1/T2 ($p = 0,007$), constatando melhora da QVRS após transcorrer seis meses pós cirurgia cardíaca.

A Tabela 5 consta os resultados obtidos por meio da categorização, teste T pareado, média e desvio padrão, a partir dos domínios e níveis de avaliação do questionário MacNew QLMI nos tempos T0, T1 e T2.

Tabela 5 – Comparação dos domínios e níveis de avaliação do questionário MacNew QLMI, nos tempos T0, T1 e T2 dos 42 participantes, submetidos a cirurgia cardíaca no Hospital de Clínicas de Uberlândia. Uberlândia, Minas Gerais, 2018.

Domínios	Níveis de avaliação	Tempos (T)											
		T0				T1				T2			
		N	%	Média±Dp	P (T0/T1)	N	%	Média±Dp	P (T1/T2)	N	%	Média±Dp	P (T0/T2)
Emocional	Baixa	3	7,1			1	2,4			-	-		
	Moderada	13	31,0	2,55±0,63	0,000*	2	4,8	2,90±0,37	0,176	6	14,3	2,86±0,35	0,000*
	Elevada	26	61,9			39	92,9			36	85,7		
Físico	Baixa	-	-			-	-			-	-		
	Moderada	5	11,9	2,88±0,32	0,000*	1	2,4	2,93±0,15	0,083	3	7,1	2,93±0,26	0,000*
	Elevada	37	88,1			41	97,6			39	92,9		
Social	Baixa	3	7,1			1	2,4			-	-		
	Moderada	10	23,8	2,62±0,62	0,000*	2	4,8	2,90±0,37	0,005*	3	7,1	2,93±0,26	0,000*
	Elevada	29	69,0			39	92,9			39	92,9		
Total		42	100			42	100			42	100		

Fonte: A AUTORA, 2018. * (teste T pareado p<0,05).

Nos resultados obtidos pelo questionário MacNew QLMI, foi possível constatar que houve diferença estatisticamente significativa entre os domínios emocional ($p = 0,000$) e físico ($p = 0,000$) ao serem comparados entre os tempos T0/T1 e T0/T2. Não houve diferença estatisticamente significativa ao comparar os domínios emocional ($p > 0,05$) e físico ($p > 0,05$) entre os tempos T1/T2. Já o domínio social obteve diferença estatisticamente significativa ao ser comparado entre os tempos T0/T1, T1/T2 e T0/T2.

Quanto ao domínio emocional no T0 grande parte da amostra foi classificada como QVRS emocional elevada (26; 61,9%), aumentando em T1 (39; 92,9%) e tendo um pequeno decaimento em T2 (36; 85,7%), apenas três participantes tinham QVRS emocional baixa no T0 (13%), passou para um (2,4%) em T1, e nenhum em T2.

No domínio físico nenhum participante foi classificado com uma QVRS física baixa, no T0 haviam trinta e sete participantes com a QVRS elevada (88,1%), aumentou em T1 (41; 97,6%), e teve um pequeno decaimento em T2 (39; 92,9%).

Já no domínio social, no T0 haviam sessenta e nove participantes com QVRS social elevada (69,0%), se estabilizando com trinta e nove participantes (92,9%) em T1 e T2, a QVRS social baixa em T0 (3; 7,1%), também teve um decaimento em T1 (1; 2,4%) e passou a ser inexistente em T2.

As médias foram divididas por categorias, onde valores da média compreendidos entre 0-0,99 indicariam uma pior QVRS, 1-1,99 uma QVRS moderada e 2-3 uma elevada QVRS. De acordo com o que foi exposto nos resultados, os valores das médias mantiveram-se elevadas em todos os tempos analisados.

De modo geral foi constatado aumento da QVRS entre os domínios do MacNew QLMI (emocional, físico e social), após transcorrer seis meses do procedimento cirúrgico.

A análise do Inventário de Depressão de Beck, quanto a categorização, teste T pareado, médias e desvio padrão nos tempos T0, T1 e T2 encontram-se na Tabela 6.

Tabela 6 – Comparação dos domínios do Inventário de Depressão de Beck (IDB), nos tempos T0, T1 e T2 dos 42 participantes submetidos a cirurgia cardíaca no Hospital de Clínicas de Uberlândia. Uberlândia, Minas Gerais, 2018.

Domínios	Tempo (T)											
	T0		Média±Dp	p (T0/T1)	T1		Média±Dp	p (T1/T2)	T2		Média±Dp	p (T0/T2)
	N	%			N	%			N	%		
Sem depressão	38	90,5			40	95,2			38	90,5		
Depressão leve	1	2,4			-	-			2	4,8		
Depressão moderada	2	4,8	5,57±6,50	0,000*	2	4,8	3,36±5,37	0,745	1	2,4	3,52±7,97	0,002*
Depressão severa	1	2,4			-	-			1	2,4		
Total	42	100			42	100			42	100		

Fonte: A AUTORA, 2018. * (teste T pareado p < 0,05).

Por meio dos resultados obtidos constatou que houve diferença estatisticamente significativa entre os tempos T0/T1 ($p = 0,000$) e T0/T2 ($p = 0,002$), sendo que do T0 (38; 90,5%) para T1 (40; 95,2%) ocorreu um aumento de participantes sem depressão, e diferentemente do T0, no T1 não houveram participantes com depressão leve ou severa. Ao analisar o tempo T1 com T2 não constatou diferença estatisticamente significando, no entanto, ao comparar T0 com T2, observou que, houve correspondência entre os participantes com depressão severa e sem depressão, porém em T2 ocorreu um aumento de participantes com depressão leve (2; 4,8%) a moderada (1; 2,4%).

No que tange a média, no tempo T0 a média apresentada foi de 5,57 com desvio padrão de 6,50, com pontuação entre 0 a 37; no T1 houve uma diminuição da média 3,36 e desvio padrão 5,37, com pontuação entre 0 a 29 e no T2 um pequeno aumento da média 3,52 e desvio padrão 7,97, com pontuação entre 0 a 46.

De tal modo houve melhora da depressão após transcorrer seis meses pós cirurgia cardíaca.

Na tabela 7 encontra-se os resultados obtidos por meio da associação entre as variáveis sociodemográficas, clínica e hábitos de vida com a QVRS genérica mensurada pelo questionário EQ-5D-3L.

Tabela 7 – Escores dos domínios do questionário EQ-5D-3L dos 42 participantes, submetidos a cirurgia cardíaca no Hospital de Clínicas de Uberlândia e as variáveis sociodemográficas, clínicas e hábitos de vida. Uberlândia, Minas Gerais, 2018. (continuação)

Domínios		Mobilidade						Cuidados pessoais						Atividades habituais							
Variáveis	Nenhum		Moderada		Grave		p	Nenhum		Moderada		Grave		p	Nenhum		Moderada		Grave		p
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%	
Sexo																					
Feminino	5	11,9	1	2,4	2	4,8	0,008*	4	9,5	2	4,8	2	4,8	0,001*	5	11,9	1	2,4	2	4,8	0,012*
Masculino	32	76,2	2	4,8	-	-		33	78,6	1	2,4	-	-		28	66,7	6	14,3	-	-	
Faixa etária																					
18-59	21	50,0	1	2,4	-	-	0,232	21	50,0	1	2,4	-	-	0,232	19	45,2	3	7,2	-	-	0,245
≥ 60	16	38,1	2	4,8	2	4,8		16	38,1	2	4,8	2	4,8		14	33,3	4	9,5	2	4,8	
Cor da pele																					
Branca	24	57,1	2	4,8	-	-	0,132	25	59,5	1	2,4	-	-	0,061	21	50,0	5	11,9	-	-	0,121
Parda	11	26,2	1	2,4	1	2,4		10	23,8	2	4,8	1	2,4		10	23,8	2	4,8	1	2,4	
Negra	2	4,8	-	-	1	2,4		2	4,8	-	-	1	2,4		2	4,8	-	-	1	2,4	
Tabagista																					
Sim	5	11,9	-	-	-	-	0,681	5	11,9	-	-	-	-	0,681	4	9,5	1	2,4	-	-	0,857
Não	32	76,2	3	7,1	2	4,8		32	76,2	3	7,1	2	4,8		29	69,0	6	14,3	2	4,8	
Etilista																					
Sim	16	38,1	1	2,4	-	-	0,463	16	38,1	1	2,4	-	-	0,463	14	33,3	3	7,1	-	-	0,490
Não	21	50,0	2	4,8	2	4,8		21	50,0	2	4,8	2	4,8		19	45,2	4	9,5	2	4,8	
Ativ. física**																					
Sim	4	9,5	-	-	-	-	0,742	4	9,5	-	-	-	-	0,742	4	9,5	-	-	-	-	0,547
Não	33	78,6	3	7,1	2	4,8		33	78,6	3	7,1	2	4,8		29	69,0	7	16,7	2	4,8	
DM**																					
Sim	18	42,9	1	2,4	1	2,4	0,876	18	42,9	1	2,4	1	2,4	0,876	17	40,5	2	4,8	1	2,4	0,542
Não	19	45,2	2	4,8	1	2,4		19	45,2	2	4,8	1	2,4		16	38,1	5	11,9	1	2,4	
HAS**																					
Sim	27	64,3	2	4,8	2	4,8	0,670	27	64,3	2	4,8	2	4,8	0,670	25	59,5	4	9,5	2	4,8	0,411
Não	10	23,8	1	2,4	-	-		10	23,8	1	2,4	-	-		8	19,0	3	7,1	-	-	

Tabela 7 – Escores dos domínios do questionário EQ-5D-3L dos 42 participantes, submetidos a cirurgia cardíaca no Hospital de Clínicas de Uberlândia, segundo variáveis sociodemográficas, clínicas e hábitos de vida. Uberlândia, Minas Gerais, 2018. (conclusão)

Domínios Variáveis	Dor e mal-estar						p	Ansiedade e depressão						p
	Nenhum		Moderada		Grave			Nenhum		Moderada		Grave		
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%	
Sexo														
Feminino	4	9,5	4	9,5	-	-	0,761	1	2,4	6	14,3	1	2,4	0,775
Masculino	20	47,6	13	31,0	1	2,4		8	19,0	23	54,8	3	7,1	
Faixa etária														
18-59	13	31,0	8	19,0	1	2,4	0,568	6	14,3	13	31,0	3	7,1	0,330
≥ 60	11	26,2	9	21,4	-	-		3	7,1	16	38,1	1	2,4	
Cor da pele														
Branca	14	33,3	12	28,6	-	-	0,007*	7	16,7	19	45,2	-	-	0,086
Parda	9	21,4	4	9,5	-	-		2	4,8	8	19,0	3	7,1	
Negra	1	2,4	1	2,4	1	2,4		-	-	2	4,8	1	2,4	
Tabagista														
Sim	2	4,8	2	4,8	1	2,4	0,021*	1	2,4	3	7,1	1	2,4	0,695
Não	22	52,4	15	35,7	-	-		8	19,0	26	61,9	3	7,1	
Etilista														
Sim	9	21,4	7	16,7	1	2,4	0,458	4	9,5	10	23,8	3	7,1	0,291
Não	15	35,7	10	23,8	-	-		5	11,9	19	45,2	1	2,4	
Ativ. física**														
Sim	3	7,1	1	2,4	-	-	0,736	2	4,8	2	4,8	-	-	0,311
Não	21	50,0	16	38,1	1	2,4		7	16,7	27	64,3	4	9,5	
DM**														
Sim	14	33,3	5	11,9	1	2,4	0,107	4	9,5	14	33,3	2	4,8	0,975
Não	10	23,8	12	28,6	-	-		5	11,9	15	35,7	2	4,8	
HAS**														
Sim	18	42,9	12	28,6	1	2,4	0,793	6	14,3	22	52,4	3	7,1	0,859
Não	6	14,3	5	11,9	-	-		3	7,1	7	16,7	1	2,4	

Fonte: A AUTORA, 2018. *Estatisticamente significativa para $p < 0,05$. **Ativ. física = atividade física; DM = diabetes melito; HAS = hipertensão arterial sistêmica.

Analisando os domínios do questionário EQ-5D-3L, evidenciou que a variável sexo possuiu diferenças estatisticamente significantes quanto ao domínio mobilidade ($p = 0,008$), cuidados pessoais ($p = 0,001$) e atividades habituais ($p = 0,012$), o mesmo ocorreu com a cor ($p = 0,007$) e tabagismo ($p = 0,021$) entre o domínio dor e mal-estar.

Quanto ao domínio mobilidade, o sexo feminino foi o que predominantemente reportou problemas moderados (1; 2,4%) a graves (2; 4,8%), apenas dois participantes do sexo masculino reportaram problemas moderados (2; 4,8%), este foi o sexo que obteve os melhores resultados para ausência de problemas de mobilidade, com uma amostra total de 94,1%, comparada com 62,5% da feminina.

No domínio cuidados pessoais, o sexo feminino também foi que predominantemente reportou problemas moderados (2; 4,8%) a graves (2; 4,8%), em relação a apenas um participante do sexo masculino com problemas moderados (2,4%), sendo este o sexo que apresentou os melhores resultados quanto a ausência de problemas de cuidados pessoais, com uma amostra total de 97,1% e feminina com 50,0%.

Quanto ao domínio atividades habituais, o sexo feminino foi o único que reportou problemas graves (2; 4,8%), no nível de avaliação problemas moderados o sexo masculino obteve o maior reporte (6; 14,3), também foi o que possuiu os melhores resultados para ausência de problemas em desempenhar as atividades habituais, com uma amostra total de 82,4% comparada com uma feminina de 62,5%.

Notou-se que a apenas a cor da pele negra apresentou problemas graves (1; 2,4%) no domínio do e mal-estar, no entanto, nos problemas moderados a cor branca (12; 28,6%) foi a predominante, já na relação com o nível de avaliação sem problemas relacionados a dor e mal-estar, a amostra total de cada cor em ordem crescente foi: parda (69,2%), branca (53,8%) e negra (32, 3%).

