

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE APOIO À PESQUISA
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA
DE REVASCULARIZAÇÃO NO MIOCÁRDIO

Bolsista: Isis Gabriela Santos Lemos, CNPQ

MANAUS

2012

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE APOIO A PESQUISA
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

RELATÓRIO FINAL

PIB-SA/0053/2011

**Qualidade de Vida em Pacientes Submetidos à Cirurgia de
Revascularização no Miocárdio.**

Bolsista: Isis Gabriela Santos Lemos, CNPQ

Orientadora: Profa. Dra. Nazaré Maria de Albuquerque Hayasida

MANAUS

2012

**QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA
DE REVASCULARIZAÇÃO NO MIOCÁRDIO**

RESUMO

A definição de qualidade de vida (QV) é bastante complexa e subjetiva, envolve dimensões como bem-estar físico, familiar e emocional, habilidade funcional, espiritualidade, função social, sexualidade e função ocupacional, quando integrados mantêm o indivíduo em equilíbrio consigo mesmo e com o mundo ao seu redor. Neste estudo analisou-se a percepção de pacientes submetidos à Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (RM) sobre a QV, no pré (n=15) e pós-cirúrgico (n=15), em pacientes distintos, atendidos no ambulatório do serviço de Clínica Cirúrgica Cardíaca do Hospital Universitário Dona Francisca Mendes – HUFM/UFAM. Trata-se de uma pesquisa qualitativa e quantitativa-interpretativa, na abordagem psicológica Cognitivo-Comportamental. Participaram 30 pacientes de ambos os sexos, entre 45 e 75 anos. Aplicou-se os instrumentos: Questionário Sócio demográfico, Entrevista semiestruturada e o instrumento World Health Organization Quality of Life (WHOQoL-bref). Na análise qualitativa, no pré-operatório, houve um predomínio, da categoria *estilo de vida* (40%), seguida de *suporte social* (20%). Nas categorias *espiritualidade* (13,3%) e *ser saudável* (13,3%) apresentou um equilíbrio assim como nas categorias *preocupação com a cirurgia* (6,6%) e *desejo por autonomia* (6,6%). No que se refere à análise qualitativa dos pacientes pós-operatório, notou-se um predomínio de *saúde para trabalhar* (53,3%), seguida das categorias *ser saudável* (26,6%), *suporte social* (13,3%) e *espiritualidade* (6,6%). Na análise quantitativa a QV foi percebida de forma mais positiva no pós-operatório (M=81,6) do que no pré-operatório (M=77,8). No domínio físico houve diferença pouco significativa, entre os grupos, pré-operatório (M=21,33) e pós-operatório (M= 20,67); no domínio psicológico, o pós-operatório (M=22,13) apresentou média maior que o pré-operatório (M=20,4); no domínio social o pré-operatório (M=10,47) e pós-operatório (M=10,67) evidenciou diferença pouco significativa estatisticamente; o domínio meio ambiente houve uma maior qualidade de vida no pós-operatório (M=25,6) do que no pré-operatório (M=28,13). Conclui-se que os dados obtidos houve melhoria na qualidade de vida no momento pós-operatório em relação ao momento pré-operatório, com pacientes distintos. Espera-se que os dados obtidos neste estudo possam subsidiar pesquisas futuras sobre a QV em pacientes submetidos à CRM.

Palavras-chave: qualidade de vida; revascularização no miocárdio; psicologia da saúde.

ABSTRACT

The definition of Quality of Life (QoL) is very complex and subjective, it involves dimensions such as physical well-being, family and emotional, functional ability, spirituality, social function, sexuality and occupational function, integrated they can bring out a balance between the individual and everything around. This study analyzed the perceptions of patients undergoing surgery for myocardial revascularization (MR) on QoL preoperatively (n = 15) and postoperative (n = 15) in different patients, treated in outpatient service Cardiac Surgery, University Hospital Dona Francisca Mendes - HUFM / UFAM. This is a qualitative and quantitative research and interpretative, in cognitive-behavioral psychological approach. Participants were 30 patients of both sexes, between 45 and 75 years. We applied the instruments: Socio demographic questionnaire, semi-structured interview instrument and the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF). Qualitative analysis demonstrated in the preoperative period, there was a prevalence of the category lifestyle (40%), followed by social support (20%). In the categories spirituality (13.3%) and be healthy (13.3%) there was a balance as well as in categories concern with surgery (6.6%) and desire for autonomy (6.6%). Concerning the qualitative analysis of patients after surgery, we noticed a predominance of fitness to work (53.3%), followed by the categories being healthy (26.6%), social support (13.3%) and spirituality (6.6%). The quantitative analysis QoL was perceived more positively postoperatively (M = 81.6) than in the preoperative period (M = 77.8). In the physical domain there was a negligible difference between the groups preoperatively (M = 21.33) and postoperatively (M = 20.67) in the psychological domain, the postoperative period (M = 22.13) had average higher than the preoperative period (M = 20.4); in the social pre-surgery (M = 10.47) and postoperatively (M = 10.67) showed a statistically insignificant difference, the environmental domain there was a higher quality of life postoperatively (M = 25, 6) than preoperatively (M = 28.13). It is concluded that the data has improved the quality of life in the post-operative in relation to the preoperative period, with different patients. It is hoped that the data obtained in this study may support future research on QoL in patients undergoing CABG.

Keywords: quality of life; myocardial revascularization; health psychology.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	6
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	7
3. OBJETIVOS.....	14
3.1 GERAL.....	14
3.2 ESPECÍFICO.....	14
4. METODOLOGIA.....	14
4.1 Delineamento do Estudo.....	14
4.2 Local da pesquisa.....	14
4.3 Participantes.....	14
4.4 Critérios de Inclusão e Exclusão.....	15
4.5 Materiais e Instrumento.....	15
4.6 Entrevista semi-estruturada.....	16
4.7 Procedimentos para a coleta de dados.....	17
4.8 Procedimentos para a análise dos dados.....	17
4.9 Aspectos Éticos.....	19
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	20
5.1 Caracterização sócio-demográfica dos participantes.....	20
6. Análise Qualitativa.....	22
7. Análise Quantitativa.....	27
7.1.1 WHOQoL: Geral	29
7.1.2 WHOQoL – 1: Domínio físico	29
7.1.3 WHOQoL-2: Domínio psicológico.....	29
7.1.4 WHOQoL-3: Domínio social	29
7.1.5 WHOQoL-4: Domínio meio ambiente	30
8. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	31
REFERÊNCIAS.....	33
CRONOGRAMA	37
APÊNDICES.....	38
ANEXOS.....	45
AGRADECIMENTOS.....	49

1. INTRODUÇÃO

Ao analisar-se qualidade de vida (QV) deve-se considerar que a mesma é percebida de forma subjetiva por cada indivíduo. Por isso a necessidade de instrumentos científicos que possam aferí-la de modo a considerar aspectos sociais, culturais, socioeconômicos e psicológicos e não apenas sintomatologia.

A inserção de instrumentos que mensurem QV juntamente com a intervenção da Psicologia da Saúde são propostos como alternativa para a melhoria da avaliação da QV. Posto que uma das atribuições do psicólogo que atua na área de saúde é trabalhar com a promoção e manutenção da mesma.

A OMS propôs-se a desenvolver um instrumento de aferição da QV baseado em algumas observações. Inicialmente, há uma necessidade importante de instrumentos para medir o construto QV que não se restrinjam apenas a medidas de sintomatologia, impacto da doença ou *status funcional*. A maioria dos instrumentos existentes para aferição de estado de saúde ou de impacto das doenças foi desenvolvida nos Estados Unidos ou no Reino Unido, o que impõe uma série de limitações em seu uso em outros países, devido a vários aspectos. Destacam-se, entre elas, diferenças culturais e de valores, falta de similaridade semântica de determinados termos e processos insatisfatórios de tradução.

Nesse sentido, este estudo oportuniza uma maior conscientização dos psicólogos da região, envolvidos no atendimento hospitalar e ao atendimento de pacientes cardiopatas, para seu melhor exercício profissional e uma maior confiabilidade de sua prática. Proporciona uma melhor compreensão, nesse contexto, treino e assertividade quanto à subjetividade do conceito de qualidade de vida na região amazônica.

Com este enfoque é possível proporcionar maior conhecimento e esclarecimento sobre a subjetividade do conceito QV para o povo amazônida, e oferecer subsídios para que os psicólogos direcionem sua práxis no ambiente hospitalar no atendimento à cardiopatas.

Nessa pesquisa, objetivou-se analisar a percepção dos pacientes submetidos à Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (CRM) sobre a QV, no pré e pós-cirúrgico, atendidos no serviço de Clínica Cirúrgica Cardíaca do Hospital Universitário Dona Francisca Mendes – HUFM/UFAM. Para isto caracterizou-se a população estudada quanto às variáveis sócio-demográficas e analisou-se a percepção dos pacientes sobre a qualidade de suas vidas antes e depois de serem submetidos a cirurgia de revascularização no miocárdio (CRM).