Assim como a cor da pele, o tabagismo também interferiu no domínio dor e mal-estar, no qual um participante tabagista possuiu problemas graves (1; 2,4%), sendo que, nos problemas moderados os participantes tabagistas (40,5%) e não tabagistas e/ou ex-tabagista (40,0%) e participantes que nunca foram tabagistas - possuíram um valor amostral quase igualitário.

Os resultados expostos na Tabela 8 referem-se às associações entre as variáveis sociodemográficas, clínicas e hábitos de vida com a QVRS específica mensurada pelo questionário MacNew QLMI.

Tabela 8 – Associação entre os escores dos domínios do questionário MacNew QLMI dos 42 participantes, submetidos a cirurgia cardíaca no Hospital de Clínicas de Uberlândia e as variáveis sociodemográficas, clínicas e hábitos de vida. Uberlândia, Minas Gerais, 2018.

Variáveis	Emocional							Físico							Social						
	Pior		Moderada		Elevada		P	Pior		Moderada		Elevada		P	Pior		Moderada		Elevada		P
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%	
Sexo																					
Feminino	1	2,4	4	9,5	3	7,1	0,286	1	2,4	2	4,8	5	11,9	0,013*	2	4,8	-	-	6	14,3	0,033*
Masculino	2	4,8	9	21,4	23	54,8		1	2,4	2	4,8	30	71,4		1	2,4	10	23,8	23	54,8	
Faixa etária																					
18-59	1	2,4	7	16,7	14	33,4	0,791	1	2,4	1	2,4	20	47,6	0,555	1	2,4	7	16,7	14	33,4	0,391
≥ 60	2	4,8	6	14,3	12	28,6		1	2,4	3	7,1	16	38,1		2	4,8	3	7,1	15	35,7	
Cor da pele																					
Branca	1	2,4	6	14,3	19	45,2	0,099	-	-	1	2,4	25	59,5	0,006*	1	2,4	7	16,7	18	42,9	0,335
Parda	1	2,4	5	11,9	7	16,7		-	-	3	7,1	10	23,8		1	2,4	2	4,8	10	23,8	
Negra	1	2,4	2	4,8	-	-		1	2,4	2	4,8	-	-		1	2,4	1	2,4	1	2,4	
Tabagista																					
Sim	1	2,4	1	2,4	3	7,1	0,464	-	-	1	2,4	4	9,5	0,488	-	-	3	7,1	2	4,8	0,121
Não	2	4,8	12	28,6	23	54,8		1	2,4	3	7,1	33	78,6		3	7,1	7	16,7	27	64,3	
Etilista																					
Sim	1	2,4	6	14,3	10	23,8	0,869	-	-	2	4,8	15	35,7	0,982	1	2,4	5	11,9	11	26,2	0,772
Não	2	4,8	7	16,7	16	38,1		-	-	3	7,1	22	52,4		2	4,8	5	11,9	18	42,9	
Ativ. física**																					
Sim	-	-	-	-	4	9,5	0,257	1	2,4	-	-	3	7,1	0,440	-	-	-	-	4	9,5	0,371
Não	3	7,1	13	31,0	22	52,4		-	-	5	11,9	33	78,6		3	7,1	10	23,8	25	59,5	
DM**																					
Sim	1	2,4	5	11,9	14	33,3	0,581	-	-	2	4,8	18	42,9	0,716	1	2,4	6	14,3	13	31,0	0,622
Não	2	4,8	8	19,0	12	28,6		-	-	3	7,1	19	45,2		2	4,8	4	9,5	16	38,1	
HAS**																					
Sim	2	4,8	11	26,2	18	42,9	0,564	2	4,8	2	4,8	27	64,3	0,737	2	4,8	8	19,0	21	50,0	0,858
Não	1	2,4	2	4,8	8	19,0		-	-	1	2,4	10	23,8		1	2,4	2	4,8	8	19,0	

Fonte: A AUTORA, 2018. *Estatisticamente significativo para $p < 0,05$. **Ativ. física = atividade física; DM = diabetes melito; HAS = hipertensão arterial sistêmica.

Observou-se que a variável sexo foi estatisticamente significativa em relação ao domínio físico ($p = 0,013$) e social ($p = 0,033$), e que a cor também possui diferença estatisticamente significativa quanto o domínio físico ($p = 0,006$).

No que se refere ao sexo, o masculino possuiu QVRS física elevada em relação ao feminino ($p = 0,013$), sendo 88,2% da totalidade da amostra masculina (30; 71,4%) em contrapartida com 62,5% da feminina (5; 11,9%). Tal relação se repetiu no domínio social, no qual o sexo masculino também apresentou uma QVRS social elevada, no que se refere a uma pior QVRS social, a amostra do sexo feminino mostrou-se relevante ao masculino, sendo em sua totalidade composta por 25,0% em contrapartida com 2,9% da amostra masculina.

Notou-se que os participantes da cor da pele branca (25; 59,5%) apresentaram QVRS física elevada ao comparada com as demais, sendo em sua totalidade comporta por 96,2% da sua totalidade, e nenhum participante da cor negra apresentou QVRS física elevada.

Tais dados foi possível comprovar que o sexo masculino possui QVRS física e social elevada em relação ao sexo feminino, e que a cor da pele branca possui QVRS física elevada em relação as demais.

Os resultados obtidos a partir do instrumento IDB encontram-se na Tabela 9.

Tabela 9 – Associação entre os escores dos domínios do Inventário de Depressão de Beck dos 42 participantes, submetidos a cirurgia cardíaca no Hospital de Clínicas de Uberlândia e as variáveis sociodemográficas, clínicas e hábitos de vida. Uberlândia, Minas Gerais, 2018.

Domínios Variáveis	Sem depressão		Depressão leve		Depressão moderada		Depressão severa		p
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Sexo									
Feminino	5	11,9	1	2,4	2	4,8	-	-	0,003*
Masculino	33	78,6	-	-	-	-	1	2,4	
Faixa etária									
18-59	21	50,0	-	-	-	-	1	2,4	0,227
≥ 60	17	40,5	1	2,4	2	4,8	-	-	
Cor da pele									
Branca	25	59,5	-	-	1	2,4	-	-	0,000*
Parda	12	28,6	-	-	1	2,4	-	-	
Negra	1	2,4	1	2,4	-	-	1	2,4	
Tabagista									
Sim	4	9,5	-	-	-	-	1	2,4	0,049*
Não	34	81,0	1	2,4	2	4,8	-	-	
Etilista									
Sim	16	38,1	-	-	-	-	1	2,4	0,314
Não	22	52,4	1	2,4	2	4,8	-	-	
Ativ. física**									
Sim	4	9,5	-	-	-	-	-	-	0,926
Não	34	81,0	1	2,4	2	4,8	1	2,4	
DM**									
Sim	18	42,9	1	2,4	-	-	1	2,4	0,259
Não	20	47,6	-	-	2	4,8	-	-	
HAS**									
Sim	27	64,3	1	2,4	2	4,8	1	2,4	0,666
Não	11	26,2	-	-	-	-	-	-	

Fonte: A AUTORA, 2018. *Estatisticamente significativa para $p < 0,05$. **Ativ. física = atividade física; DM = diabetes melito; HAS = hipertensão arterial sistêmica.

Conforme tabela acima, constatou-se que houve diferença estatisticamente significativa entre sexo ($p = 0,003$), cor da pele ($p = 0,000$) e tabagismo ($p = 0,049$), sendo que o sexo feminino possuiu maior indicativo para depressão, sendo o seu percentual de depressão leve (1; 2,4%) e moderada (2; 4,8) e sem depressão leve e moderada do masculino evidenciou essa diferença, apenas um participante do sexo masculino apresentou indicativo para depressão severa (2,4%).

A variável cor da pele evidenciou que, a cor negra foi a única que possuiu indicativos para depressão leve (1; 2,4%) e severa (1; 2,4%), a cor branca e parda possuíram valores semelhantes para depressão moderada (1; 2,4%), quanto ao domínio sem indicativo para depressão, a cor branca possuiu os melhores resultados perfazendo uma totalidade de 96,2% da sua amostra.

Observou que um participante tabagista apresentou indicativos para depressão severa (2,4%), e que aqueles que não eram tabagistas compreendeu indicativos para depressão leve (1; 2,4%) e moderada (2; 4,8%).

5 DISCUSSÃO

5.1 Caracterização sociodemográfica

No presente estudo, assim como no De Almeida Neto (2015), a amostra de maior representatividade foi do sexo masculino. Uma comparação realizada por diversos pesquisadores, constatou que os homens possuem maior predisposição a doenças graves e crônicas, sobretudo cardiovasculares (BRASIL, 2008; CHAGAS *et al.*, 2009; STEVENS *et al.*, 2012; LOCHNER; COX, 2013; MUSSI; TEIXEIRA, 2018). Além disso, também possuem maior vulnerabilidade a mortalidade, o que pode estar relacionado à maior captação do sexo feminino na atenção primária (BRASIL, 2008). Na literatura, o sexo masculino é visto como um fator de risco para DCV, em suma, parte disto se denota pela construção sociocultural alicerçada sobre o gênero, o qual traduz a concepção de força, invulnerabilidade e virilidade, o que implica uma maior resistência ao cuidado à saúde, além de serem susceptíveis a outros fatores de risco como tabagismo, etilismo, sedentarismo e obesidade (FIGUEIREDO, 2005; CUNHA; RABELLO; GOMES, 2012; VIEIRA *et al.*, 2013; MUSSI; TEIXEIRA, 2018).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) também faz parte do problema, sobretudo pela sua inflexibilidade de horários e demanda de tempo nos atendimentos, falta de especialidades voltadas para o sexo masculino, e dificuldade de estabelecimento de vínculo com a unidade, pois comumente é vista pelos homens como um ambiente destinado aos cuidados de crianças, mulheres e idosos (FIGUEIREDO, 2005; BERTOLINI; SIMONETTI, 2014).

A baixa adesão do sexo masculino a atenção primária implica tanto na sua cronificação, quanto na necessidade de cuidados especializados, resultando em desgaste físico, social, emocional e financeiro para manutenção da saúde e QV (BRASIL, 2008; VIEIRA *et al.*, 2013). Diante dessa realidade foi criada em 2009 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), com princípios e diretrizes, que garantem o direito a saúde pautado na equidade e integralidade do cuidado, com rompimento dos estereótipos de gênero, redução da morbimortalidade, e implementação de políticas públicas que visam principalmente à prevenção de agravos e promoção da saúde, para que possa aumentar o acesso desse público ao serviço de saúde permitindo a detecção precoce das doenças (BRASIL, 2008; BERTOLINI; SIMONETTI, 2014; DE ALMEIDA NETO 2015).

Embora o sexo masculino tenha maior prevalência para DCV, é erroneamente pensar que o feminino estaria de certo modo protegido dessa comorbidade, uma vez que após a menopausa esse risco torna-se extremamente elevado, principalmente entre aquelas com idade

superior a 50 anos e/ou portadoras de DAC, o que resulta em um pior prognóstico com risco duas vezes maior para mortalidade nas primeiras semanas e primeiro ano pós evento cardiovascular (FAVARATO *et al.*, 2006; MASS *et al.*, 2011; MAGALHÃES *et al.*, 2015; MELO *et al.*, 2018).

No que se refere a faixa etária de predominância, encontrou-se entre 40 a 59 anos, o que foi em consonância com Mansur e Favarato (2016), destacando prevalência de DCV em idades maiores que 30 anos, e em contraposição com alguns estudos que apontaram essa prevalência em idades ≥ 60 anos (MAGNABOSCO, 2007; GOIS, 2009; DE ALMEIDA NETO, 2015). Nesse contexto, Magalhães *et al.* (2015) afirmou que a idade é um importante fator de risco para DCV, a qual aumenta progressivamente conforme os anos, e está intimamente relacionada ao desenvolvimento de aterosclerose, bem como suas complicações.

Na maior parte das pesquisas consultadas, assim como na amostra desse estudo, houve prevalência da cor branca, estado civil casado e religião católica (ALCÂNTARA *et al.*, 2005; MAGNABOSCO, 2007; GOIS, 2009; LUNELLI *et al.*, 2009; SILVA, J. P. A., 2012; DE ALMEIDA NETO, 2015). Um estudo realizado por Lunelli *et al.* (2009), com pacientes com DAC, mostrou que 72 (78,3%) eram casados, o estado civil está relacionado positivamente ao processo de reabilitação do paciente mediante a participação do cônjuge, resultando em apoio social e emocional elevado. Por outro lado, influência negativamente na morbimortalidade causada por doenças crônico-degenerativas, e reospitalização dos cardiopatas, tem maior manifestação entre os solteiros, divorciados e viúvos (DANTAS, PEREGRINO, GARBIN, 2007; SILVA, J. P. A. 2012).

O baixo índice de escolaridade foi registrado pelo sexo feminino, e os níveis mais altos pelo masculino (10 a 13 anos de estudo), tal qual em Favarato *et al.* (2006). Dados apresentados na literatura nacional, revelam a grande importância da escolaridade no enfrentamento à doença, corroborando na implementação de atividades educativas, medidas de autocuidado, compreensão do estado de saúde e tratamento clínico dos pacientes, de tal forma que os menores níveis educacionais podem interferir negativamente nessas questões (MAGNABOSCO, 2007; DE ALMEIDA NETO, 2015). Segundo Havranek *et al.* (2015), comparando com outros fatores demográfico, o baixo nível educacional está diretamente ligado a maior prevalência de fatores de risco cardiovascular e mortalidade.

Trabalhos sobre a relação de gênero com a escolaridade, mostraram que a inclusão do sexo feminino no mercado de trabalho, ocorre por meio de dois polos desiguais, expressos por uma ocupação de péssima qualidade devido ao baixo nível educacional ou melhores colocações

no mercado de trabalho devido a um alto nível educacional (BRUSCHINI, 2000; FAVARATO *et al.*, 2006; NEVES, 2013; MAIA *et al.*, 2015), o qual não mostrou relevância na população analisada.

Em relação à condição de trabalho a maior parte da amostra foi composta pelo sexo masculino, com ocupação majoritariamente braçal. As categorias alocadas em outros, foram aposentados e inativos, juntos contabilizaram 20% da amostra.