Portanto, com o interesse na saúde geral e bem estar do paciente cardíaco, buscou-se mostrar a importância do conhecimento da QV como parâmetro capaz de qualificar e quantificar a percepção da pessoa com relação à saúde.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Considerando que a percepção é um fenômeno psicológico e que a mesma evolui de acordo com a subjetividade de cada indivíduo, Bock (2008) afirma que vemos, ouvimos, degustamos, tocamos de acordo com nossa história de vida e a história de nossa cultura.

Para Bock (2008) apud Luria (2008), a percepção depende de práticas humanas historicamente estabelecidas que podem não só alterar os sistemas de codificação usados no processo de informação como também influenciar a decisão de situar os objetos percebidos em categorias apropriadas.

Atkinson (2002) considera a percepção um estudo de como integramos sensações em conceitos sobre os objetos, e como depois usamos esses conceitos para lidarmos com o mundo.

Além de localizar e reconhecer objetos, o mesmo autor afirma que o nosso sistema perceptivo também tem a finalidade de manter a aparência dos objetos constante embora para a nossa visão esteja mudando constantemente.

Segundo Ferreira (2008) perceber é adquirir conhecimento de, pelos sentidos, compreender, dar-se conta de; atentar, reparar; notar. Sendo a percepção o ato, efeito ou faculdade de perceber.

O final do século XX foi caracterizado por um aumento na prevalência de doenças crônicas devido, em parte, à melhor prevenção e ao aumento das doenças infecciosas, mas também ao aumento da faixa etária da população, concomitante à adoção de hábitos de vida menos saudáveis (HAYASIDA, 2010; SCHLENK et al., 1998). Dados norte-americanos demonstram que o aumento na expectativa de vida populacional ocorre à custa de um decréscimo na qualidade de vida (QV) (USDHHS, 1996).

A preocupação em aumentar o tempo de vida saudável das pessoas, considerando a satisfação das mesmas com sua própria saúde, tem levado à inclusão das medidas de qualidade de vida como um importante desfecho em saúde e um acréscimo às medidas de morbidade e mortalidade.

Em termos de saúde pública, durante muito tempo, o impacto das doenças foi avaliado pelos índices de mortalidade. A OMS em conjunto com o Banco Mundial e a Escola de Saúde Pública da Universidade de Havard propuseram que o ônus causado pelas doenças fosse avaliado em termos de anos de vida perdidos por morte prematura ou vividos com incapacidade importante (LALONDE et al, 2004; MURRAY et al., 1996).

Conforme Carvalho et. al. (2008), o crescimento das doenças cardiovasculares (DCV) resulta de fatores como a redução da mortalidade por causas infectoparasitárias, aumento da perspectiva de vida e mudanças socioeconômicas associadas à urbanização, tendo como conseqüências níveis mais elevados de fatores de risco para o desenvolvimento de DCV.

As doenças cardiovasculares (DCV) são responsáveis por cerca de um quarto de todas as mortes no mundo e por aproximadamente metade em países desenvolvidos (WHO, 1992). A doença coronariana, particularmente, é a principal causa de morte e incapacidade nos países de primeiro mundo (TORRES et al., 2004), impondo restrições ao funcionamento físico, psicológico, social e ocupacional dos indivíduos que resultam em uma redução global na QV, não apenas para o paciente como para sua família (GALLANI et al., 2003; VACCARINO et al., 2004). Os recentes avanços na terapêutica das DCV favoreceram numerosas alternativas de tratamento. No entanto, tais alternativas não parecem apresentar vantagens em relação ao aumento da sobrevida quando comparadas entre si, além de representarem um elevado custo em saúde. Na ausência de tais benefícios, a avaliação da QV pode oferecer uma medida adicional de efetividade dos diferentes tratamentos (BECK, 2001).

Dantas e Aguillar (2001) afirmam que o tratamento de indivíduos portadores de doenças isquêmicas vem sofrendo avanços terapêuticos clínicos e cirúrgicos, e que a CRM é uma das opções de tratamento cirúrgico e tem como objetivos prolongar a vida, promover alívio da dor de angina e melhorar a QV dos pacientes. Magedanz et. al (2010), também relatam que uma forma de melhorar a qualidade de vida de pacientes com doença arterosclerótica é a realização da CRM. Sendo a CRM um procedimento cirúrgico comumente realizado, Vargas et al. (2005) salientam que esta cirurgia não é curativa e deve ser acompanhada por outras medidas terapêuticas como uso de medicamentos e mudanças no estilo de vida, visando o controle da progressão da doença coronariana.

De acordo com os mesmos autores, a CRM é um dos procedimentos mais estudados nos últimos 20 anos e que possibilita intervir em todas as artérias coronárias, sendo necessária uma maior explanação sobre seu desenvolvimento e benefícios.

Noronha (2001) apud Favarolo (1970) divide a história e a avaliação do tratamento cirúrgico da doença da artéria coronária em três categorias: revascularização indireta, revascularização direta e ressecção do aneurisma ventricular.

Noronha (2001) ressalta que Loop e colaboradores na Cleveland Clinic obtiveram potentes benefícios de sobrevida com o uso da artéria mamária interna para a revascularização da distribuição coronária da artéria descendente anterior. Na década de 70, a CRM foi utilizada para o alívio da angina e melhora na QV de pacientes somáticos.

Na análise de mitos e realidade de pacientes submetidos a CRM (NORONHA, 2001 apud FAVAROLO, 1978) há estudos que evidenciam a diminuição da incidência de infarto agudo no miocárdio (IAM).

Braile (1996) afirma que até fins do século XIX não eram realizados procedimentos cirúrgicos, a não ser aqueles mais simples que ficavam a cargo do “barbeiro”, “barbeiro-sangrador” ou cirurgião-barbeiro”, que praticava sangria, aplicava ventosas, sanguessugas, lancetava abscessos, fazia curativos entre outros. Em 1896, Ludwig Rehn obteve êxito ao suturar o ferimento do ventrículo direito, e somente no século XX surgiram outros procedimentos referente às cardiopatias congênitas, às valvopatias mitral e aórtica do tipo estenose e à insuficiência coronária. A insuficiência coronária no procedimento CRM é um método julgado como eficiente para aliviar a angina, sendo dividido em: revascularização de superfície; implante da artéria mamária no miocárdio; circulação retrógrada de sangue arterial através do seio coronário. Ressalta-se também que os resultados clínicos após as intervenções com este método tem sido muito gratificantes.

Nos estudos sobre a Reabilitação Cardíaca (RC), Gonçalves (2006) aborda que é o processo de desenvolvimento e manutenção de um nível desejável das condições físicas, mentais e sociais, que asseguram o retorno do paciente a uma vida ativa e produtiva da melhor maneira possível. Parte inicial do programa de RC, denominada fase I, tem como objetivos evitar

consequências negativas do repouso prolongado no leito, estimula-o a regressar o quanto antes às suas atividades rotineiras tornando-o capaz de retornar a desenvolver sua funcionalidade por meio do resgate da autoconfiança, assim como auxiliar na diminuição do impacto psicológico (como ansiedade e depressão), evitar complicações pulmonares e maximizar a oportunidade da alta precoce para as bases de um programa domiciliar. No processo de reabilitação após CRM, muitas vezes há a necessidade de parar de fumar, controlar o estresse, mudar a dieta alimentar e assumir novas tarefas como praticar exercícios físicos e usar medicamentos (VARGAS et al., 2005).

A permanência do paciente pós-operatório (POt) de CRM em uma unidade de terapia intensiva (UTI) varia de 48 a 72 horas e durante esse período são corriqueiras situações que desencadeiem perturbações mentais nos pacientes. Pesquisas apontam que a origem de distúrbios observados em pacientes POt de cirurgia cardíaca estão relacionados com a própria unidade de recuperação e às suas rotinas. (GOIS e DANTAS, 2004)

A qualidade de vida é usada na medicina para avaliar e caracterizar a percepção da pessoa acerca do seu estado de saúde, nos domínios ou dimensões de sua vida. Portanto, o Grupo de Qualidade de Vida da OMS define o termo QV como: “[...] a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (HARTZ e BUSS, 2000, p. 9:13).

Segundo Ribeiro (1994) a qualidade de vida (QV) tornou-se um conceito popular que faz parte da linguagem do homem comum, de especialistas, de gente culta ou inculta. O conceito de QV é multifatorial e composto por vários domínios que devem refletir na avaliação do estado psicológico, físico e funcionamento social, sendo medida através da percepção individual global da vida da pessoa podendo variar com o tempo, dessa forma refere à subjetividade deste fenômeno psicológico.

A intervenção da Psicologia da Saúde na promoção da QV tem sido um tema relevante que os psicólogos têm direcionado a atenção para a prevenção das disfunções em crianças e adultos saudáveis. O foco da intervenção está na mudança de estilo de vida em geral, principalmente no que se refere aos componentes físico-comportamentais, psicológicos e sociais. Neste caso, o comportamento é um elemento centralizador de mudança, posto que nele estão inclusos aspectos cognitivos e emocionais que dependem de múltiplos aspectos da personalidade. O acesso à informação sobre os malefícios de determinados comportamentos não se mostraram suficientes para provocarem mudanças nas pessoas, Ribeiro (1994) apud Pádua (1993) relata que alguns dos grupos que melhor conhecem as conseqüências de determinados comportamentos, são aqueles que mais o praticam.

Conforme Miyazaki et al. (2010) para que se tenha uma compreensão sobre o processo saúde-doença, é necessário ter conhecimento sobre a interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais e a adoção de um modelo biopsicossocial de saúde.

Para Colombo e Aguillar (1997) apud Lalonde (1974), o estilo de vida é definido como um conjunto de decisões individuais que afetam a saúde e sobre os quais se pode exercer certo grau de controle. O próprio indivíduo cria riscos para si mesmo ao desenvolver maus hábitos pessoais para a sua saúde. Também afirma que quando estes riscos resultam em enfermidade ou morte pode-se afirmar que o estilo de vida contribuiu ou causou a enfermidade ou disfunção. O estudo Lifestyle Heart Trial de Ornish (1990) apontou como resultado que mudanças no estilo de vida (abandono do fumo, dieta vegetariana, atividade física e manejo do estresse) contribuem para a regressão de DCV. Estes resultados foram constatados através de angiografia após um ano de adoção do estilo de vida proposto. A modificação dos comportamentos não saudáveis presentes no estilo de vida pode excluir ou controlar a intensidade dos fatores de risco. Propõem investimentos na educação dos indivíduos que já apresentaram uma manifestação grave de DCV, para possibilitar melhoria na qualidade de vida e a prevenção à reincidência da doença.

Os estudos de Lupatini Filho et al. (2008) afirmam que a adoção de um estilo de vida saudável está estreitamente ligado à melhoria na QV e que interferem de forma positiva nos fatores de risco cardiovasculares, assim como práticas de alimentação balanceada, atividade física regular juntamente com as orientações não farmacológicas.

Hayasida (2010) refere que instrumentos ou índices têm sido propostos e utilizados com a finalidade de avaliar a QV de pacientes com os mais diversos problemas de saúde (HRQL) (GUYATT et al., 1997). Os genéricos refletem sobre o impacto de uma doença na vida do indivíduo em uma ampla variedade de populações; avaliam aspectos relativos à função, disfunção, estado geral de saúde, vitalidade, e desconforto físico e emocional. Podem ser utilizadas para avaliar a eficácia de políticas e programas de saúde ou para comparar duas enfermidades distintas. A Quality of Well-Being Scale Self-Administered (QWB), MOS Short-Form 36 (SF-36), Sickness Impact Profile (SIP), WHOQol-Bref e Escala de Qualidade de vida de Flanagan (QOLS) são exemplos de escalas genéricas. Os específicos avaliam de forma individual e específica, determinados aspectos de QV, proporcionando uma maior capacidade de detecção de melhora ou piora do aspecto em estudo (patologia). Têm a vantagem de analisar mais detalhadamente as alterações na QV em relação à dor, capacidade funcional e *status* emocional. São exemplos de instrumentos ou índices específicos, utilizados em outras doenças e validados no Brasil: Kidney Disease and Quality-of-Life Short-Form (KDQOL-SFTM), Acromegaly Quality of Life Questionnaire (ACROQoL) (COELHO, 2005).

O uso desses instrumentos depende do objetivo que se busca alcançar, devem ser válidos (realmente mede o que deseja medir), confiáveis (geram o mesmo resultado após repetidas administrações), sensíveis (capazes de refletir diferenças clinicamente significativas) e responsivos (detectam mudanças quando a condição do paciente muda) (DEMPSTER e DONNELLY, 2000; STEWART et al, 1989).

3. OBJETIVOS

3.1. Geral:

Analisar a percepção dos pacientes submetidos à Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (CRM) sobre a QV, no pré e pós-cirúrgico, atendidos no serviço de Clínica Cirúrgica Cardíaca do Hospital Universitário Dona Francisca Mendes – HUFM/UFAM.

3.2 Específico:

- Caracterizar a população estudada quanto às variáveis sócio-demográficas;
- Analisar a percepção do paciente sobre qualidade de vida antes e depois de serem submetidos a CRM.

4. METODOLOGIA

4.1. Delineamento da pesquisa

Trata-se de uma pesquisa experimental qualitativa e quantitativa-interpretativa, na abordagem psicológica Cognitivo-Comportamental.

4.2. Local da pesquisa:

A pesquisa foi desenvolvida no Hospital Universitário Dona Francisca Mendes (HUFM), o qual conta com 18 leitos na Clínica Cirúrgica Cardíaca, 11 leitos na Unidade de Terapia Intensiva e 1 serviço de Cirurgia Cardíaca, com 4 médicos.

4.3. Participantes:

Participaram do presente estudo 30 pacientes de ambos os sexos, com idade entre 45 a 75 anos, acompanhados no Ambulatório do HUFM, com indicação para a Cirurgia de

Revascularização do Miocárdio (RM), sendo 15 pacientes pré-cirúrgicos e os outros 15 pós-cirúrgicos, a partir de 3 meses.

4.4. Os critérios de inclusão e de exclusão para os participantes foram:

Inclusão no estudo:

- a) livre concordância em sua participação como sujeito na pesquisa, através da assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, APÊNDICE A);
- b) escolaridade igual ou superior a quatro anos;
- c) residentes e domiciliados na cidade de Manaus;
- d) faixa etária entre 45 e 75 anos de idade;
- e) submeterem a consulta no Ambulatório do HUDFM;
- f) paciente pré- cirúrgico que não os mesmos do pós-cirúrgico (n=15);
- g) paciente pré-cirúrgico e pós-cirúrgico a partir de 3 meses (n=15) .

Exclusão no estudo:

- a) foram excluídos pacientes submetidos a outras intervenções cirúrgicas, simples ou combinadas, devido controle metodológico da amostra;
- b) foi aleatória, por adesão, desde que a amostra seja homogênea em relação aos dados sócio-demográficos (idade, escolaridade, nível sócio-econômico e diagnóstico clínico, etc.)
- c) apresentar sinais ou problemas neurológicos e/ou psiquiátricos, deficiência auditiva, visual, linguagem, quadros demenciais.

4.5. Materiais e instrumento

Foram utilizados:

- a) Questionário Sócio demográfico**

As perguntas do Questionário Sócio-demográfico foram baseadas nos objetivos do trabalho e no levantamento bibliográfico (DANTAS, MOTZER; CIOL, 2002; DAWBER, 1980; KLEIN; ARAÚJO, 1985). O roteiro sistematizado, contendo as perguntas de identificação, dados demográficos, ocupacionais e clínicos encontra-se no Apêndice B.

4.6 Entrevista semi-estruturada

Foram analisadas segundo o método de conteúdo verbal proposto por Bardin (2009) e por meio do sistema quantitativo-descritivo (BIASOLI-ALVES, 1992). Constou de duas perguntas para os dois grupos de 15 pacientes, relacionadas à percepção do paciente no momento pré, e no momento pós-cirurgia, para os outros 15 pacientes, distintos: 1. Qual a sua percepção sobre a qualidade de sua vida antes da cirurgia?; 2. Qual a sua percepção sobre a qualidade de sua vida depois da cirurgia?.

b) World Health Organization Quality of Life – WHOQoL-Bref

O WHOQoL-Bref (The WHOQoL Group, 1998) é a versão abreviada do instrumento de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde, constando de 26 itens divididos em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. É de fácil e rápida aplicação com poucos estudos utilizando-o em pacientes submetidos à CRM. Foi elaborado pelo grupo de estudos em qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde no Brasil (FLECK et al., 2000) e sua versão brasileira foi elaborada por Fleck (2000). É um instrumento de auto-avaliação e autoexplicativo, que demanda pouco tempo para seu preenchimento, mas com características psicométricas satisfatórias. As questões foram formuladas para uma escala do tipo *Likert*, com uma escala de intensidade (nada - extremamente), capacidade (nada - completamente), frequência (nunca - sempre) e avaliação (muito insatisfeito - muito satisfeito; muito ruim - muito bom). Encontra-se no ANEXO A.