De acordo com Silva, J. P. A. (2012) doenças cardiovasculares estão intimamente relacionadas às características sociodemográfica e econômicas, prevalecendo nas populações com menor poder aquisitivo e cultural.

5.2 Caracterização clínica e hábitos de vida

Na análise dos dados clínico e hábitos de vida, foram estudadas as seguintes variáveis: tipo de procedimento cirúrgico, atividade física, tabagismo, etilismo, obesidade, comorbidades e perfil medicamentoso.

A CRVM foi a intervenção de maior prevalência (32; 76,2%), corroborando com a literatura (BRASIL, 2011a). Os pacientes submetidos à revascularização do miocárdio como tratamento apresentam melhora na QV nos sintomas e na limitação física e social (FERREIRA, 2012). A CRVM é indicada nos casos de: angina instável e grau elevado de obstrução das artérias coronárias, visando não só a melhora da QV, mas também o reestabelecimento da capacidade física, aumento da sobrevida, alívio dos sintomas de angina, principalmente em pacientes com maior risco cardiovascular (ARAÚJO *et al.*, 2017).

A prática de atividade física foi classificada em praticante e não praticante (sedentarismo), os resultados revelaram que somente uma pequena parcela dos homens realizava algum tipo de atividade física (5; 11,9%), enquanto o restante da amostra foi classificada como sedentária, o que se encontrou em conformidade com Alcântara (2005).

A obesidade não se mostrou relevante na amostra estudada, sendo que a porcentagem daqueles sem obesidade (36; 85,7%) foi maior ao ser comparada com os obesos (6; 14,3%). No entanto, de acordo com dados obtidos pelo Manual de Prevenção Cardiovascular da SOCERJ (2017), o Brasil consta no quarto lugar entre os países com os maiores índices de obesidade, sobretudo destaca a sua associação entre a prevalência das DCV, principalmente a HAS, DAC, DM, DLP e alguns tipos de câncer. Nesse contexto, faz-se necessário a implementação de dietas e mudanças do estilo de vida, introduzindo a atividade física, pois além de propiciar as relações

interpessoais também contribuem para o controle do peso, glicemia, pressão arterial e perfil lipídico (SBC, 2013; MAGALHÃES *et al.*, 2015; ROCHA; MARTINS, 2017).

Em relação ao tabagismo e etilismo foi evidenciado maior prevalência entre o sexo masculino, (5; 11,9%) e (16; 38,1%) respectivamente. Na literatura o tabagismo é apontado como principal causador da DAC, risco três vezes maior de IAM em idades superiores a 50 anos e seis vezes maior em 60 anos ou mais, aumentam o fator de risco para DIC progressivamente em relação a quantidade de cigarros e tempo de tabagismo, além disso, a cessação pode prevenir o risco de possíveis reospitalização pós cirurgia cardíaca (SILVA, J. P. A., 2012; SBC, 2013; ROCHA; MARTINS, 2017). Já o consumo de álcool entre o sexo masculino foi duas vezes maior do que o feminino, e está relacionado ao aumento da pressão arterial, acidente vascular cerebral, doenças cardíacas e arritmias (MAGNABOSCO, 2007; MELO, 2018).

Nesse estudo as comorbidades de maior prevalência em ordem decrescente foram: HAS (73,8%), IAM (69,0%), DM (47,6%) e DLP (38,1%).

No Brasil a HAS afeta 32,5% dos adultos, correspondendo a 36 milhões da população, concomitantemente suas complicações tem efeito sobre 50% dos óbitos decorrentes de DCV, provocando também impacto significativo na produtividade do trabalho e renda familiar, principalmente ao ser relacionada com a DM (SCALA; MAGALHÃES; MACHADO, 2015; SBC, 2016). Pela sua manifestação geralmente assintomática e seus altos índices de mortalidade, a HAS exige uma grande importância direcionada a atenção primária, pois nessa etapa será possível empregar meios direcionados ao diagnóstico precoce, educação em saúde, adesão ao tratamento medicamento e não medicamentoso, de modo a promover a proteção e prevenção contra o surgimento de DCV e agravos no quadro clínico (MAGNABOSCO, 2007; ALCÂNTARA *et al.*, 2005; ROCHA; MARTINS, 2017).

A estatina foi a medicação de maior implementação no pré-operatório dos participantes da pesquisa (75,6%). Segundo Sposito *et al.* (2011), as estatinas constituem em um importante recurso capaz de diminuir a morbimortalidade, causada por um evento cardiovascular, sobretudo de causas ateroscleróticas.

5.3 Avaliação genérica da qualidade de vida – EQ-5D-3L

A avaliação genérica da QV foi realizada por meio do instrumento EQ-5D-3L nos tempos T0, T1 e T2. Para associar as variáveis sociodemográficas, clínicas e hábitos de vida com a QVRS, foi considerado apenas o período pré-operatório (T0).

Apenas entre os tempos dos domínios dor e mal-estar, ansiedade e depressão foram constatadas diferenças estatisticamente significantes ($p < 0,05$), entre mobilidade, cuidados pessoais e atividades habituais, essa diferença não foi observada ($p > 0,05$). Contudo, ao associar as variáveis sociodemográficas, clínicas e hábitos de vida entre os domínios do questionário EQ-5D-3L, foi constatada diferença estatisticamente significativa entre a variável sexo no domínio mobilidade, atividades habituais e cuidados pessoais; cor da pele e tabagismo entre o domínio dor e mal-estar.

Em relação a mobilidade, em todos os tempos ela manteve-se com escores elevados para o nível de avaliação sem problemas, o que contrapõe aos achados da literatura (FERREIRA, 2012; DE ALMEIDA NETO, 2015), esse fato pode ser justificado de acordo com a característica desse estudo, o qual não foca especificamente em uma única patologia, mas sim nas interferências que a cirurgia cardíaca pode causar âmbito QVRS, seja ela de qual finalidade. Outro ponto condiz com o período em que essa avaliação foi feita, uma vez que por compreender o período pré e pós-operatório, o período de recuperação dos participantes acaba sendo maior.

O domínio cuidados pessoais, constitui-se da capacidade do indivíduo em executar ações relacionadas ao autocuidado, vestuário e higiene. Nesse quesito, os resultados mostrou ausência de problemas relacionados aos cuidados pessoais nos tempos estudados, o que se reafirmou com outros estudos (GOLDSMITH *et al.*, 2009; FERREIRA, 2012; DE ALMEIDA NETO, 2015).

Quanto ao desempenho das atividades habituais, a exemplo trabalho, estudos, atividade domésticas, atividades em família ou de lazer, também evidenciou não haver nenhum tipo de problema nos tempos T0, T1 e T2. Esses dados foram de acordo com a literatura (GOLDSMITH *et al.*, 2009), se contraponto com DE ALMEIDA NETO (2015) o qual constatou problemas moderados em pacientes com IC.

Já no domínio dor e mal-estar foi possível observado que no T0, T1 e T2 ele manteve-se predominantemente sem problemas, com poucas variações entre os níveis de avaliação, o que se relaciona com a literatura (JEFFREY *et al.*, 2005; JANSSEN *et al.*, 2013).

No que se refere à ansiedade e depressão, no T0 os problemas constatados foram em sua maioria moderados a graves, tal qual refere à literatura (JEFFREY *et al.*, 2005; GOLDSMITH *et al.*, 2009; FERREIRA 2012; JANSSEN *et al.*, 2013). Por outro lado, os tempos T1 e T2 majoritariamente representou o nível de avaliação sem problemas. Tal observação pode estar relacionada a desospitalização do participante, o reestabelecimento da vida cotidiana,

diminuição da ansiedade referente ao procedimento cirúrgico e medo de morte eminente e do anseio referente à alta hospitalar (GOIS, 2009).

A EVA, constitui-se de dados subjetivos inerentes a autoavaliação do estado de saúde realizada pelo participante. Os dados obtidos apontaram um aumento entre as médias obtidas em função do tempo, T0 ($72,3 \pm 18,3$), T1 ($78,6 \pm 16,6$) e T2 ($80,8 \pm 22,9$). Desse modo, ao analisar os tempos, foi possível constatar melhora da QVRS após o pós-operatório, evidenciado pela diferença estatisticamente significativa entre os tempos T0/T1 ($p = 0,006$) e T1/T2 ($p = 0,007$). De acordo com Ferreira (2012), o melhor estado de saúde obtido na EVA está diretamente relacionado à maior ausência de limitações/problemas no EQ-5D-3L, o que resulta em melhor QV.

Por meio da associação entre sexo e os domínios do questionário EQ-5D-3L, foi constatado problemas graves no sexo feminino nos domínios mobilidade, cuidados pessoais e atividades habituais, relacionados a limitação em ficar na cama, incapacidade em realizar a higiene pessoal, vestimenta e atividades da vida cotidiana, influenciando na perda da autonomia. Uma pesquisa descritiva realizada por Oliveira e Püschel (2013), evidenciou que 41,8% da população estudada houve mudanças no estilo de vida, por decorrência das consequências provenientes das restrições e limitações impostas pela condição de saúde estabelecida pós infarto agudo do miocárdio, ocasionando restrições quanto a realização das atividades diárias e/ou lazer.

A pior QVRS no domínio dor e mal-estar dos participantes fumantes, relaciona-se a dados encontrados na literatura. A fumaça do tabaco possui substâncias (nicotina, monóxido de carbono e gases oxidantes) danosas ao sistema cardiovascular, sendo capaz de acarretar a aterosclerose mediante enrijecimento do endotélio vascular e sobretudo aneurisma de aorta, favorecendo também ao ataque cardíaco, infarto agudo do miocárdio, angina, acidente vascular cerebral e doença vascular periférica (JOSEPH *et al.*, 1996; TONSTAD *et al.*, 2003; AMB, 2013). Para Cavichio *et al.* (2013), a cessação do tabagismo superior a três semanas influencia positivamente na cicatrização da ferida operatória, uma vez que as propriedades vasoconstritoras do cigarro podem diminuir o aporte sanguíneo mediante estreitamento do diâmetro dos vasos. Devido a necessidade da cessação do tabagismo, os sintomas da abstinência física, psicológica e comportamental do tabaco influenciam no estabelecimento da dor e mal-estar (ZAMPIER *et al.*, 2017).

A variável cor da pele também se mostrou significativa ao domínio dor e mal-estar, em que a cor da pele negra mostrou uma pior qualidade de vida relacionada a saúde, não sendo encontrada na literatura dados condizentes com essa relação.

Na literatura assim como evidenciado por De Almeida Neto (2015), há poucos achados referentes ao emprego do instrumento EQ-5D-3L na avaliação da QVRS relacionada a doenças cardiovasculares, o que denota a necessidade de aumentar a produção literária com tal instrumento, sobretudo com patologias diversificadas, de modo a propiciar o desenvolvimento de estudos futuros.

5.4 Avaliação específica da qualidade de vida - MacNew QLMI

Ao comparar a QVRS nos tempos T0, T1 e T2 com o questionário específico MacNew QLMI, observou que a cirurgia melhorou a QV em todos os domínios, assim como evidenciado na literatura (ALCÂNTARA, 2005).

Os escores elevados da QVRS em todos os domínios do MacNew QLMI e tempo T0, T1 e T2, pode ser relacionado principalmente ao período de reabilitação das atividades da vida diária dos participantes, fase essa que coincide com a diminuição dos problemas relacionados à DAC, o que resulta em maior liberdade de movimentos, retomada do contato social com amigos e familiares e recuperação do domínio emocional (ALCÂNTARA, 2005).

Entretanto ao ser comparado entre as variáveis sociodemográficas, clínicas e hábitos de vida, verificou diferença estatisticamente significantes entre sexo e cor com os domínios físico e social, as diferenças nos escores do domínio emocional não foram significantes.

As análises realizadas entre a associação do sexo com a QV, constatou que o sexo masculino possui QV física e social elevada ao ser comparado com o sexo feminino. No estudo de Silva, J. P. A. (2012), embora os valores médios para o sexo masculino tenham mantido elevados em todas as dimensões, foi verificando diferença estatisticamente significativa somente no domínio físico. No estudo de Alcântara (2005) e Vasconcelos (2007), não foi constatada relação de significância entre sexo e domínios do MacNew QLMI.

De acordo com a construção social, o sexo feminino estaria propenso a dor e passível de ser tolerada, também marcado pelo seu instinto maternal, e voltado para um maior amparo ao cuidados direcionados a família e amigos, enquanto o sexo masculino estaria relacionado como provedor do sustento e incapaz de sentir dor, esse estereótipo dificulta o cuidado a saúde e reconhecimento diante das necessidades dos serviços de saúde (MUSSI; PEREIRA, 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2016). Desse modo, quando se descobre a DCV no sexo feminino, suas limitações e agravos influenciam negativamente nas relações físicas e sociais, uma vez que, acarretam mudanças no estilo de vida, diminuição das atividades laborais e rompimento prematuro com o convívio social, resultando em sofrimento (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Os dados acima explicitados se convergem com esse estudo, pois 87,5% do sexo feminino foram submetidas a CRVM, o que sugere que o fator limitante da coronariopatia relacionado ao cansaço, dor no peito e dispneia estaria interferindo na QV física desse sexo, assim como o fato de que as mulheres em sua totalidade são sedentárias, o que evidenciou mais um indicio para a efetividade de tal problema. Além disso, o questionário EQ-5D-3L também pontuou problemas relacionados aos domínios mobilidade, atividades habituais e cuidados pessoais entre o sexo feminino.

A cor da pele pontuou diferença estatisticamente significativa somente no domínio físico, sendo que a cor da pele branca apresentou QV física elevada em relação as demais, e a negra a pior QV física. Esse dado se contrapõe a Vasconcelos (2007), o qual não demonstrou relação de significância entre a cor da pele e os domínios do MacNew QLMI.

Neste estudo não verificou diferença estatisticamente significante entre as variáveis: faixa etária, tabagismo, etilismo, atividade física, DM e HAS, entre os domínios físico, social e emocional do MacNew QLMI. Tal achado, não deve sugerir que não há importância na manutenção e ou avaliação dessas variáveis, pois deve-se atentar pelo fato delas serem um importante preditor da QV e DCV.