4.7 Procedimentos para a coleta de dados

Os procedimentos para a coleta de dados iniciou-se com a observação quanto à rotina e a trajetória dos pacientes que procuraram tratamento da Clínica Cardíaca, no HUFM, a partir da triagem, os atendimentos foram realizados no Ambulatório, com os médicos cirurgiões e a presença da pesquisadora e aluna bolsista do PIBIC, nos dias: segunda, quarta e quinta-feira pela manhã. Após a consulta e a indicação de tratamento de Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (CRM), o paciente foi convidado pelas pesquisadoras a adentrar numa sala privada do Ambulatório. Foi chamado a participar da pesquisa, em seguida, foram explicados os passos da pesquisa: objetivos, o que se pretende avaliar. Foi apresentado e lido o documento TCLE, podendo o paciente aceitar ou recusar em participar das entrevistas. Após o aceite e assinatura no TCLE foram lidos e realizados: Questionário Sócio-demográfico, a Entrevista e a aplicação do inventário WHOQoL-bref. Para a coleta de dados, no Ambulatório, a aluna de graduação do PIBIC, foi treinada e supervisionada pela pesquisadora, aplicou em 30 pacientes: o TCLE, a Entrevista, o Questionário Sócio-demográfico e o WHOQoL-Bref.

4.8 Procedimentos para a análise de dados

Quanto à análise do questionário sóciodemográfico, as variáveis foram contabilizadas conforme o número de pacientes entrevistados de acordo com o item assinalado. Este procedimento resultou em porcentagens acerca do sexo, estado civil, nível de escolaridade, idade, religião, entre outros que possibilitaram a caracterização da amostra.

As entrevistas realizadas, na presente pesquisa, foram gravadas em fitas de áudio cassete e posteriormente transcritas, revisadas e organizadas pelas pesquisadoras para se adequar ao formato para a análise de conteúdo, segundo Bardin (2009) e Biasoli-Alves (1992). Neste estudo foram utilizadas para a análise qualitativa das transcrições duas perguntas sobre a percepção do paciente pré e pós-operatório (após três meses).

A análise do conteúdo se define, segundo Bardin (2009, p. 42) como:

“um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/reprodução das mensagens”

Os dados foram caracterizados ‘a posteriori’ onde se configuram em núcleos de significações, mediante as verbalizações produzidas pelos participantes. Desta maneira, para a operacionalização dos dados a análise foi organizada em três etapas: pré-análise, exploração do material ou a seleção das unidades de análise e análise e interpretação.

Na pré-análise foram feitas várias leituras de todo o material coletado, a princípio sem compromisso com o objetivo de sistematização, mas sim tentando apreender de uma forma global as idéias principais e os seus significados gerais. Essas leituras iniciais promoveram uma visão “descolada”, que permitiram a pesquisadora transcender a mensagem explícita e de uma forma menos estruturada já conseguir visualizar mesmo que primariamente, pistas e indícios, buscando agrupar os temas (assuntos) pela semelhança, para surgir as possíveis categorias (BARDIN, 2009).

Na segunda fase, a exploração do material completo, que incluem palavras, sentenças, frases, parágrafos, foram realizados recortes do texto. No segundo momento, a análise temática sofreu um processo dinâmico e indutivo de atenção através da quantificação e sistematização dos dados em categorias, na busca dos núcleos de compreensão do texto. A opção por essa ou aquela unidade temática, na presente pesquisa, foi estabelecida através da conjunção da interdependência entre os objetivos do estudo e as teorias explicativas adotadas ao longo da pesquisa para a contagem da frequência, como elemento temático.

Na terceira fase, análise e interpretação, emergiram as categorias do contexto das respostas dos participantes da pesquisa, o que inicialmente exigiu do pesquisador um intenso ir e vir ao material analisado e as teorias que embasaram o estudo. A pesquisadora propôs inferências

e realizou as interpretações previstas que permitiram posteriormente a discussão precisa das características relevantes do conteúdo.

No que se refere à análise quantitativa, utilizou-se o programa estatístico SPSS no intuito de analisar os dados do inventário de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde, WHOQoL- Bref.

4.9 Aspectos Éticos

Após o projeto ser submetido à análise do Comitê Ciências da Saúde (CAEE no. 0229.0.115.000 – 11 em 03 de agosto de 2011, ANEXOS B e C), foi apresentado o Termo de Concordância ao Hospital Universitário Dona Francisca Mendes (HUFM), com o objetivo de iniciar a pesquisa. As pesquisadoras, a profa. e a acadêmica do PIBIC, entraram em contato com a instituição, para que a mesma autorizasse o acesso às salas do Ambulatório e aos pacientes. Primeiramente planejou-se o agrupamento dos participantes da seguinte maneira: os mesmos pacientes que seriam submetidos à cirurgia de RM (n=15) responderiam as duas perguntas sobre a percepção quanto à qualidade de vida antes e depois da cirurgia. Porém, variáveis intervenientes no serviço da Clínica Cirúrgica impediram tal procedimento: a falta de recursos financeiros para a compra de material cirúrgico, férias dos médicos do serviço de cirurgia cardíaca, as viagens e imprevistos que impossibilitaram as consultas no referido ambulatório e conseqüentemente a diminuição do número de cirurgias, retardando as internações. Diante desta realidade, os pacientes pré-cirúrgicos que aceitaram participar da pesquisa receberam numeração seqüencial de 01 a 15; os próximos 15 participantes fizeram parte do grupo pós-cirurgia, após três meses no pós-operatório. Os pacientes foram selecionados conforme metodologia inicial.

Portanto, o grupo pré- cirúrgico foi composto por 15 pacientes e o grupo pós-cirúrgico também composto por outros 15 pacientes submetidos aos mesmos procedimentos médicos.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Inicialmente, serão apresentados os dados descritivos das variáveis estudadas nos pacientes pré-cirúrgicos (n= 15), com a finalidade de caracterizar a amostra.

5.1 Caracterização sóciodemográfica dos participantes

Participaram do estudo 30 pacientes sendo no pré-operatório (n= 15) e no pós-operatório (n=15). Os dados sócio-demográficos estão descritos na Tabela 1.

Tabela 1 – Variáveis sócio-demográficas, a partir da avaliação de pacientes submetidos à CRM dos grupos pré e pós-operatório (n= 30).

Variável	Grupo pré-operatório		Grupo pós-operatório	
	n	%	n	%
Sexo				
Masculino	8	53,3	13	86,6
Feminino	7	46,6	2	13,3
Total	15	100%	15	100%
Idade				
45-55	5	33,3	4	26,6
56-75	10	66,6	11	73,3
Total	15	100%	15	100%
Estado Civil				
Com companheiro/a	11	73,3	9	60
Sem companheiro/a	4	26,6	6	40
Total	15	100%	15	100%
Escolaridade				
Fund. Menor e Maior	14	93,3	12	80
Superior	1	6,6	3	20
Total	100%	100%	15	100%
Renda Familiar (salário mínimo)				
< 2	12	80	11	73,3
> 2	3	20	4	26,6
Total	15	100%	15	100%
Religião				
Católico	13	86,6	8	60

Não Católico	2	13,3	7	46,6
Total	15	100%	15	100%
Prática				
Sim	13	86,6	8	60
Não	2	13,3	7	46,6
Total	15	100%	15	100%

n= frequência; %= porcentagem

Destacam-se as principais frequências de ocorrências, quanto ao sexo, houve predomínio do masculino em ambos os grupos, isto é, dos 30 entrevistados 21 eram homens, representando 70% da amostra total. Os dados corroboram com os dados da pesquisa de Carvalho (2008) que verificou uma maior frequência da realização de CRM em homens, assim como Hayasida (2010) que obteve 64% da amostra total do mesmo sexo. Com relação à idade, no presente estudo houve um predomínio de participantes na faixa etária dos 56 a 65 anos (70%), sendo que os resultados no estudo de Feier et al. (2005) se aproximam destes com predomínio de 66 a 75 anos.

Com relação ao estado civil, renda familiar e escolaridade, houve um predomínio de participantes com companheiros (as), remuneração menor que dois salários mínimos e com escolaridade fundamental menor e maior. Quanto à religião, houve um predomínio de participantes católicos (70 %) que afirmam praticar sua religião. Esses dados corroboram com os achados de Hayasida (2010) que obteve o predomínio de (76%) de participantes católicos, evidenciando também em seu estudo pacientes com remuneração menor que dois salários mínimos, com escolaridade fundamental completa, e com companheiros (as).

6. Análise Qualitativa

Deu-se início à análise de categorias temáticas parciais (n=30), pacientes pré e pós- cirúrgicos) que serão apresentadas nas tabelas 1 e 2 abaixo, com as frequências de ocorrências.

Qual sua percepção sobre sua qualidade de vida antes da cirurgia?

Tabela 2 – Frequência das categorias temáticas das verbalizações dos pacientes no pré-operatório de Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (CRM) (n= 15).

Categoria	n	%
Estilo de vida	6	40
Suporte Social	3	20
Espiritualidade	2	13,3
Ser saudável	2	13,3
Desejo por autonomia	1	6,6
Preocupação com a cirurgia	1	6,6

n: frequência; % : porcentagem

Verificou-se com relação a percepção dos pacientes no pré-operatório sobre qualidade de vida que houve um predomínio de verbalizações na categoria *estilo de vida* (40%), em seguida *suporte social* (20%). As categorias *ser saudável* (13,3%) e *espiritualidade* (13,3%) apresentaram equilíbrio assim como as categorias *preocupação com a cirurgia* (6,6%) e *desejo por autonomia* (6,6%).

Abaixo transcreve-se exemplos das categorias com maior frequência de ocorrência.

Estilo de vida (40%)

“A minha qualidade de vida, ela tem mantido o mesmo padrão de quando eu estava em atividade [emprego]. Você sabe muito bem que quando você se aposenta cinquenta por cento o que você faturava não é a realidade, você num ganha isso do INSS. É por isso que eu faço acompanhamento[complemento financeiro] trabalhando, eu pego “capim”[dinheiro] na indústria farmacêutica, eu sempre sou chamado para trabalhar na indústria farmacêutica, então eu faço o complemento salarial, então a minha vida é muito boa.” (m, 70 a.)¹

Hayasida (2010) afirmou em seu estudo que mais da metade dos pacientes (72%) referiram carga horária e jornada de trabalho elevadas, assim como não ter férias anuais, fatores que podem comprometer a saúde cardiovascular e que corroboram a hipótese sobre fatores psicossociais na incidência da DAC constatados nos estudos de Chandola et al. (2008), Kuper e Marmont (2003) e Syme (2000).

Suporte Social (20%)

¹ Todas as falas dos participantes serão identificadas com a letra indicativa do sexo (m=masculino, f=feminino) e a idade em anos (ex: 50a). Outras informações serão acrescentadas quando necessárias, para contextualizar o exemplo.

“Isso! Cuidando [quis dizer sendo cuidada] das mãos dos “outro”. Né? Porque é muito ruim ser cuidado pelas mãos dos outros, tem pessoas que são boas, mas tem outras que não.” (f,52a)¹

Conforme pesquisa de Hayasida (2010), os efeitos do suporte social dependem da natureza do receptor e da origem do suporte. Pessoas pessimistas não se beneficiam do auxílio, pois o apoio recebido por amigos é mais eficaz do que o de estranhos.

Ser Saudável (13,3%)

“É... só pensar em ficar bom, né? Pensar em fazer o tratamento e ficar bom. Eu tô andando atrás, desde maio aqui [no hospital], hoje que eu consegui... falar com o médico.” (m, 65a)

Em si tratando de doenças crônicas, ser saudável representa aderir ao tratamento sendo fundamental para gerenciar uma doença. Gusmão e JR. (2006) afirmaram que o termo adesão ao tratamento se refere à numerosos outros comportamentos inerentes à saúde que vão além da prescrição medicamentosa como aspectos do próprio sistema de saúde, fatores socioeconômicos, além de aspectos relacionados ao paciente e a própria doença. Ressaltaram ainda que o projeto Adesão da Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua adesão como o grau em que o comportamento de uma pessoa representado pela ingestão de medicação, o seguimento da dieta, as mudanças no estilo de vida corresponde e concorda com as recomendações de um médico ou outro profissional de saúde.

Espiritualidade (13,3%)

“Eu percebo... é ter fé em Deus... e em ter minha saúde com a graça de Deus, que é o que eu peço de Deus todo dia.” (f,75a)

Panzini et.al. (2007) apud Epperly (2000) afirmaram que os profissionais da saúde reconhecem cientificamente o benefício da espiritualidade na terapêutica de qualquer doença. Os

médicos e os demais profissionais de saúde têm descoberto a importância da prece, da espiritualidade e da participação religiosa na melhora da saúde física e mental, bem como para responder a situações estressantes de vida.

Preocupação com a cirurgia (6,6%)

“Mais ou menos. ... eu fico um pouco preocupada, todo mundo diz que é uma cirurgia muito preocupante...” (f,73a)

Fighera e Viero (2005) apud Mello Filho (1997) salientaram que a ansiedade provocada pela possibilidade de uma intervenção cirúrgica pode afetar o paciente se este sentimento não for expresso e conscientizado. Similarmente Brunner e Suddarth (1998, p.314), ressaltaram “a ansiedade pré-operatória pode ser uma resposta antecipada a uma experiência que o paciente pode perceber como ameaçadora para o seu papel habitual na vida, para sua integridade corporal, ou mesmo para a própria vida”.

Desejo por autonomia (6,6%)

“Qualidade de vida pra mim é... não sei! ... depender de mim mesma. Poder fazer as coisas que gosto.” (f.,48a)

Hayasida (2010) ressaltou que a história clínica pode mobilizar maior nível de conscientização para a mudança de comportamento de modo que o paciente venha a conquistar uma posição normal e ativa à sua vida.

As definições das categorias da Tabela 2, da análise qualitativa, encontram-se no APÊNDICE C. Há exemplo de uma transcrição de entrevista no APÊNDICE D.

Qual sua percepção sobre sua qualidade de vida depois da cirurgia?

Tabela 3 – Frequência das categorias temáticas das verbalizações dos pacientes no pós-operatório de Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (CRM) (n= 15).

Categoria	n	%
Saúde para trabalhar	8	53,3
Ser saudável	4	26,6
Suporte Social	2	13,3
Espiritualidade	1	6,6

n: frequência; %: porcentagem

Verificou-se com relação à percepção dos pacientes no pós-operatório sobre qualidade de vida que houve um predomínio de verbalizações na categoria *saúde para trabalhar* (46,6%), em seguida *ser Saudável* (26,6%). A categoria *suporte social* foi referida com (13,3%) e a categoria *espiritualidade* (6,6%).

Abaixo transcreve-se exemplos das categorias com maior frequência de ocorrência.

Saúde para trabalhar (46,6%)

“Qualidade de vida para mim é a pessoa poder trabalhar, fazer as coisas dela, ser independente, você cozinhar, poder limpar sua casa, ter o seu dinheiro para gastar, comprar o que você quer com o seu dinheiro. Para mim isso aí é ter saúde...” (f,57a)¹

Hayasida (2010) apud Organização Pan-Americana de Saúde (2003) relatou que as DAC's podem ser prevenidas ou retardadas quando trabalhadas a partir da identificação dos fatores de risco envolvidos, contribuindo para a mudança de atitude das pessoas em relação à atividade física e à nutrição e para maior conscientização da população sobre os riscos.

Ser Saudável (26,6)

“Eu teria que... eu gostaria muito de poder fazer uma caminhada, de eu poder ir ao supermercado, entendeu? Ter minhas coisas, minhas contas eu mesmo ir pagar e tal ...poder fazer alguma coisa, mas eu não posso fazer nada disso. Primeiro que eu sinto uma dor terrível nas pernas! Minha perna foi agredida para tirar as safenas e eu tomei aqui no hospital uma infecção hospitalar... aí foi terrível passei quatro meses e agora que tá secando.” (m, 54 a)

Hayasida (2010) afirmou que há pesquisas que focalizam programas de reabilitação cardíaca, com atividades necessárias para garantir aos pacientes portadores da DAC melhores condições física, mental e social, de modo que o paciente venha a reconquistar uma posição normal e levar uma vida ativa e produtiva.

Suporte Social (13,3%)

“Qualidade de vida é... aquela vida que você leva com... mais prazer e apoio né? Onde você vai desfrutar das coisas que a vida lhe oferece mesmo né? [paciente gagueja] companheirismo, das amizades, dos amigos, da família né? Da igreja né? Dos companheiros de trabalho, isso tudo quando você tem uma qualidade de vida! No meu entendimento, você tem uma qualidade de vida, as coisas todas giram de uma boa forma ao redor de você.” (m,70a)

Hayasida (2010) apud Penninx (1999) assegurou que a interação de suporte social e recursos pessoais de enfrentamento podem contribuir minimizando o impacto da doença crônica sobre o estado mental. Os pacientes que possuem esses aspectos associados à elevada auto-estima e auto-eficácia apresentam risco menor de desenvolverem depressão.

Espiritualidade (6,6%)

“Porque se não fosse Deus adiante dos médicos também... quando eu fui para a sala de cirurgia eu orei e pedi: senhor trabalha nas mãos dos médicos meu Deus, para que eles possam fazer essa cirurgia e eu sair de lá com um bom resultado.” (f,64a)

Resultados semelhantes aos da presente pesquisa foram apresentados por Mahoney (2001) sobre ICC, ao observar que o diagnóstico e o tratamento cirúrgico desencadeiam impacto em pacientes e familiares, levando-os a procurar um sentido religioso para compreender os motivos do adoecimento e da ruptura deflagrada pelo diagnóstico. O vínculo religioso transmite valores básicos que amenizam as reações psicológicas em situações de crise.

As definições das categorias da Tabela 3, da análise qualitativa, encontram-se no APÊNDICE C.

7. Análise Quantitativa

Apresenta-se inicialmente, os principais dados obtidos nas análises efetuadas com as variáveis, para facilitar uma compreensão mais abrangente dos resultados.

Tabela 4 – Dados do Inventário WHOQoL-Bref para pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, no pré (n= 15) e pós-operatório (n= 15).