Em outros estudos, foi verificada relação de significância entre a variável DM, com relação significativa entre todos os domínios do MacNew QLMI, resultando em uma pior QV física, social e emocional (SILVA, J. P. A., 2012).

Através das análises realizadas pelo questionário MacNew QLMI, notou-se a necessidade de ampliar a abrangência e estudos entre outras cardiopatias, uma vez que na literatura há uma prevalência de dados relacionados ao IAM, necessitando assim, a revisão de tal instrumento.

5.5 Avaliação específica da sintomatologia da depressão - IDB

O Inventário de Depressão de Beck - IDB é um questionário específico para a avaliação da sintomatologia da depressão. Foi implementado nos tempos T0, T1 e T2 e relacionando as variáveis sociodemográficas, clínicas e hábitos de vida, o que revelou diferença estatisticamente significativa entre sexo, cor da pele e tabagismo e melhora da sintomatologia depressiva entre o pré e pós-operatório.

Após a realização da cirurgia cardíaca os pacientes apresentaram ausência de sintomas depressivos severos quando comparados com o pré-operatório, resultando em melhora no pós-operatório, dados esses também evidenciado por Gois (2009). Esse dado se relaciona a alguns

autores, os quais justificam que a cirurgia cardíaca contribui para a manifestação dos sintomas depressivos no pré-operatório, sobretudo naqueles que possuem predisposição a depressão, de tal modo esses sintomas tendem aumentar no pós-operatório imediato, e diminuir no pós-operatório tardio, ou seja, após três meses (GOYAL *et al.*, 2005; FAVARATO *et al.*, 2007; GOIS, 2009).

Embora o questionário EQ-5D-3L não tenha constatado diferença estatisticamente entre sexo e o domínio ansiedade e depressão, o IDB sendo um instrumento específico para avaliar a sintomatologia depressiva conseguiu constatar que o sexo feminino apresentou maior relação com a depressão do que o masculino, caracterizando em depressão leve a moderada, o que corroborou com a literatura (PINTON *et al.*, 2006; SHANMUGASEGARAM *et al.*, 2012; RODRIGUES *et al.*, 2016). Contudo, nem toda a literatura é conclusiva sobre a relação de significância entre o sexo feminino com a prevalência de sintomas depressivos (GOIS, 2009).

Ainda que seja necessário o aprofundamento de estudos relacionados aos fatores que predispõe a maior ocorrência da sintomatologia depressiva no sexo feminino, autores sugerem que tal fator pode estar relacionado aos hormônios sexuais, diagnóstico facilitado devido a ampla procura aos serviços de saúde, maior prevalência da pobreza, baixo índice de escolaridade, estressores pessoais recorrentes, déficit de apoio social, sobretudo relacionado a sobrecarga dos papéis sociais (TORRATI, 2009; MÁXIMO, 2010; SHANMUGASEGARAM *et al.*, 2012; RODRIGUES *et al.*, 2016).

Diante desse pressuposto, Rodrigues *et al.* (2016) evidenciou que o sexo feminino (25,8%) são frequentemente medicalizadas com substâncias psicotrópicas ao comparar com o masculino (7,5%), estando relacionado também a facilidade entre o sexo feminino em reconhecer a necessidade de intervenção quanto aos sintomas apresentados e pela sua alta adesão aos serviços de saúde.

Quanto à cor da pele, estudo sugere maior prevalência de depressão em pessoas brancas (STOPA *et al.*, 2015), contrapondo os achados desse estudo, o qual se refere que a cor da pele branca possui melhores resultados quanto a ausência de sintomatologia depressiva, em contrapartida a cor da negra possui maior relação com a sintomatologia depressiva, assim como em estudos analisados (ALMEIDA-FILHO *et al.*, 2004; SMOLEN *et al.*, 2017). De tal modo, esse resultado não deve ser atribuído somente à cor da pele, mas também é preciso considerar as desigualdades econômicas e sociais da população estudada (STOPA *et al.*, 2015).

Tal qual Vasconcelos (2007), o tabagismo mostrou-se estatisticamente significativo, sendo observado sintomatologia severa somente entre os tabagistas, e sintomatologia leve a moderada entre os não tabagistas.

A depressão é considerada um preditor a pior QV, está intimamente relacionada ao surgimento de DAC, aumento da morbimortalidade de pacientes que já tiveram IAM, prevalência e incidência maior em indivíduos depressivos e no prolongamento do tempo da reabilitação cardíaca (ALCÂNTARA, 2005; SOARES *et al.*, 2006; GOIS, 2009).

No que tange a aplicabilidade do IDB, nota-se a escassez de dados na literatura, pontuando desse modo à necessidade de aperfeiçoar e ampliar as produções técnico-científicas nesse campo de conhecimento.

Com relação aos dados acima explicitados, evidenciou a grande importância da identificação precoce dos sintomas apresentados pela depressão, sobretudo atentar-se para os antecedentes familiares e pessoais ligados à aterosclerose precoce, inserção dos pacientes no programa de reabilitação cardíaca, educação em saúde, em destaque a promoção da saúde mental (ALCÂNTARA, 2005).

5.6 Limitação do estudo

Foram constatadas durante a realização do presente estudo as seguintes limitações:

I. Óbitos: durante a realização desse estudo foram obtidos seis óbitos, respectivamente dos participantes incluídos no T0, inviabilizando dessa forma a manutenção dos mesmos no T1 e T2;

II. Falta de recursos e paralisações do hospital universitário: a falta de recursos e paralisações ocorridas no hospital universitário no período de execução do estudo produziu um impacto não só financeiro, mas também operacional na instituição, resultando na diminuição dos procedimentos cirúrgicos decorrentes do cancelamento/adiamento das cirurgias, o que afetou na adesão de novos participantes;

III. Estado emocional dos participantes: durante a aplicação dos questionários a instabilidade emocional de alguns participantes inviabilizou o término da aplicação, e assim a desistência deste;

IV. Desistência: a desistência por parte dos participantes já inclusos no T0 em continuar os demais tempos (T1 e T2) inviabilizou o término de obtenção dos dados;

V. Ausência nas consultas ambulatoriais: o não comparecimento às consultas ambulatoriais realizada no ambulatório de cardiologia do hospital universitário consistiu em outro fator que dificultou o acompanhamento do participante nos tempos T1 e T2;

VI. Itens incompletos e/ou faltosos no prontuário médico e eletrônico: tal fator resultou em dificuldades tanto para a interpretação, quanto obtenção de dados;

VII. Dados faltos por parte dos participantes: o não fornecimento de dados pelos participantes inviabilizou a análise de outras possíveis variáveis, à exemplo renda salarial.

6 CONCLUSÃO

O presente estudo comprovou que a cirurgia cardíaca melhorou a QV e sintomatologia depressiva dos participantes no pós-operatório.

A amostra foi composta majoritariamente pelo sexo masculino, faixa etária entre 40 a 59 anos; cor branca; casados; católicos; elevado índice de escolaridade entre o sexo masculino, bem como maior condição de trabalho ativa, e predomínio da ocupação braçal. Quanto as características clínicas, se caracterizou pela maior demanda de CRVM, sedentarismo, ex-tabagismo, prevalência de HAS, e maior adesão das estatinas como intervenção medicamentosa.

A QV melhorou nos domínios mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor/mal estar, físico e social.

A associação entre as variáveis sociodemográficas, clínicas e hábitos de vida com a QV e depressão revelou que, o sexo masculino possui uma melhor QV nos cuidados pessoais e atividades habituais no questionário EQ-5D-3L, assim como uma melhor QV física e social no MacNew QLMI, e menor sintomatologia depressiva e/ou nenhuma no IDB. A cor da pele branca revelou melhor qualidade de vida em relação as demais no domínio dor e mal-estar do EQ-5D-3L e no domínio físico do MacNew QLMI, e ausência e/ou menor manifestação de sintomatologia depressiva no IDB. Também foi constatado que os não tabagistas possuem melhor QV no domínio dor e mal-estar do EQ-5D-3L e ausência e/ou menores manifestações de sintomatologia depressivas no IDB.

Diante desse pressuposto, faz-se necessário a implementação de políticas voltadas a promoção, prevenção e proteção da saúde, e intensificar os meios para a captação do público masculino na atenção básica, o qual embora tenha apresentado melhor QV em relação as mulheres, são os mais atingidos pelas comorbidades e DCV, o que também está ligado a sua baixa adesão aos serviços de saúde. Assim como, possibilitar por meio dos resultados da QVRS a investigação da eficiência das intervenções terapêuticas (clínicas e/ou farmacológicas), bem como adaptá-las ao perfil epidemiológico da população.

7 REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, E. C. **Qualidade de vida após infarto agudo do miocárdio: avaliação com os questionários MacNew QLMI e SF-36.** 2005. 107 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, 2005. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/12655>. Acesso em: 05 de nov. 2018.

ALMEIDA-FILHO, N. *et al.* Social inequality and depressive disorders in Bahia, Brazil: interactions of gender, ethnicity, and social class. **Social Science & Medicine**. [S.I.], v. 59, n. 7, p. 1339-53, 2004. Available from: <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/4825>. Access on: 21 sept. 2018.

ANDRADE, M. V. *et al.* Societal preferences for EQ-5D health states from a Brazilian population survey. **Value in Health Regional Issues**, [S.I.], v. 2, n. 3, p. 405-12, dec. 2013. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212109913000101?showall%3Dtrue%26via%3Dihub>. Acesso em: 15 de set. 2018.

ARAÚJO, H. V. S. *et al.* Qualidade de vida de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.I.], v. 70, n. 2, p. 257-64, mar./abr. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0201>. Acesso em: 25 jul. 2018.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA – AMB. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Aliança de Controle do Tabagismo. **Evidências científicas sobre tabagismo para subsídio ao Poder Judiciário**. São Paulo: Associação Médica Brasileira, mar. 2013. Disponível em: <http://bit.ly/2lWY9QV>. Acesso em: 24 de out. 2018.

BAGATTINI, A. M. **Aplicação do questionário EQ-5D em formato eletrônico: equivalência com a versão em português brasileiro do formato em papel.** 2015. 76 f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/131212>. Acesso em: 18 de set. 2018.

BARROS, A. L. B. L. **Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

BECK, A.T. *et al.* An inventory for measuring depression. **Archives of General Psychiatry**, [S.I.], v. 4, n. 1, p. 53-63, 1961. Available from:

http://www.scalesandmeasures.net/files/files/Beck_AT_1961.pdf. Access on: 22 de oct. 2018.

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**, [S.I.], v. 33, n. 5, p. 62, 2001.

Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/00005768-200105001-00350>. Access on: 04 oct. 2018.

BERTOLINI, D. N. P.; SIMONETTI, J. P. O gênero masculino e os cuidados de saúde: a experiência de homens de um centro de saúde. **Escola Anna Nery**, Botucatu, v. 18, n. 4, p. 722-7, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n4/1414-8145-ean-18-04-0722.pdf>. Acesso em: 10 de out. 2018.

BERTOLUCCI, P. H. F.; BRUCKI, S. M. D.; CAMPACCI, S. R. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivo Neuropsiquiatria**, [S.I.], v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v52n1/01.pdf>. Acesso em: 14 de out. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. **Sistema de informações sobre mortalidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>. Acesso em: 24 de out. 2018.

_____. Congresso. Senado. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 19. **Diário Oficial da União**, Brasília, dez. 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 10 out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. **Caderno 19 da Atenção Básica: envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad19.pdf. Acesso em 15 de out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem -**

PNAISH. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf.

Acesso em: 13 de out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022.** 1. ed. Brasília:

Ministério da Saúde, 160 p, 2011b. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf. Acesso em: 27 de jul. 2018.

BRUCKI, S., NITRINI, R., CARAMELLI, P., *et al.* Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arquivo Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 61, n. 3-B, p. 777-81, 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/anp/v61n3B/17294.pdf> >. Acesso em: 14 de out. 2018.

BRUSCHINI, C. Gênero e trabalho no Brasil: novas conquistas ou persistência da

discriminação. In ROCHA, M. I. B. da (Org.). **Trabalho e gênero: mudanças,**

permanências e desafios. 34 ed. Campinas: ABEP, NEPO/UNICAMP e CEDEPLAR/

UFMG/São Paulo, 2000. Disponível em:

[https://www.scirp.org/\(S\(i43dyn45teexjx455qlt3d2q\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1587130](https://www.scirp.org/(S(i43dyn45teexjx455qlt3d2q))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1587130). Acesso em: 10 nov. 2018.

CARAMELLI, P.; NITRINI, R. Como avaliar de forma breve e objetiva o estado mental de um paciente?. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 289-311, out./dez., 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v46n4/3765.pdf>. Acesso em: 15 de out. 2018.

CARVALHO, A. C. C.; SOUSA, J. M. A. Cardiopatia isquêmica. **Revista Brasileira de Hipertensão**, [S.I.], v. 8, n. 1, p. 297-305, 2001. Disponível em:

<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/8-3/cardiopatia.pdf>. Acesso em: 06 de ago. 2018.

CAVICHIO, B. V. *et al.* Tempo de cessação do tabagismo para a prevenção de complicações na cicatrização de feridas cirúrgicas. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 174-80, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n1/pt_0080-6234-reeusp-48-01-170.pdf. Acesso em 10 de set. 2018.

CHAGAS, A. C. P. *et al.* Saúde cardiovascular do homem brasileiro – visão da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, São Paulo, v. 93, n. 6, p. 584-7, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2009001200004. Acesso em: 03 de set. 2018.

CLEARY, P. D.; WILSON, P. D.; FOWLER, F. J. Health-related quality of life in HIV-infected persons: a conceptual model. In: DIMSDALE, J. E.; BAUM, A. (editors). **Quality of life in behavioral medicine research**. 1 th ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1995.

CRUZ, D. S. M.; COLLET, N.; NÓBREGA, V. M. Qualidade de vida relacionada à saúde de adolescentes com dm1-revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 973-89, 2018. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000300973. Acesso em: 14 de out. 2018.

CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das Escalas Beck**. 1. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

CUNHA, R. B.; RABELLO, L. E. F. S.; GOMES, R. Como nossos pais: gerações, sexualidade masculina e autocuidado. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1419-37, 2012. Disponível em:
https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/physis/v22n4/a09v22n4.pdf. Acesso em 20 de out. 2018.

DANTAS, R.; PELEGRINO, V.; GARBIN, L. Avaliação do suporte social e sua relação com variáveis sócio-demográficas de pacientes em insuficiência cardíaca em seguimento ambulatorial. **Ciência, Cuidado e Saúde**, [S.I.], v. 6, n 4, p. 456-62, 2007. Disponível em: <http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/3680/2683>. Acesso em: 23 de out. 2018.

DE ALMEIDA NETO, O. P. **Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de Pacientes com Insuficiência Cardíaca**. 2015. 112f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) - Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, Minas Gerais, 2015. Disponível em: <http://bdtd.ufmt.edu.br/handle/tede/219>. Acesso em: 15 de out. 2018.

DEVLIN, N. J.; BROOKS, R. EQ-5D and the EuroQol Group: past, present and future. **Applied Health Economics and Health Policy**, [S.l.], v. 15, n. 2, p. 127-37, apr. 2017. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40258-017-0310-5>. Access on: 02 sept. 2018.

DORDETTO, P. R.; PINTO, G. C.; ROSA, T. C. S. C. Pacientes submetidos à cirurgia cardíaca: caracterização sociodemográfica, perfil clínico-epidemiológico e complicações. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 144-9, 2016. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/25868>. Acesso em: 10 de out. 2018.

EQ-5D. EuroQol Research Foundation. **About**. The Netherlands, 2018. Available from: <https://euroqol.org/>. Access on: 18 de sept. 2018.

FAVARATO, M. E. C. *et al.* Qualidade de vida em portadores de doença arterial coronária: comparação entre gêneros. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 52, n. 4, p. 236-41, jul./ago., 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302006000400023>. Acesso em: 02 de set. 2018.

FERREIRA, P. L.; FERREIRA L, N.; PEREIRA, L. N. Contributos para a validação da versão portuguesa do EQ-5D. **Acta Médica Portuguesa**, [S.l.], v 26, n. 6, p. 664-75, 2013. Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/1317/3807>. Acesso em: 18 de set. 2018.

FERREIRA, S. C. A. **Qualidade de Vida do Doente com Insuficiência Cardíaca do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa**. 2012. 176 f. Dissertação (Mestrado em Gestão das Organizações) - Instituto Politécnico de Bragança, 2012. Disponível em: http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/1902/1/DM_SoniaFerreira_2012.pdf. Acesso em: 23 de out. 2018.

FIGHERA, J.; VIERO, E. V. Vivências do paciente com relação ao procedimento cirúrgico: fantasias e sentimentos mais presentes. **Revista SBPH**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 51-63, dez., 2005. Disponível em: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/903>. Acesso em: 17 de set. 2018.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.I.], v. 10, n. 1, p. 105-9, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a11v10n1.pdf>. Acesso em: 14 de set. 2018.

FINGER, I. R.; ARGIMON, I. I. L. Propriedades psicométricas do Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II) em uma amostra universitária. **Revista de Psicologia da IMED**, [S.I.], v. 5, n. 2, p. 84-91, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712010000300005. Acesso em: 28 de out. 2018.

FLECK, M. P. A. *et al.* Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 19-28, 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44461999000100006&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 5 de ago. 2018

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. **Journal of Psychiatric Research**, [S.I.], v. 12, n. 3, p. 189-98, nov., 1975. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0022395675900266?via%3Dihub>>. Access on: 15 de oct. 2018.

FREIRE, A. K. S. *et al.* Panorama no Brasil das doenças cardiovasculares dos últimos quatorze anos na perspectiva da promoção à saúde. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, Brasília, v. 11, n. 9, p. 22-44, 2017. Disponível em: <https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/776>. Acesso em: 25 de jul. 2018.

FREIRE, M. E. M. *et al.* Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em cuidados paliativos. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 27, n. 2, e5420016, 2018. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n2/pt_0080-6234-reeusp-48-02-357.pdf. Acesso em: 01 de out. 2018.

GALDEANO, L. E. *et al.* Diagnósticos de enfermagem no perioperatório de cirurgia cardíaca. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 26-33, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a03v40n1.pdf>. Acesso em: 13 de out. 2018.

GOIS, C. F. L. **Qualidade de vida relacionada à saúde, depressão e senso de coerência de pacientes, antes e seis meses após revascularização do miocárdio.** 2009. 110 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, 2009. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-18082009-122253/pt-br.php>. Acesso em: 18 de ago. 2018.

GOLDSMITH, K.A.; DYER, M.T.; SCHOFIELD, P.M.; *et al.* Relationship between the EQ-5D index and measures of clinical outcomes in selected studies of cardiovascular interventions. **Health and Quality of Life Outcomes**, [S.I.], v.7, n. 96, p.1-14, 2009. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2789057/>. Access on: 01 sept. 2018.

GONÇALVES, A. K. *et al.* Qualidade de vida relacionada à saúde (HRQL) de adultos entre 50 e 80 anos praticantes de atividade física regular: aplicação do SF-36. **Estudos interdisciplinares do envelhecimento**, Porto Alegre, v. 16, edição especial, p. 407-20, 2011. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/17928>. Acessado em: 15 de set. 2018.

GONÇALVES, F. D. P. *et al.* Avaliação da qualidade de vida pós-cirurgia cardíaca na fase I da reabilitação através do questionário MOS SF-36. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 10, n. 1, p. 121-6, 2006. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-35552006000100016&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 27 de out. 2018.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 245-50, 1998. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/284700806_Inventario_de_depressao_de_Beck_Propriedades_psicometricas_da-versao-em-portugues. Acesso em: 13 de out. 2018.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, [S.I.], v. 29, n.4, p. 453-7, 1996. Available from: https://www.researchgate.net/publication/14466630_Validation_of_a_Portuguese_version_of

_the_Beck_Depression_Inventory_and_State-

Trait_Anxiety_Inventory_in_Brazilian_Subjects. Access on: 19 de oct. 2018.

GOYAL, T. M. *et al.* Quality of life following cardiac surgery: impact of the severity and course of depressive symptoms. **Psychosomatic Medicine**, United States, v. 67, n. 5, p.759-65, 2005. Available from:

<https://pdfs.semanticscholar.org/9adb/949d3c4ac48478f0ad02b4602719c95ed12d.pdf>. Access on: 19 oct. 2018.

HAVRANEK, E. P. *et al.* Social determinants of risk and outcomes for cardiovascular disease: a scientific statement from the American Heart Association. **Circulation**, [S.I.], v. 132, n. 9, p. 873-98, sept., 2015. Available from: <https://www.ahajournals.org/journal/circ>. Access on: 04 de out. 2018.

HÖFER, S.; LIM, L.; GUYATT, G.; OLDRIDGE, N. The Mac New heart disease health-related quality of life instrument: A summary. **Health and Quality of Life Outcomes**, [S.I.], v. 2, n. 3, p. 1-9, 2004. Available from: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-2-3>. Access on: 19 oct. 2018.

HORTENCIO, M. N. S. *et al.* Efeitos de exercícios físicos sobre fatores de risco cardiovascular. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 31, n. 2, p. 1-9, abr./jun. 2018. Disponível em: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6631>. Acesso em: 28 de jul. 2018.

JANSSEN, M. F. *et al.* Measurement properties of the EQ-5D-5L compared to the EQ-5D-3L across eight patient groups: a multi-country study. **Quality of Life Research**, [S.I.], v. 22, n. 7, p. 1717-27, 2013. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3764313/>. Access on: 14 oct. 2018.

JEFFREY, J. *et al.* Validation of the EQ-5D in patients with a history of acute coronary syndrome. **Current Medical Research Opinion**, [S.I.], v. 21, n. 8, p.1209-16, 2005. Available from: <https://www.medscape.com/viewarticle/510551>. Access on: 12 oct. 2018.

JOSEPH, A. M. *et al.* The safety of transdermal nicotine as an aid to smoking cessation in patients with cardiac disease. **New England Journal Medicine**, [S.I.], v. 335, n. 4, p. 1792-1798, 1996. Available from: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmsa1407211>. Access on: 10 de nov. 2018.

- KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; TAKAYANAGUI, A. M. M. Qualidade de vida – aspectos conceituais. **Revista Salus-Guarapuava**, Paraná, v. 1, n. 1, p. 13-15, jan./jun., 2007. Disponível em: http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/12.pdf. Acesso em 10 de out. 2018.
- LANZONI, G. M. M. *et al.* Fatores que influenciam o processo de viver a revascularização cardíaca. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 270-8, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt_0104-0707-tce-24-01-00270.pdf. Acesso em: 22 de out. 2018.
- LAURENTI, R.; BUCHALLA, C. M.; CARATIN, C. V. S. Doença isquêmica do coração. Internações, tempo de permanência e gastos. Brasil, 1993 a 1997. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, [S.I.], v. 74, n. 6, p. 483-7, 2000. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/abc/2000/7406/74060001.pdf>. Acesso em: 15 de set. 2018.
- LIMA, L. R. *et al.* Controle da dor no pós-operatório de cirurgia cardíaca: uma breve revisão. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [S.I.], v. 10, n. 2, p. 521-29, 2008. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a23.htm>. Acesso em: 02 de nov. 2018.
- LOCHNER, K. A.; COX, C.S. Prevalence of Multiple Chronic Conditions Among Medicare Beneficiaries, United States, 2010. **Preventing Chronic Disease**, [S.I.], v. 10, n. 1, p. 120-37, apr., 2013. Available from: http://www.cdc.gov/pcd/issues/2013/12_0137.htm. Access on: 14 sept. 2018.
- LOURENÇO, L. B. A. **Efeito do planejamento de ação e de enfrentamento de obstáculos na adesão medicamentosa e qualidade de vida de pacientes coronariopatas**. 2012. 170 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem do Trabalho) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/309591/1/Lourenco_LauraBacelardeAraujo_M.pdf. Acesso em 20 de out. 2018.
- LUNELLI, R.P. *et al.* Adesão medicamentosa e não medicamentosa de pacientes com doença arterial coronariana. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 4; p. 367-73, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000400003>. Acesso em: 20 de ago. de 2018.

MAAS, A. H. *et al.* Red alert for women's heart: the urgent need for more research and knowledge on cardiovascular disease in women: proceedings of the workshop held in Brussels on gender differences in cardiovascular disease, 29 September 2010. **European Heart Journal**, [S.I.], v. 32, n. 11, p. 1362-68, jun., 2011. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/d877/ae36f6e4ff8c3d30ceaf62e4601ee9715c89.pdf>. Access on: 22 sept. 2018.

MACNEW. Information, 2018. Disponível em: <http://www.macnew.org/wp/information>. Acesso em: 19 de out. 2018.

MAGALHÃES, C. C. *et al.* **Tratado de cardiologia SOCESP**. 3. ed. São Paulo: Manole, 2015.

MAGNABOSCO, P. **Qualidade de vida relacionada à saúde do indivíduo com hipertensão arterial integrante de um grupo de convivência**. 2007. 123f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, 2007. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-05102007-095321/pt-br.php>. Acesso em: 14 de set. 2018.

MAIA, K. *et al.* A mão de obra feminina no mercado de trabalho brasileiro: discriminação salarial por gênero. **Ciências Sociais em Perspectiva**, [S.I.], v. 14, n. 26, p. 30-53, 2015. Disponível em: <http://e-revista.unioeste.br/index.php/ccsaemperspectiva/article/view/10860/8641>. Acesso em: 15 de set. 2018.

MANSUR, A. P.; FAVARATO, D. Tendências da taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil, 1980-2012. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, São Paulo, v. 107, n. 1, p. 20-5, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abc/2016nahead/pt_0066-782X-abc-20160077.pdf. Acesso em: 03 de out. 2018.

MÁXIMO, C. G. **Aspectos sociodemográficos da depressão e utilização de serviços de saúde no Brasil**. 2010. 208 f. Tese (Doutorado em Demografia) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2010. Disponível em:

- http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/AMSA-8BCKKK/geovane_maximo_versao_out_2010.pdf?sequence=1. Acesso em: 23 de ago. 2018.
- MCDOWELL, I. **Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires**. 3 th ed. [S.I.]: Oxford University Press, 2006.
- MEDEIROS, T. L. F. *et al.* Mortalidade por infarto agudo do miocárdio. **Revista Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 12, n. 2, p. 565-72, fev., 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/230729>. Acesso em: 28 jul. 2018.
- MELO, D. M.; BARBOSA, A. J. G. O uso do Miniexame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.I.], v. 20, n. 12, p. 3865-76, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2015.v20n12/3865-3876/>. Acesso em: 14 de out. 2018.
- MELO, J. B. Fatores de risco cardiovasculares em mulheres climatéricas com doença arterial coronariana. **International Journal of Cardiovascular Sciences**, [S.I.], v. 31, n. 1, p. 4-11, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ijcs/v31n1/pt_2359-4802-ijcs-20170056.pdf. Acesso em: 21 de set. 2018.
- MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Cia & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7075.pdf>. Acesso em: 11 de set. 2018.
- MUSSI, F. C.; PEREIRA, Á. Tolerância à dor no infarto do miocárdio. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo , v. 23, n. 1, p. 80-7, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000100013>. Acesso em: 11 de nov. 2018.
- MUSSI, F. C.; TEIXEIRA, J. R. B. Doenças isquêmicas do coração e masculinidade como fatores de risco cardiovascular. **Revista Cubana de Enfermería**, [S.I.], v. 34, n 2, np, 2018. Disponível em: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1613/354>. Acesso em: 23 de out. 2018.
- NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida**: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 3. ed. Londrina: Midiograf, 2003.

NAKAJIMA, K. M.; RODRIGUES, R. C. M.; GALLANI, M. C. B. J. *et al.* Psychometric properties of MacNew Heart Disease Health-related Quality of Life Questionnaire: Brazilian version. **Journal of Advanced Nursing**, [S.I.], v. 65, n. 5, p. 1084-94, 2008.