WHOQoL Geral			
Momento	n	Média	DP
Pré	15	77,8	14,92
Pós	15	81,6	14,53
WHOQoL Domínio Físico			
Momento	n	Média	DP
Pré	15	21,33	5,178
Pós	15	20,67	5,9
WHOQoL Domínio Psicológico			
Momento	n	Média	DP

Pré	15	20,4	3,355
Pós	15	22,13	4,897
WHOQoL Domínio Social			
Momento	n	Média	DP
Pré	15	10,47	2,85
Pós	15	10,67	2,469
WHOQoL Domínio Meio Ambiente			
Momento	n	Média	DP
Pré	15	25,6	5,409
Pós	15	28,13	3,583

n= número da amostra; M= média; DP= desvio padrão

7.1.1 WHOQoL: GERAL

No que se refere ao resultado geral do inventário Whoqol-Bref, obteve-se M= 77,8 no pré-operatório com DP= 14,92 e M= 81,6 com DP= 14,53 no pós-operatório. Estes dados apontaram que a qualidade de vida é percebida de forma positiva em ambos os grupos, sendo que nos pacientes que já foram submetidos à cirurgia mostra-se melhor do que em pacientes ainda não submetidos ao procedimento cirúrgico.

7.1.2 WHOQoL -1: Domínio físico

O domínio físico apresentou M= 21,33 com DP= 51,17 no pré-operatório e M= 20,67 com DP= 4,89 no pós-operatório. Observou-se que o grupo pré-operatório apresentou um escore maior em relação ao grupo pós-operatório, porém essa diferença é pouco significativa estatisticamente. Evidenciou-se que em si tratando de dor, fadiga, sono e repouso os dois grupos apresentaram níveis semelhantes de qualidade de vida.

7.1.3 WHOQoL- 2: Domínio psicológico

No domínio psicológico verificou-se $M=20,4$ com $DP=3,35$ no pré-operatório e $M= 22,13$ com $DP= 4,85$ no pós-operatório. Observou-se que o grupo pós-operatório apresentou uma média maior que o pré-operatório, sendo que os pacientes que submeteram a cirurgia apresentaram qualidade de vida superior para as funções pensar, aprender, memória, pensamentos positivos, auto-estima e aparência em relação aos que não submeteram ao procedimento cirúrgico.

7.1.4 WHOQoL- 3: Domínio social

No domínio social observou-se $M= 10,47$ com $DP= 2,85$ no pré-operatório e $M= 10,67$ com $DP= 2,46$ no pós-operatório. Houve, nos dois grupos diferenças pouco significativas estatisticamente, demonstrando assim que o suporte e o apoio social permanecem quase no mesmo nível em ambos.

7.1.5 WHOQoL – 4: Domínio meio ambiente

O domínio meio ambiente apresentou $M= 25,6$ com $DP= 5,4$ no pré-operatório e $M=28,13$ com $DP= 3,58$ no pós-operatório. Evidenciou-se que fatores como relações sociais, transporte, trânsito, segurança, clima, poluição entre outros apresentaram aumento nos valores para os pacientes pós-operatórios do que para os pré-operatórios.

8. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Neste estudo notou-se que de acordo com os dados coletados e analisados, é possível destacar melhoria na qualidade de vida de pacientes pós-cirúrgicos. O objetivo deste estudo foi analisar a percepção sobre a qualidade de vida de pacientes distintos em dois momentos de tratamento, pré e pós-cirúrgico da CRM.

Mediante os resultados obtidos através da análise do conteúdo, a percepção do paciente sobre sua qualidade de vida, apresentou-se em três categorias que se repetiram no momento pré e pós-operatório foram *ser saudável, suporte social e espiritualidade*. Estas categorias demonstram que ter saúde, sentir-se melhor e ter a possibilidade de retomar as atividades rotineiras, receber apoio e ser cuidado por outras pessoas, pela família e amigos e manter crenças e manifestações de fé em sua melhora são influenciadas pelo meio ambiente onde esses pacientes vivem e pela sensação de bem-estar neles provocadas, sendo a percepção de QV subjetiva e caracterizada também por fator psicológico. Salientamos que no WHOQoL o aumento significativo do valor no domínio psicológico também foi devido ao fato de os pacientes terem sobrevivido à cirurgia, que conforme Hayasida (2010) minimiza o nível de ansiedade decorrente do risco eminente de morte.

Na análise quantitativa, foram observados resultados positivos nos domínios 2 (psicológico) e 4 (meio ambiente), porém mostraram-se pouco significativos. Destaca-se que houve um aumento nos valores dos domínios no que diz respeito a sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, auto-estima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos, espiritualidade, religião, crenças, segurança física, proteção, ambiente físico e suas variáveis como poluição, ruído, trânsito, clima e transporte.

Com base nestes resultados sugere-se que seja avaliado o estilo de vida dos pacientes no pós-operatório em futuras pesquisas através de instrumentos específicos e de intervenção psicológica, considerando que o estudo de Ribeiro (1994) salienta que a intervenção para a

promoção da QV tem como foco a mudança de estilo de vida em geral no que se refere aos componentes físico-comportamentais, psicológicos e sociais. Assim como os achados de Hayasida (2010) apontam um efeito positivo da intervenção psicológica na melhoria da qualidade de vida.

Levando-se em consideração que a região amazônica onde essa pesquisa foi realizada é repleta de valores, costumes, hábitos e cultura peculiar, sugere-se que pesquisas futuras também considerem relevante o estilo de vida dos habitantes locais.

Em decorrência de mudanças no delineamento da pesquisa devido à variáveis intervenientes na coleta de dados já citadas anteriormente, sugere-se que outros estudos sejam realizados com a aplicação de outros instrumentos para avaliar a QV e com amostra maior de pacientes, nos dois momentos pré e pós-operatório e com um tempo alargado no pós-cirúrgico.

Em suma, os dados obtidos nos dois grupos pré e pós-operatório confirmam a hipótese testada de que há melhoria na qualidade de vida no momento pós-operatório em relação ao momento pré-operatório com pacientes distintos.

REFERÊNCIAS²

- ATKINSON & COL. **Introdução à Psicologia de Hilgard**. 13.ed. Artmed: 2002.
- BAGGIO, M. A. et al. Pré-operatório do paciente cirúrgico cardíaco: A orientação da enfermagem fazendo a diferença. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 22, n.1, p.122-139, janeiro 2001.
- BARDIN, L. **Análise do Conteúdo**. Lisboa: 2009.
- BECK, C. A. et al., Predictors of quality of life 6 months and 1 year after acute myocardial infarction. **American Heart Journal**, v. 146, n. 4, p. 646-652, 2001.
- BIASOLI-ALVES, Z. M.; DIAS DA SILVA, M. H. G. F. Análise qualitativa de dados de entrevista: uma proposta. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 1, n. 2, p.61-69, 1992.
- BITTAR, O. J. N. V. Qualidade de vida após revascularização do miocárdio. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, v. 7, n.1-8, 1992.
- BOCK, A. M. B. **Psicologias: uma introdução ao estudo de psicologia**. 14.ed. São Paulo: Saraiva, 2008.
- BRAILE E COL. História da cirurgia cardíaca. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia** volume 66, (nº 1), 1996.
- BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 8ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.
- CARVALHO, A. R. S. et. al. Investigando as orientações oferecidas ao paciente em pós-operatório de revascularização miocárdica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. 2008;10(2):504-512.
- COELHO, R. et al. Heart failure and health related quality of life. **Clinic Practice Epidemiological Mental Health**. 2005; 4:1-19.
- COLOMBO, R.C.R.; AGUILLAR, O.M. Estilo de vida e fatores de risco de pacientes com primeiro episódio de infarto agudo do miocárdio. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 2, p. 69-82, abril 1997.
- DANTAS, R. A. S.; MOTZER, S. A.; CIOL, M. A. The relationship between quality of life, sense of coherence and self-esteem in persons after coronary artery bypass graft surgery. **Intensive Journal Nursing Study**, v. 39, n. 7, p. 745-55, 2002.

²GUIA PARA NORMALIZAÇÃO DE RELATÓRIOS TÉCNICOS CIENTÍFICOS. Versão final. Manaus: EDUA, 2003.

DANTAS, R. A. S.; AGUILLAR, O. M. Problemas na Recuperação de Pacientes Submetidos à Cirurgia de Revascularização do Miocárdio: O acompanhamento pelo Enfermeiro Durante O Primeiro Mês Após a Alta Hospitalar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** v.9 n.6 Ribeirão Preto nov. 2001.

DEMPSTER, M.; DONNELLY, M. Measuring the health-related quality of life of people with ischaemic heart disease. **Heart**. 2000; 83: 641-4.

FEIER, F.H et. al. Modificações no perfil do paciente submetido à operação de revascularização do miocárdio. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular** vol.20 no.3 São José do Rio Preto July/Sept. 2005.

FIGHERA, J. ; VIERO, E. V. Vivências do paciente com relação ao procedimento cirúrgico: fantasias e sentimentos mais presentes. **Revista SBPH** volume 8 n.2, Rio de Janeiro, dezembro 2005.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 178-83, 2000.

FERREIRA, A. B. D. H. **Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Positivo, 2008.

GUSMÃO, J. L.; JR, D. M. Adesão ao tratamento- conceitos. **Revista Brasileira de Hipertensão**. v. 13 (1): 23-25, 2006.

GUYATT, G. H. Measurement of health-related quality of life in heart failure. **Journal American College Cardiology** 1993; 22: 185 A-91.

GALLANI, M. C. et al. Quality of Life in coronary patients. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.56, n. 1, p.40-43, 2003.

GOIS, C.F.L; DANTAS, R.A.S. Estressores em uma Unidade Pós-operatória de Cirurgia Torácica: Avaliação da Enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** 2004 janeiro-fevereiro; 12(1):22-7.

GONÇALVES, FDP; MARINHO, PEM; MACIEL, MA; GALINDO FILHO, VC; DORNELAS DE ANDRADE, A. Avaliação da Qualidade de Vida Pós-cirurgia Cardíaca na Fase I da Reabilitação através do Questionário MOS SF-36. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, vol. 10, núm. 1, 2006, pp. 121-126. Associação Brasileira de Pesquisa e Pós-Graduação em Fisioterapia São Carlos, Brasil.

HAYASIDA, N. M. A. Intervenção cognitivo-comportamental pré e pós-cirurgia de Revascularização do Miocárdio em Manaus/AM. **Tese de doutorado**. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

HERLITZ, J. et al. Determinants for an impaired quality of life 10 years after coronary artery bypass surgery. **International journal of Cardiology**, v. 98, n.3, p. 447-452, 2005.

KLEIN, C. H. e ARAÚJO, J. W. G. Fumo, bebida alcoólica, migração, instrução, ocupação, agregação familiar e pressão arterial em Volta Redonda. **Caderno de Saúde Pública**, 1 (2): 160, 1985.

LALONDE, L. et al. Health-related quality of life coronac patients with dislipidemia and hypertension. **Quality of Life Research**, v. 13, n. 4, p. 793-804, 2004.

LUPATINI FILHO, J.O. et al. Síndrome Metabólica e Estilo de Vida. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS) 2008 mar; 29 (1) 113-20.

MAGEDANZ, E.H. et al. Elaboração de Escore de Risco para Mediastinite Pós-Cirurgia de Revascularização do Miocárdio. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular** 2010; 25(2): 154-159.

MURRAY, C. et al. **The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from disease, injuries and risk factors in 1999 and projected to 2020**. Cambridge (MA): Havard University Press, 1996.

NORONHA, J. C. D. Utilização de Indicadores de Resultados para a Avaliação da Qualidade em Hospitais de Agudos: Mortalidade Hospitalar após Cirurgia de Revascularização do Miocárdio em Hospitais Brasileiros. **Tese de Doutorado** apresentada ao Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, março de 2001.

PANZINI, R.G. et al. **Revista de Psiquiatria Clínica** 34, s.1; 105-115, 2007.

RANGÉ, B. e cols. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. In: MIYAZAKI, M.C.O.; DOMINGOS, N.M.; CABALLO, V.E.; VALERIO, N.I. Psicologia da saúde. Intervenções em hospitais públicos. Porto Alegre : ARTMED, 2010.

RIBEIRO, J. L. P. A Importância da Qualidade de Vida para a Psicologia da Saúde. **Análise Psicológica** (1994), 2-3 (XII): 179-191.

SCHLENK, E. A. et al. Health-related quality of life: the heart and soul study. **JAMA**, v. 290, n. 2, 290, p. 215-221, 1998.

STEWART, A. L. et al. Functional Status and Well-Being of patients with chronic conditions. Results from the Medical Outcomes Study. **JAMA**, v. 262, n. 7, p. 907-913, 1989.

THOMPSON, D. R. Measuring quality of life in patients with coronary heart disease. **European Heart Journal**, v. 19, n. 5, p. 693-695, 1998.

TORRES, M. S. et al. Health-related quality of life in coronary heart disease compared to norms in spanish population. **Quality of Life Outcomes**, v. 13, n.8, p. 1401-1407,2004.

US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **Public Health Service: Health People 2000: midcourse review and 1995 revisions.** Boton: Jones and Bartlett, 1996.

VACCARINO, V. et al. Sex differences in health status after coronary artery bypass surgery. **Circulation**, v. 108, n. 21, p.242-2647, 2004.

VARGAS, T.V.P.; DANTAS, R.A.S; GOIS, C.F.L. A auto-estima de indivíduos que foram submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio. **Revista da Escola de Enfermagem USP** 2005; 39(1): 20-27.

WHO. **World Health Statistics Annual 1991.** Geneva: World Health Organization, 1992.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A pesquisadora Nazaré Maria de Albuquerque Hayasida pede autorização para coletar informações que irão ajudar na realização das atividades do Projeto de Pesquisa “**Qualidade de Vida em pacientes submetidos à Revascularização Cirúrgica no Miocárdio**”.

O (A) Sr. (Sra.) será entrevistado (a), através de um questionário, com perguntas para assinalar, que exigem pensamento, sobre esse momento de tratamento, ansiedade, depressão e sua vida em geral. Não se espera causar nenhum desconforto ou risco, podendo esta tarefa ser interrompida a qualquer momento visando o seu bem-estar. O seu nome não será divulgado e as informações obtidas são de caráter sigiloso, utilizados apenas para fins científicos.

Se o (a) Sr. (Sra.) autorizar esta coleta, serão realizadas duas entrevistas antes e depois da cirurgia, essas informações servirão para compararmos com as informações de outras de outras pessoas que também farão a mesma cirurgia.

Mesmo após sua autorização, terá o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, independente do motivo e sem prejuízo do atendimento fornecido pela pesquisadora. Você não terá nenhuma despesa e também nenhuma remuneração. Conseqüentemente, a vantagem de sua participação é apenas de caráter científico ao auxiliar este estudo que poderá proporcionar no futuro, atividades relacionadas ao tratamento.

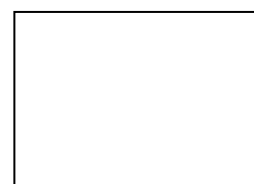
Os resultados da pesquisa serão analisados e divulgados, porém sua identidade será mantida em sigilo para sempre. Se você quiser saber mais detalhes e os resultados da pesquisa, faça contato com o (a) pesquisador (a) pelo telefone (92) 3657.5192/ 9209.1983 ou na Rua Rio Madeira, 142 – Bairro Vieiralves.

Consentimento Após-Informação

Eu, _____, por me considerar devidamente informado e esclarecido sobre o conteúdo deste documento e da pesquisa a ser desenvolvida, livremente dou meu consentimento para inclusão como participante da pesquisa e atesto que me foi entregue uma cópia desse documento.

Assinatura----- ou

Data ____/____/____



Impressão do dedo polegar

 Pesquisadora Responsável
 Nazaré Ma. de Albuquerque Hayasida

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

ROTEIRO DE ENTREVISTA No. (Ver termo de Consentimento): _____ Data _____

Entrevistador: _____ Duração da entrevista: _____ hs. _____

1. Nome: _____

Sexo: _____ 3. Idade: _____ Telefone: _____ próprio () recado () _____

Endereço: _____

2. Estado Civil: _____

3. Escolaridade:

() 1ª. a 4ª. séries completos () 1ª. a 4ª. séries incompletos

() 5ª. a 8ª. séries completos () 5ª. a 8ª. séries incompletos

() Ensino Médio completo () Ensino Médio incompleto

() Superior completo () Superior incompleto

() Não frequentou a escola

4. Renda familiar:

() menor que 2 salários mínimos

() entre 2 e 4 salários mínimos

() entre 3 a 5 Salários mínimos

() acima de 6 salários mínimo

() não sabe referir

5. Religião _____ () praticante () não praticante

6. Atualmente está empregado? () sim não ()

7. Profissão: _____ Função: _____

8. Tem mais de um emprego? () sim () não Quantos? _____

9. Jornada diária de trabalho: _____

10. Férias: () sim () não

11. Com que frequência: _____

12. Há quanto tempo: _____ Por que? _____

13. Anos da doença: _____

14. Gravidade da doença: _____

15. Outras doenças:

() diabetes

() hipertensão

() obesidade/ colesterol

() sedentarismo ou não prática de atividade física

() tabagismo

() álcool

() histórico familiar

() outros (especificar)

16. Outros fatores:

() estresse

() família

() fato desagradável

() comportamento

() trabalho

17. IMC: _____

APÊNDICE C- Definições das categorias das questões 1 e 2, sobre a percepção da qualidade de vida antes e depois da cirurgia.