Available from:

http://www.academia.edu/28396131/Psychometric_properties_of_MacNew_Heart_Disease_Health-related_Quality_of_Life_Questionnaire_Brazilian_version. Access on: 20 de oct. 2018.

NEVES, M. de A. Anotações sobre trabalho e gênero. **Caderno de Pesquisa**, São Paulo , v. 43, n. 149, p. 404-21, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-15742013000200003>. Acesso em: 24 out. 2018.

NIGHTINGALE, F. **Una and the lion**. 1th ed. Cambridge: Riverside Press, 1871.

OLIVEIRA, B. S. O impacto da doença coronariana no cotidiano das mulheres. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 30, n. 1, p. 305-15, jan./mar. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v1i1.14591>. Acesso em: 19 de out. 2018.

OLIVEIRA, L. B.; PÜSCHEL, V. A. A. Conhecimento sobre a doença e mudança de estilo de vida em pessoas pós-infarto. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 1026-33, 2013. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v15/n4/pdf/v15n4a21.pdf>. Acesso em: 04 de nov. 2018.

PINTO, E. B.; MASO, I.; VILELA, R. N. R. *et al.* Validation of the EuroQol quality of life questionnaire on stroke victims. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 69, n. 2b, p. 320-3, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2011000300010. Acesso em: 18 de set. 2018.

PINTON, F. A. *et al.* Depressão como fator de risco de morbidade imediata e tardia pós-revascularização cirúrgica do miocárdio. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, São José do Rio Preto, v. 21, n. 1, p. 68-74, mar., 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-76382006000100013>. Acesso em: 11 de set. 2018.

REENEM, M. V.; OPPE, M. **EQ-5D-3L user guide**: basic information on how to use the EQ-5D-3L instrument. **EuroQol Research Foundation**, The Netherlands, v. 5, n. 1, abr.,

2015. Available from: https://euroqol.org/wp-content/uploads/2016/09/EQ-5D-3L_UserGuide_2015.pdf. Access on: 18 de sept. 2018.

RIBEIRO, C. P. R. *et al.* Diagnóstico de enfermagem em pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, [S.I.], v. 16, n. 2, p. 159-67, mar./abr., 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a03v40n1.pdf>. Acesso em: 13 de out. 2018.

ROCHA, R. M.; MARTINS, W. A. **Manual de prevenção cardiovascular**. 1. ed. Planmark, Rio de Janeiro: Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro – SOCERJ, 2017. Disponível em: https://socerj.org.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual_de_Prevencao_Cardiovascular_SOCERJ.pdf. Acesso em: 14 set. 2018.

RODRIGUES, H. F. Ansiedade e depressão em cirurgia cardíaca: diferenças entre sexo e faixa etária. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, e20160072, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452016000300217&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 23 de out. 2018.

SCALA, L. C.; MAGALHÃES, L. B.; MACHADO. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica. In: MOREIRA, S. M.; PAOLA, A. V. Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Livro Texto da Sociedade Brasileira de Cardiologia**. 2^a. ed. São Paulo: Manole; 2015.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-8, mar./abr., 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/27.pdf>. Acesso em: 20 de out. 2018.

SHANMUGASEGARAM, S. *et al.* Gender and sex differences in prevalence of major depression in coronary artery disease patients: a meta-analysis. **Maturitas**, [S.I.], v. 73, n. 4, p. 305-11, 2012. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4490896/>. Access on: 21 de aug. 2018.

SILVA, A. C. P. **Nova escala multidimensional da depressão: estudo preliminar para tradução e aferição da escala para a população portuguesa**. 2012. 159 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Aplicada) - Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e

da Vida, [S.I.], 2012. Disponível em:

<http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2306/1/15249.pdf>. Acesso em 28 de out. 2018.

SILVA, J. P. A. **Qualidade de vida dos indivíduos após enfarte agudo do miocárdio**. 2012. 187 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica) - Escola Superior de Saúde de Viseu, Portugal, 2012. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.19/1694>. Acesso em: 20 de ago. 2018.

SMOLEN, J. R.; ARAÚJO, E. M. Raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, n.12, p.4021-30, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232017021204021&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 29 ago. 2018.

SOARES, H. L. R.; COSTA, R. A.; MESQUITA, E. T. Depressão e as doenças cardiovasculares. **Revista do Departamento de Psicologia**, UFF, Niterói, v. 18, n. 2, p. 201-2, dez., 2006. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-80232006000200016. Access on: 20 oct. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA - SBC. **Cardiômetro: mortes por doenças cardiovasculares no Brasil**. São Paulo, 2016. Disponível em: <http://www.cardiometro.com.br/>. Acesso em: 14 set. 2018.

_____. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 101, n. 6, supl. 2, dez. 2013. Disponível em: < http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/Diretriz_Prevencao_Cardiovascular.pdf. Acesso em 19 de jul. 2018.

SPOSITO, A. R. *et al.* Estatinas nas síndromes coronarianas agudas. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, São Paulo, v. 97, n. 4, p. 350-6, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2011001300012. Acesso em: 24 de set. 2018.

STEVENS, A.; SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B. Desigualdades de gênero na mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.I.], v. 17, n.10, p. 2627-34, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/12.pdf>. Acesso em: 10 de out. 2018. Acesso em: 28 de ago. 2018.

STOPA, S. R. *et al.* Prevalência do autorrelato de depressão no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 18, supl. 2, p. 170-80, dez., 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500060015>.

Acesso em: 11 de ago. 2018.

TAVARES, F. M. B. Apontamentos sobre o conceito de qualidade de vida: revisões, cruzamentos e possibilidades críticas. **Revista brasileira de qualidade de vida**, Paraná, v. 3, n 2, p. 23-32, jul./dez., 2011. Disponível em:

<https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/article/view/1067/771>. Acesso em: 10 de set. 2018.

TEIXEIRA, M. J.; VALVERDE, F. J. Dor aguda. In: Teixeira MJ. **Dor contexto interdisciplinar**. 1 ed. Curitiba: Editora Maio, 2003.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science and Medicine**, v. 41, n. 10, p. 1403-9, 1995. Available from:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/027795369500112K>. Access on: 4 oct. 2018.

TONSTAD, S. *et al.* Bupropion SR for smoking cessation in smokers with cardiovascular disease: a multicentre, randomised study. **European Heart Journal**, [S.I.], v. 24, n. 10, p. 946-55, 2003. Available from:

<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.550.6995&rep=rep1&type=pdf>. Access on: 17 de sept. 2018.

TORRATI, F. G. **Ansiedade, depressão, senso de coerência e estressores nos períodos pré e pós-operatório de cirurgias cardíacas**. 2009. 110 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, 2009. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-18082009-124545/pt-br.php>. Acesso em: 29 de ago. 2018.

VASCONCELOS, C B. **Qualidade de vida, ansiedade e depressão após infarto do miocárdio**. 2007. 72 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, 2007. Disponível em:

<https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/12863/1/CBVasconcelosDISPRT.pdf>. Acesso em: 16 de ago. 2018.

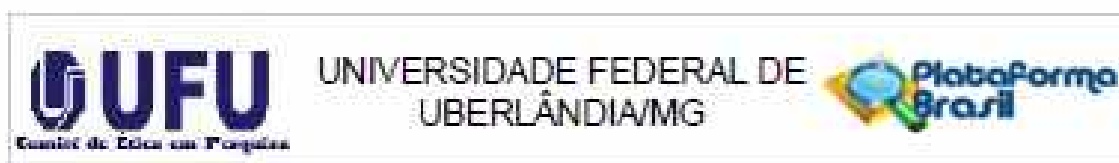
VIEIRA, K. L. D. *et al* . Atendimento da população masculina em unidade básica saúde da família: motivos para a (não) procura. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 120-27, mar., 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000100017>. Acesso em: 14 de set. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020**. World Health Organization, Geneva, 2013. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf?sequence=1. Access on: 20 sept. 2018.

_____. **World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals**. World Health Organization, Geneva, 2018. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf>. Access on: 20 sept. 2018.

ZAMPIER, V. S. B. *et al*. Manutenção da abstinência do tabaco por ex-fumantes: estudo fenomenológico. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S.I.], v. 38, n. 4, e2017-0027, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n4/1983-1447-rgenf-38-04-e2017-0027.pdf>. Acesso em: 10 de nov. 2018.

ANEXO I – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Uberlândia



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Influência das orientações de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca na evolução da ferida cirúrgica

Pesquisador: Valéria Nasser Figueiredo

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 55110616.9.0000.5152

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.715.990

Apresentação do Projeto:

Solicitação de Emenda ao protocolo;

Apresentam os pesquisadores um novo modelo de TCLE, um documento de 5 páginas denominado "Adendo_projeto", no qual descrevem um referencial teórico, metodologia, objetivo e bibliografia.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral, segundo a emenda:

Avaliar QVRS, escala de avaliação de dor e depressão em pacientes, antes (T0), 3 (T4) e 6 meses (T5) após a cirurgia cardíaca.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo o documento PB_Informações_básicas_761591_E1:

"Riscos:

Considerando a realização do estudo, durante o processo, há o risco de vazamento das

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
 Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
 UF: MG Município: UBERLÂNDIA
 Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4335 E-mail: cep@propp.ufu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG



Continuação do Parecer: 1.715.990

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UBERLÂNDIA, 05 de Setembro de 2016

Assinado por:

Sandra Terezinha de Farias Furtado
(Coordenador)

Endereço: Av. João Nogueira de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus São Mônica

Bairro: Santa Mônica

CEP: 38.408-144

UF: MG

Município: UBERLÂNDIA

Telefone: (34)3239-4131

Fax: (34)3239-4335

E-mail: cep@propp.ufubr

ANEXO II – Questionário Minixame do Estado Mental (MEEM)

1) Orientação para tempo (1 ponto por cada resposta correta ou 0 se não responder adequadamente)

Em que ano estamos? _____

Em que mês estamos? _____

Em que dia do mês estamos? _____

Em que dia da semana estamos? _____

Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

2) Orientação para local (1 ponto por cada resposta correta ou 0 se não responder adequadamente)

Em que estado vive? Em que cidade vive?

Em que bairro estamos? Em que local estamos? Em que lugar específico estamos (apontar para o chão)?

Nota: _____

3) Memória Imediata (Coloque 1 ponto por cada palavra corretamente repetida ou quando o idoso não repetir a palavra corretamente)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois que eu as disser todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Caneca - Tapete - Tijolo

Nota: _____

4) Atenção e Cálculo (Nos espaços abaixo acrescente 1 se a resposta for correta e 0 para resposta errada. Na "Nota" coloque a soma das respostas corretas).

a) "Agora peço-lhe que me diga quantos são 100 menos 7 e depois ao número encontrado volta a tirar 7 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

100 _____ 93 _____ 86 _____

79 _____ 72 _____ 65 _____

Nota: _____

b) "Solete a palavra MUNDO de trás para frente"

O _____ D _____ N _____ U _____ M _____

Nota: _____

Considere na Nota Final da questão 10 a maior Nota entre os itens a e b.

Nota Final: _____

5) Evocação (1 ponto por cada resposta correta ou 0 quando não acertar.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Caneca – Tapete - Tijolo

Nota: _____

6) Linguagem (1 ponto por cada resposta correta ou 0 quando não acertar)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objetos: Relógio - Lápis

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: "Nem aqui, nem ali, nem lá"

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita/ Dobra ao meio/ Coloca onde deve

Nota: _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase. Fechou os olhos?

Nota: _____

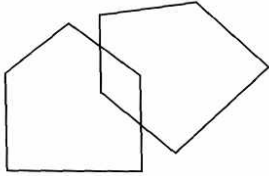
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota: _____

7) Capacidade Construtiva Visual (1 ponto pela cópia correta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Nota: _____

8) TOTAL (Máximo 30 pontos):

_____ Considera-se com declínio cognitivo:

• analfabetos ≤ 13 pontos

• 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 18

• com escolaridade superior a 11 anos ≤ 26

Idoso apresentou declínio cognitivo, segundo o

MEEM:.....

(1) Sim

(2) Não

ANEXO III – Questionário de Saúde EQ-5D-3L

Assinale com uma cruz (assim ☐) , um quadrado de cada um dos seguintes grupos, indicando qual das afirmações melhor descreve o seu estado de saúde **hoje**.

Mobilidade

- Não tenho problemas em andar ☐
- Tenho alguns problemas em andar ☐
- Estou limitado/a a ficar na cama ☐

Cuidados Pessoais

- Não tenho problemas com os meus cuidados pessoais ☐
- Tenho alguns problemas para me lavar ou me vestir ☐
- Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a ☐

Atividades Habituais (*ex. trabalho, estudos, atividades domésticas, atividades em família ou de lazer*)

- Não tenho problemas em desempenhar as minhas atividades habituais ☐
- Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas atividades habituais ☐
- Sou incapaz de desempenhar as minhas atividades habituais ☐

Dor / Mal Estar

- Não tenho dores ou mal-estar ☐
- Tenho dores ou mal-estar moderados ☐
- Tenho dores ou mal-estar extremos ☐

Ansiedade / Depressão

- Não estou ansioso/a ou deprimido/a ☐
- Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a ☐
- Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a ☐

Para ajudar as pessoas a dizer quão bom ou mau o seu estado de saúde é nós desenhamos uma escala (semelhante a um termômetro) na qual o melhor estado de saúde que possa imaginar é marcado por 100 e o pior estado de saúde que possa imaginar é marcado por 0.

Gostaríamos que indicasse nesta escala quão bom ou mau é, na sua opinião, o seu estado de saúde **hoje**. Por favor, desenhe uma linha a partir do quadrado que se encontra abaixo, até ao ponto da escala que melhor classifica o seu estado de saúde **hoje**.

**O seu estado de
saúde hoje**

O melhor
estado de saúde
imaginável

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

O pior estado de
saúde
imaginável

ANEXO IV – Questionário de Qualidade de Vida MacNew QLMI

Gostaríamos de lhes fazer algumas perguntas sobre como você tem se sentido **NAS DUAS ÚLTIMAS SEMANAS**.

Por favor, marque um “X” no espaço ☐ que se refere à sua resposta.

1. Com que frequência você se sentiu frustrado, impaciente ou irritado durante as duas últimas semanas?

- 1 ☐ TODO O TEMPO
- 2 ☐ A MAIOR PARTE DO TEMPO
- 3 ☐ GRANDE PARTE DO TEMPO
- 4 ☐ UMA PARTE DO TEMPO
- 5 ☐ UM POUCO DO TEMPO
- 6 ☐ RARAMENTE
- 7 ☐ EM NENHUM MOMENTO

2. Com que frequência, durante as duas últimas semanas, você se sentiu inútil ou deslocado do seu ambiente?

- 1 ☐ TODO O TEMPO
- 2 ☐ A MAIOR PARTE DO TEMPO
- 3 ☐ GRANDE PARTE DO TEMPO
- 4 ☐ UMA PARTE DO TEMPO
- 5 ☐ UM POUCO DO TEMPO
- 6 ☐ RARAMENTE
- 7 ☐ EM NENHUM MOMENTO

3. Durante as duas últimas semanas, quanto tempo você se sentiu muito confiante e seguro do que poderia lidar com seu problema cardíaco?

- 1 ☐ EM NENHUM MOMENTO
- 2 ☐ RARAMENTE
- 3 ☐ UM POUCO DO TEMPO
- 4 ☐ UMA PARTE DO TEMPO
- 5 ☐ GRANDE PARTE DO TEMPO
- 6 ☐ A MAIOR PARTE DO TEMPO
- 7 ☐ TODO O TEMPO

4. Em geral, quanto tempo você se sentiu desencorajado ou no fundo do poço, nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ TODO O TEMPO
- 2 ☐ A MAIOR PARTE DO TEMPO
- 3 ☐ GRANDE PARTE DO TEMPO
- 4 ☐ UMA PARTE DO TEMPO
- 5 ☐ UM POUCO DO TEMPO
- 6 ☐ RARAMENTE
- 7 ☐ EM NENHUM MOMENTO

5. Quanto tempo, nas duas últimas semanas, você se sentiu relaxado e livre de tensões?

- 1 ☐ EM NENHUM MOMENTO
- 2 ☐ RARAMENTE
- 3 ☐ UM POUCO DO TEMPO
- 4 ☐ UMA PARTE DO TEMPO
- 5 ☐ GRANDE PARTE DO TEMPO
- 6 ☐ A MAIOR PARTE DO TEMPO
- 7 ☐ TODO O TEMPO

6. Com que frequência nas duas últimas semanas você se sentiu desgastado ou sem energia?

- 1 ☐ TODO O TEMPO
- 2 ☐ A MAIOR PARTE DO TEMPO
- 3 ☐ GRANDE PARTE DO TEMPO
- 4 ☐ UMA PARTE DO TEMPO
- 5 ☐ UM POUCO DO TEMPO
- 6 ☐ RARAMENTE
- 7 ☐ EM NENHUM MOMENTO

7. Quão feliz, satisfeito ou realizado você se sentiu nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ MUITO INSATISFEITO, INFELIZ A MAIOR PARTE O TEMPO
- 2 ☐ GERALMENTE INSATISFEITO, INFELIZ

- 3 ☐ UM POUCO INSATISFEITO,
INFELIZ
- 4 ☐ GERALMENTE SATISFEITO,
FELIZ
- 5 ☐ FELIZ, NA MAIOR PARTE DO
TEMPO
- 6 ☐ MUITO FELIZ, NA MAIOR PARTE
DO TEMPO
- 7 ☐ EXTREMAMENTE FELIZ, NÃO
PODERIA ESTAR MAIS SATISFEITO

**8. Em geral, com que frequência
você se sentiu agitado ou como se você
não pudesse se acalmar, nas duas
últimas semanas?**

- 1 ☐ TODO O TEMPO
- 2 ☐ A MAIOR PARTE DO TEMPO
- 3 ☐ GRANDE PARTE DO TEMPO
- 4 ☐ UMA PARTE DO TEMPO
- 5 ☐ UM POUCO DO TEMPO
- 6 ☐ RARAMENTE
- 7 ☐ EM NENHUM MOMENTO

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

- 1 ☐ EXTREMA DIFICULDADE DE
RESPIRAR
- 2 ☐ GRANDE DIFICULDADE DE
RESPIRAR
- 3 ☐ DIFICULDADE DE RESPIRAR
- 4 ☐ DIFICULDADE MODERADA
- 5 ☐ UM POUCO DE DIFICULDADE DE
RESPIRAR
- 6 ☐ PEQUENA DIFICULDADE DE
RESPIRAR
- 7 ☐ SEM DIFICULDADE DE RESPIRAR

**10. Com que frequência, nas duas
últimas semanas, você sentiu vontade de
chorar?**

- 1 ☐ TODO O TEMPO
- 2 ☐ A MAIOR PARTE DO TEMPO

- 3 ☐ GRANDE PARTE DO TEMPO
- 4 ☐ UMA PARTE DO TEMPO
- 5 ☐ UM POUCO DO TEMPO
- 6 ☐ RARAMENTE
- 7 ☐ EM NENHUM MOMENTO

**11. Com que frequências, nas duas
últimas semanas você se sentiu mais
dependente do que era antes do
problema cardíaco?**

- 1 ☐ TODO O TEMPO
- 2 ☐ A MAIOR PARTE DO TEMPO
- 3 ☐ GRANDE PARTE DO TEMPO
- 4 ☐ UMA PARTE DO TEMPO
- 5 ☐ UM POUCO DO TEMPO
- 6 ☐ RARAMENTE
- 7 ☐ EM NENHUM MOMENTO

**12. Com que frequência, nas duas
últimas semanas, você se sentiu incapaz
de realizar suas atividades sociais u
atividades sociais com sua família?**

- 1 ☐ TODO O TEMPO
- 2 ☐ A MAIOR PARTE DO TEMPO
- 3 ☐ GRANDE PARTE DO TEMPO
- 4 ☐ UMA PARTE DO TEMPO
- 5 ☐ UM POUCO DO TEMPO
- 6 ☐ RARAMENTE
- 7 ☐ 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?**

- 1 ☐ TODO O TEMPO
- 2 ☐ A MAIOR PARTE DO TEMPO
- 3 ☐ GRANDE PARTE DO TEMPO
- 4 ☐ UMA PARTE DO TEMPO
- 5 ☐ UM POUCO DO TEMPO
- 6 ☐ RARAMENTE
- 7 ☐ EM NENHUM MOMENTO

14. Com que frequência, nas duas últimas semanas, você teve dores no peito durante as atividades do dia-a-dia?

- 1 ☐ TODO O TEMPO
- 2 ☐ A MAIOR PARTE DO TEMPO
- 3 ☐ GRANDE PARTE DO TEMPO
- 4 ☐ UMA PARTE DO TEMPO
- 5 ☐ UM POUCO DO TEMPO
- 6 ☐ RARAMENTE
- 7 ☐ EM NENHUM MOMENTO

15. Com que frequência, nas duas últimas semanas, você se sentiu inseguro ou com pouca autoconfiança?

- 1 ☐ TODO O TEMPO
- 2 ☐ A MAIOR PARTE DO TEMPO
- 3 ☐ GRANDE PARTE DO TEMPO
- 4 ☐ UMA PARTE DO TEMPO
- 5 ☐ UM POUCO DO TEMPO
- 6 ☐ RARAMENTE
- 7 ☐ EM NENHUM MOMENTO

16. Com que frequência, nas duas últimas semanas, você sentiu-se incomodado com cansaço ou dores nas pernas?

- 1 ☐ TODO O TEMPO
- 2 ☐ A MAIOR PARTE DO TEMPO
- 3 ☐ GRANDE PARTE DO TEMPO
- 4 ☐ UMA PARTE DO TEMPO
- 5 ☐ UM POUCO DO TEMPO
- 6 ☐ RARAMENTE
- 7 ☐ EM NENHUM MOMENTO

17. Nas duas últimas semanas, quanto você se sentiu limitado para praticar esportes ou exercitar-se, devido ao seu problema cardíaco?

- 1 ☐ EXTREMAMENTE LIMITADO
- 2 ☐ MUITO LIMITADO
- 3 ☐ BASTANTE LIMITADO
- 4 ☐ MODERADAMENTE LIMITADO
- 5 ☐ UM POUCO LIMITADO
- 6 ☐ MUITO POUCO LIMITADO

7 ☐ SEM QUALQUER LIMITAÇÃO

18. Com que frequência, nas duas últimas semanas, você se sentiu apreensivo ou com medo?

- 1 ☐ TODO O TEMPO
- 2 ☐ A MAIOR PARTE DO TEMPO
- 3 ☐ GRANDE PARTE DO TEMPO
- 4 ☐ UMA PARTE DO TEMPO
- 5 ☐ UM POUCO DO TEMPO
- 6 ☐ RARAMENTE
- 7 ☐ EM NENHUM MOMENTO

19. Com que frequência, nas duas últimas semanas, você sentiu-se tonto?

- 1 ☐ TODO O TEMPO
- 2 ☐ A MAIOR PARTE DO TEMPO
- 3 ☐ GRANDE PARTE DO TEMPO
- 4 ☐ UMA PARTE DO TEMPO
- 5 ☐ UM POUCO DO TEMPO
- 6 ☐ RARAMENTE
- 7 ☐ EM NENHUM MOMENTO

20. Em geral, nas duas últimas semanas, quanto você se sentiu restringido ou limitado por causa do seu problema cardíaco?

- 1 ☐ EXTREMAMENTE LIMITADO
- 2 ☐ MUITO LIMITADO
- 3 ☐ BASTANTE LIMITADO
- 4 ☐ MODERADAMENTE LIMITADO
- 5 ☐ UM POUCO LIMITADO
- 6 ☐ MUITO POUCO LIMITADO
- 7 ☐ SEM QUALQUER LIMITAÇÃO

21. Com que frequência, nas duas últimas semanas, você se sentiu inseguro sobre a qualidade de exercícios ou atividades físicas você deveria estar fazendo?

- 1 ☐ TODO O TEMPO
- 2 ☐ A MAIOR PARTE DO TEMPO
- 3 ☐ GRANDE PARTE DO TEMPO
- 4 ☐ UMA PARTE DO TEMPO
- 5 ☐ UM POUCO DO TEMPO

- 6 ☐ RARAMENTE
7 ☐ EM NENHUM MOMENTO

22. Com que frequência, nas duas últimas semanas, você sentiu que sua família estivesse sendo superprotetora com você?

- 1 ☐ TODO O TEMPO
2 ☐ A MAIOR PARTE DO TEMPO
3 ☐ GRANDE PARTE DO TEMPO
4 ☐ UMA PARTE DO TEMPO
5 ☐ UM POUCO DO TEMPO
6 ☐ RARAMENTE
7 ☐ EM NENHUM MOMENTO

23. Com que frequência, nas duas últimas semanas, você se sentiu como uma carga para outras pessoas?

- 1 ☐ TODO O TEMPO
2 ☐ A MAIOR PARTE DO TEMPO
3 ☐ GRANDE PARTE DO TEMPO
4 ☐ UMA PARTE DO TEMPO
5 ☐ UM POUCO DO TEMPO
6 ☐ RARAMENTE
7 ☐ EM NENHUM MOMENTO

24. Com que frequência, nas duas últimas semanas, você se sentiu excluído de atividades com outras pessoas devido ao seu problema cardíaco?

- 1 ☐ TODO O TEMPO
2 ☐ A MAIOR PARTE DO TEMPO
3 ☐ GRANDE PARTE DO TEMPO
4 ☐ UMA PARTE DO TEMPO
5 ☐ UM POUCO DO TEMPO
6 ☐ RARAMENTE
7 ☐ 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?

- 1 ☐ TODO O TEMPO
2 ☐ A MAIOR PARTE DO TEMPO
3 ☐ GRANDE PARTE DO TEMPO
4 ☐ UMA PARTE DO TEMPO
5 ☐ UM POUCO DO TEMPO
6 ☐ RARAMENTE
7 ☐ 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?

- 1 ☐ EXTREMAMENTE LIMITADO
2 ☐ MUITO LIMITADO
3 ☐ BASTANTE LIMITADO
4 ☐ MODERADAMENTE LIMITADO
5 ☐ UM POUCO LIMITADO
6 ☐ MUITO POUCO LIMITADO
7 ☐ SEM QUALQUER LIMITAÇÃO

27. Com que frequência, nas duas últimas semanas, você sentiu que seu problema cardíaco afetou suas relações sexuais?

- 1 ☐ TODO O TEMPO
2 ☐ A MAIOR PARTE DO TEMPO
3 ☐ GRANDE PARTE DO TEMPO
4 ☐ UMA PARTE DO TEMPO
5 ☐ UM POUCO DO TEMPO
6 ☐ RARAMENTE
7 ☐ EM NENHUM MOMENTO

Terminou. Muito obrigado por responder as questões.

ANEXO V – Inventário de Depressão de Beck – IDB

Neste questionário estão grupos de afirmações. Por favor, leia cada grupo de afirmações com cuidado. Então escolha a única afirmação em cada grupo que melhor descreve o modo como você esteve se sentindo **SEMANA PASSADA, INCLUSIVE HOJE!** Circule o número ao lado da afirmação que você escolheu. Se várias afirmações no grupo parecem se aplicar igualmente bem, circule cada uma. **Certifique-se de todas as afirmações em cada grupo antes de fazer a sua escolha.**

1. TRISTEZA

- 0 Eu não me sinto triste.
- 1 Eu me sinto triste.
- 2 Eu me sinto triste o tempo todo e não consigo sair disso.
- 3 Eu estou tão triste ou infeliz que consigo suportar.

2. PESSIMISMO

- 0 Eu não estou particularmente desencorajado em relação ao futuro.
- 1 Eu me sinto desencorajado em relação ao futuro.
- 2 Eu sinto que não tenho nada porque esperar.
- 3 Eu sinto que o futuro não tem esperança e que as coisas não podem melhorar.

3. SENSACÃO DE FRACASSO

- 0 Eu não me sinto um fracasso.
- 1 Eu sinto que falhei mais do que a média das pessoas.
- 2 Quando olho para trás em minha vida, tudo o que consigo ver é um monte de fracassos.
- 3 Eu sinto que sou um fracasso completo como pessoa.

4. INSATISFAÇÃO

- 0 Eu obtenho tanta satisfação com as coisas como costuma a ter.
- 1 Eu não gosto das coisas do modo como costumava gostar.
- 2 Eu não obtenho satisfação real de mais nada.
- 3 Eu estou insatisfeito ou entediado com tudo.

5. CULPA

- 0 Eu não me sinto particularmente culpado.
- 1 Eu me sinto culpado durante uma boa parte do tempo.
- 2 Eu me sinto bastante culpado durante a maior parte do tempo.
- 3 Eu me sinto culpado o tempo todo.

6. PUNIÇÃO

- 0 Eu não sinto que estou sendo punido.
- 1 Eu sinto que posso ser punido.
- 2 Eu espero ser punido.
- 3 Eu sinto que estou sendo punido.

7. DECEPÇÃO

- 0 Eu não me sinto decepcionado comigo.
- 1 Eu estou decepcionado comigo.
- 2 Eu estou aborrecido comigo.
- 3 Eu me odeio.

8. AUTOACUSAÇÃO

- 0 Eu não sinto que seja pior do que qualquer pessoa.

- 1 Eu me critico pelas minhas fraquezas ou erros.
- 2 Eu me incrimino o tempo todo pelas minhas falhas.
- 3 Eu me incrimino por tudo de ruim que acontece.

9. IDEIAS SUICIDAS

- 0 Eu não tenho nenhum pensamento de me matar.
- 1 Eu tenho pensamento de me matar, mas não os colocaria em prática.
- 2 Eu gostaria de me matar.
- 3 Eu me mataria se tivesse uma oportunidade.

10. CHORO

- 0 Eu não choro mais que o habitual.
- 1 Eu choro mais agora do que costumava chorar.
- 2 Eu choro o tempo inteiro agora.
- 3 Eu costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo chorar mesmo que queira.

11. IRRITABILIDADE

- 0 Eu não estou mais irritado agora do que sempre estou.
- 1 Eu fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava ficar.
- 2 Eu me sinto irritado o tempo inteiro agora.
- 3 Eu não fico nem um pouco irritado por coisa que costumavam me irritar.

12. INTERAÇÃO SOCIAL

- 0 Eu não perdi o interesse pelas outras pessoas.
- 1 Eu estou menos interessado nas outras pessoas do que costumava estar.
- 2 Eu perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.
- 3 Eu perdi todo o meu interesse pelas outras pessoas.

13. INDECISÃO

- 0 Eu tomo decisões mais ou menos tão bem quanto eu sempre consegui.
- 1 Eu adio tomar decisões mais do que costumava adiar.
- 2 Eu tenho maior dificuldade para tomar decisões do que antes.
- 3 Eu não consigo mais tomar decisões Alguma.

14. IMAGEM CORPORAL

- 0 Eu não sinto que minha aparência esteja pior do que era.
- 1 Eu estou preocupado que esteja parecendo velho ou não atraente.
- 2 Eu sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me fazem parecer não atraente.
- 3 Eu acredito que pareço feio.

15. DIFICULDADE EM TRABALHAR

- 0 Eu consigo trabalhar aproximadamente tão bem quanto antes.
- 1 É necessário um esforço extra para começar qualquer coisa.
- 2 Eu tenho que me esforçar muito para fazer qualquer coisa.
- 3 Eu não consigo mais fazer trabalho algum.

16. INSÔNIA

- 0 Eu consigo dormir tão bem quanto o habitual.
- 1 Eu não durmo tão bem quanto costumava dormir.
- 2 Eu acordo 1 a 2 horas mais cedo do que o habitual e acho difícil voltar a dormir.
- 3 Eu acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.

17. FADIGA

- 0 Eu não fico mais cansado que o habitual.
- 1 Eu fico cansado mais facilmente do que costumava ficar.

- 2 Eu fico cansado ao fazer quase qualquer coisa.
- 3 Eu estou cansado demais para fazer qualquer coisa.

18. PERDA DE APETITE

- 0 Meu apetite não está pior que o habitual.
- 1 Meu apetite não está tão bom quanto costumava ser.
- 2 Meu apetite está muito pior agora.
- 3 Não tenho mais nenhum apetite.

19. PERDA DE PESO

- 0 Eu perdi pouco ou nenhum peso ultimamente.
- 1 Eu perdi mais de 2,5 Kg.
- 2 Eu perdi mais de 5 Kg.
- 3 Eu perdi mais de 7,5 Kg.

Eu estou propositalmente tentando perder peso, comendo menos: SIM
NÃO

20. PREOCUPAÇÃO COM A SAÚDE

- 0 Eu não estou mais preocupado sobre minha saúde do que o habitual.
- 1 Eu estou preocupado com problemas físicos como mal-estares e dores; ou desconforto estomacal; ou constipação.
- 2 Eu estou muito preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em mais nada.
- 3 Eu estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em mais nada.

21. PERDA DE INTERESSE SEXUAL

- 0 Eu não percebi nenhuma mudança recente no meu interesse por sexo.
- 1 Eu estou menos interessado em sexo do que costumava estar.
- 2 Eu estou muito menos interessado em sexo agora.
- 3 Eu perdi completamente o interesse por sexo.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada “Influência das orientações de enfermagem no pré e pós operatório de cirurgia cardíaca na evolução da ferida cirúrgica”, sob a responsabilidade dos pesquisadores **Profa Dra Valéria Nasser Figueiredo, Profa Dra Patricia Magnabosco, Prof Msc Omar Pereira de Almeida Neto, Enfa Msc Iolanda Alves Braga, Isabella Pavarine de Souza, Jessica Luísa Silva, Jessica de Almeida Santos e Mayara Danielle Fonseca Lima**. Nesta pesquisa nós estamos buscando **investigar a influência das orientações de enfermagem no pré e pós-operatório de cirurgia cardíaca na evolução da ferida cirúrgica**. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pelo pesquisador **Isabella Pavarine de Souza, Jessica Luísa Silva, Jessica de Almeida Santos e Mayara Lima** nos setores de Clínica Médica (CM), Unidade Coronariana (UCO), Unidade de Dor Torácica (UDT), Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Setor Ambulatorial do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, na cidade de Uberlândia- Minas Gerais, individualmente, no seu leito de internação ou em uma sala reservada. Na sua participação você será avaliado após marcação da cirurgia cardíaca. Será realizado coleta de sangue e coleta de swabb na ferida cirúrgica por equipe estabelecida e padronizada do serviço. Será avaliado o seu peso, altura, circunferência abdominal; Você também responderá a uma entrevista onde responderá a um questionário socioeconômico, além de um questionário que irá avaliar a sua capacidade de compreensão (capacidade cognitiva), o autocuidado pós-cirurgia cardíaca, avaliação da ferida cirúrgica, assim como sua qualidade de vida relacionada a saúde e presença de depressão. Esta última parte, você irá responder a algumas questões sobre como a sua saúde tem influenciado sua vida, sobre aspectos que podem estar ligados aos sentimentos de tristeza e depressão, com a cirurgia neste contexto. Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada. Você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa. Os riscos consistem em vazamento das informações coletadas, no entanto, mesmo considerando o possível risco, a equipe executora se compromete, através de termo de compromisso a adotar todas as ações necessárias para preservar o anonimato dos participantes, garantindo a privacidade dos mesmos. Poderá também apresentar desconforto causado pela punção venosa para coleta de sangue. Os benefícios serão de subsídios que possibilitarão a indicação de recomendações de medidas e ações de políticas voltadas para a melhor evolução pós operatória e, conseqüentemente, alcançar a redução dos agravos e complicações cirúrgicas e a melhoria da qualidade de vida desta população. Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação.

Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você. Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Profa Dra Valéria Nasser Figueiredo, Profa Dra Patricia Magnabosco, Prof Msc Omar Pereira de Almeida Neto, Enfa Msc Iolanda Alves Braga, Isabella Pavarine de Souza, Jessica Luísa Silva, Jessica de Almeida Santos pelo telefone: (0xx34) 3218-2852, endereço: Campus Umuarama - Bloco 2U - Av. Pará, 1720 - Bairro Umuarama, Uberlândia - MG - CEP

38400-902. Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres-Humanos – Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; fone: 34-32394131.

Uberlândia, ... de de 20.....

Assinatura dos pesquisadores

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Participante da pesquisa

APÊNDICE B – Questionário Sociodemográfico, Clínico e Hábitos de Vida

Dados sociodemográficos

Data T0: _____ Data de Entrada: _____

Questionário nº []

Iniciais: _____ Data de nascimento: / / Sexo: 1-() Masculino
2-() Feminino

Naturalidade: _____ Procedência: _____

Cor auto referida: 1-() branca 2-() parda 3-() negra 4-() amarela 5-() outra

Estado Civil: 1-() solteiro 2-() casado 3-() separado 4-() viúvo

Religião: 1-() católico 2-() evangélico 3-() espírita 4-() não possui religião
5-() não acredita em Deus 6-() outra

Escolaridade: _____ anos

Condição de Trabalho: 0-() Não 1-() Sim 2-() aposentado

Ocupação: 1-() Braçal 2-() Autônomo 3-() Liberal 4-() Outros

Renda Familiar: R\$ _____ Nº Pessoas na casa: _____ Renda Per capita: R\$ _____

Condição Sanitária: 0-() Não 1-() Sim

Dados clínicos hospitalar – T0

Data de internação: / / Data da cirurgia: / /

Motivo da cirurgia: (1) Revascularização do miocárdio (2) Troca válvula (3) Aneurisma de aorta
(4) Outros: _____

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

Temperatura axilar: _____ graus °C FR= _____ irpm Sat O2%: _____

Dispneia: 0-() não 1-() sim

PA	MSD	PA1 _____ mmHg	PA2 _____ mmHg	Média braquial
	MSE	PA1 _____ mmHg	PA2 _____ mmHg	
	MID	PA1 _____ mmHg	PA2 _____ mmHg	Maior MID
	MIE	PA1 _____ mmHg	PA2 _____ mmHg	Maior MIE

ITB (índice tornozelo braquial) – ITB direito: Maior PAS MID / maior média da PAS braquial

= _____

ITB esquerdo: Maior PAS MIE / maior média da PAS braquial= _____

Pulso:_____ BPM		Regular: 0 – () não		1 – () sim	
Fibrilação Atrial: 0-() não		1-() sim		Varizes: 0-() não	
		1-() sim		Edema: 0-() não	
				1-() sim	
Claudicação intermitente: 0-() não		1-() sim		Pulso poplíteo presente 0-() não	
				1-() sim	
Pulso tibial posterior presente: 0-() não		1-() sim		Pulso Pedioso presente 0-() não	
				1-() sim	
Circunferência abdominal:.....cm			CQ:.....cm		
Relação cintura/quadril: cm					
Comorbidades:					
Diabetes:		() não		() sim	
HAS:		() não		() sim	
Obesidade:		() não		() sim	
Doença vascular periférica:		() não		() sim	
Dislipidemias:		() não		() sim	
IAM:		() não		() sim	
AVE:		() não		() sim	
DPOC/bronquite:		() não		() sim	
Nefropatia:		() não		() sim	
ICC:		() não		() sim	
Valvulopatias:		() não		() sim	
Atividade Física: 0-() não					
1-() sim					
Tabagismo: 0-() não 1-() sim					
Ex-tabagista: 0-() não 1-() sim , anos que parou de fumar: _____ -666() – não se aplica					
Cálculo dos anos-maço: com que idade começou a fumar?____ anos					
Idade que parou de fumar totalmente _____ anos					
Quantos cigarros fuma/fumava: _____/dia					
Etilismo: 0-() não 1-() sim					
Ex-etilista: 0-() não 1-() sim -666 – () não se aplica					
Frequência: 1-() 1x/sem 2-() 2x/sem 3-() 3x/sem 4-() 4x/sem 5-() 5x/sem 6-() 6x/sem					
7-() todo dia -666-() não se aplica					
Medicações em uso:					
1-() Estatina 2-() BCC 3-() BB 4-() BRA 5-() IECA 6-() Diurético 7-() Antiplaquetários					
8-() Antitrombótico 9-() Digitalico 10-() Vasodilatadores 11-() ansiolítico/antidepressivo					
Exames Internação					
Eco cardiograma Data: _____					
Aorta:.....					
Átrio esquerdo:.....					
Ventrículo esquerdo:.....					
Diâmetro diastólico:.....					
Diâmetro sistólico:.....					
Fração de ejeção:.....					
Septo interventricular:.....					
Parede posterior:.....					
Miocárdio:_____					
Conclusão:_____					
Cateterismo/coronariografia data:_____					
Tronco de coronária esquerda:					
Artéria descendente anterior:					
Artéria circunflexa: 40					
Artéria coronária direita:					
Ventriculografia:					
Intercorrências:_____					
Conclusão:_____					
Técnica de angioplastia data:_____					
Resultado angiográfico: () ruim () bom					
Fluxo TIMI 0 a 3:_____					
Teste de esforço –data:					

FC máxima: _____ FC atingida: _____ Protocolo: _____
 Alterações sugestivas de isquemia: () não () sim
 Tempo total do exercício: _____
 Conclusão: _____

Dados clínicos pós-operatório – T1 e T2 (3 e 6 meses após a cirurgia cardíaca)

Data de internação: / /

Temperatura axilar: _____ graus °C FR= _____ irpm Sat O2%: _____ Dispneia: 0-() não 1-() sim

PA	MSD	PA1 _____ mmHg	PA2 _____ mmHg
	MSE	PA1 _____ mmHg	PA2 _____ mmHg

Pulso: _____ BPM Regular: 0 – () não 1 – () sim

Medicações em uso:

1-() Estatina 2-() BCC 3-() BB 4-() BRA 5-() IECA 6-() Diurético 7-()

Antiplaquetários

8-() Antitrombótico 9-() Digitálico 10-() Vasodilatadores 11-() ansiolítico/antidepressivo