Estilo de Vida

Reúnem-se aqui verbalizações dos pacientes acerca de seus comportamentos e hábitos alimentares, atividades físicas, laborais, entre outras as quais consideram relevantes para sua vida.

Suporte Social

Incluem-se aqui relatos dos pacientes que receber apoio social e ser cuidado por outras pessoas, ter uma companheira, desfrutar de amizades, da família e receber atenção dos técnicos da saúde influenciam positivamente na qualidade de vida.

Espiritualidade

Esta categoria reúne verbalizações acerca das crenças e manifestações de fé e de esperança quanto à sua melhora.

Preocupação com a cirurgia

Englobam-se aqui relatos dos pacientes sobre a apreensão em serem submetidos a cirurgia, em ter condições de realizar atividades rotineiras e preocupações quanto aos cuidados e os cuidadores no período de convalescência.

Desejo por autonomia

Reúnem-se nesta categoria, verbalizações dos pacientes referentes à sua dependência versus independência para realizarem as atividades cotidianas.

Saúde para trabalhar

Nesta categoria os pacientes relatam que a melhora da saúde contribuirá na execução da atividade laboral, da remuneração para o próprio sustento.

Ser saudável

Incluem-se aqui verbalizações acerca do desejo de ter saúde, de se sentir melhor para que possam retomar as práticas das atividades que exerciam antes do adoecimento.

APÊNDICE D- Exemplo de uma transcrição.

Data:13/03/2012

C.B.F. 57a, feminino

Pesquisadora: Dona Cosminha, agora depois dessa cirurgia, como é que a senhora percebe a sua qualidade de vida?

Paciente: Eu percebo que... eu podia tudo né? E hoje eu não posso nada, eu tô indefesa até de mim mesma.

Pesquisadora: Indefesa da senhora? Como é que é indefesa da senhora?

Paciente: A minha indefesa é assim, que eu não posso me defender qualquer coisa eu tô chorando entendeu? Então eu tô indefesa, eu tô o mesmo que aquelas criança entendeu? Tem que uma pessoa tá me defendendo.

Pesquisadora: Tem que ter alguém para lhe defender?

Paciente: Isso, falar mais alto né? Se expressar melhor, é assim que a minha filha tá lutando né? Ela se expressa mais do que eu.

Pesquisadora: Como assim ela se expressa?

Paciente: Ela fala mais grosso, mais alto, me olha, “é assim que vai ser”, “mamãe não, tem que ser assim e assim” .

Pesquisadora: Ah, ela fala para a senhora o que a senhora tem que fazer é isso?

Paciente: Isso.

Pesquisadora: E como é que é? pelo o que a senhora chora? O que que lhe falam que a senhora chora?

Paciente: Não é assim... quando falam “puxa eu tô cansada, mas a senhora não pode fazer isso né?”. Aí eu me sinto tão inútil, aí me dá aquela vontade de chorar... antes eu podia tudo né? Agora eu não posso nada né? Aí eu me acho indefesa nessa parte aí, eu digo oh meu Deus tô tão indefesa. Não tô podendo fazer as minhas coisas, nem para mim comer.

Pesquisadora: Se sente inútil?

Paciente: É. Não tô me sentindo útil. Eu não posso nada! Até para trocar de roupa, as minhas filhas que tem que me trocar, me dar banho. Não posso sentar como eu sentava, não posso fazer nada.

Pesquisadora: Tomar todo o cuidado né?

Paciente: Tomar todo o cuidado. Se é para tossir tem que pôr né? Agarrar [faz gesto cruzando os braços no tórax para exemplificar]. Deitar do jeito que eu gosto não posso, tenho que deitar de peito para cima e cansa.

Pesquisadora: A senhora era acostumada a dormir em cama mesmo?

Paciente: De cama, mas de lado. Agora é de peito para cima. Minha filha não quer que eu sente muito na cadeira, se não com a perna para cima né?, tudo é apoiado, tu sabe que tudo é apoiado.

Pesquisadora: Por causa da perna que ainda tá sarando né?

Paciente: E por incrível que pareça abriu ontem os “ponto” todinho. Tava tão bem, queria que tu visse. Aí eu fiquei tão triste, tão magoada, tava orando para tudo quanto é servo que eu quero ir embora para a casa da minha mãe, quero deixar vocês viverem a vida de vocês. [Paciente fala para os filhos que a cuidam]

Pesquisadora: A senhora mora no interior é?

Paciente: Em tabatinga.

Pesquisadora: A senhora veio para cá só para fazer o tratamento?

Paciente: Não, não. Eu já... eu morava aqui. Mas agora depois que liberarem tudo, eu quero voltar para casa da minha família, com os meu pais né? Que eu ainda tenho pai vivo né?.

Pesquisadora: E o que é qualidade de vida para a senhora dona Cosminha? É a sua opinião mesmo, o que a senhora percebe que é qualidade de vida?

Paciente: Para mim qualidade de vida eu queria viver bem, eu queria ter um trabalho, eu queria ter uma ganho né? Coisa que eu não tenho, não sou aposentada, não tenho o meu salário né? Isso é difícil para uma pessoa. Isso é difícil.

Pesquisadora: Mas antes da sua cirurgia, a senhora trabalhava, tinha alguma renda?

Paciente: Eu trabalhava, eu tinha renda, eu trabalhava né? Eu trabalhava na construção civil, criei meus filhos todinhos em construção civil. Depois que eu parei de trabalhar na lavanderia eu fui para a cozinha.

Pesquisadora: Hum. Cozinheira?

Paciente: É. Eu cozinhava. Então agora é difícil, você sabe o dinheiro não é seu, é dos outros, você não pega na hora que você quer né? E tem também aquele limite para gastar né?

Pesquisadora: Entendo. Antes a senhora tinha o seu dinheiro, antes de fazer a cirurgia?

Paciente: É. Antigamente eu tinha o meu dinheiro, gastava com o que eu queria, comprava o que eu queria, tinha o que eu queria. Agora é assim, é tudo limitado, olha isso aqui é para isso, para isso e para isso. Já vem naquela... aí eu fico irritada com isso.

Pesquisadora: Se sente irritada?

Paciente: É.

Pesquisadora: Que é que tá lhe ajudando financeiramente agora?

Paciente: Bem... meus filhos.

Pesquisadora: Seus filhos mesmo, comprando as coisas, lhe ajudando.

Paciente: É. Financeiramente.

Pesquisadora: Mas o médico disse se a senhora vai poder voltar a trabalhar?

Paciente: Não. Não conversou sobre isso.

Pesquisadora: E a senhora perguntou?

Paciente: Não, também não perguntei né? Vou fazer meus exames todinhos, deixar passar essa fase todinha que eu tô passando né? aí depois que eu vou chegar com ele e conversar.

Pesquisadora: Perguntar né?

Paciente: É. Perguntar sobre isso aí. Eu espero que eu fique bem né? Que eu possa fazer todas as minhas coisas em casa né? Que eu fique em casa mesmo.

Pesquisadora: Aqui em Manaus?

Paciente: Aqui em Manaus, na minha casa mesmo.

Pesquisadora: A senhora quer voltar para a sua casa?

Paciente: Eu tô na minha casa. A minha filha que veio de lá de onde ela morava para cuidar de mim até eu ficar boa, entendeu?

Pesquisadora: Entendo.

Paciente: “Enquanto a senhora não ficar boa, eu não saio daqui, quando a senhora ficar boa eu vou viver a minha vida, a senhora vai viver a sua e eu vou viver a minha.” [Paciente reproduz a fala da filha].

Pesquisadora: A senhora trabalhava como cozinheira até antes da cirurgia?

Paciente: É. Até antes da cirurgia, cinco anos, três anos antes da cirurgia eu trabalhava na cozinha. Depois eu comecei a me sentir mal, aí eu parei, parei porque eu não podia mais estar na quentura né? Eu não podia mais carregar peso, fiz um cateterismo também né?

Pesquisadora: Entendo. Aí, desde aí a senhora ficou sem trabalhar?

Paciente: Fiquei sem trabalhar.

Pesquisadora: E como é que tá sendo para a senhora isso?

Paciente: Isso daí tá sendo muito difícil para mim. Às vezes eu aceito, às vezes eu não aceito, é difícil. Olha para um lado, olha para o outro e vê que fica faltando o seu braço mesmo. Mesmo que os meus filhos graças a Deus eles não tem deixado faltar entendeu? Tem dois que me cuidam demais, o do meio e esse que casou, eles abrem vêem tudo o que tá faltando em casa, tá

faltando isso, isso e isso, liga, vamos lá, fulano dá tanto, tu dá tanto, eu dou tanto, “bora” preencher o vazio aqui dentro. Tá faltando pagar luz e água, o gás da mamãe, vamos lá.

Pesquisadora: Ela providencia, a sua filha.

Paciente: É. Mas é como eu tô te dizendo...

Pesquisadora: A senhora sente falta de alguma coisa?

Paciente: Eu sinto falta do meu dinheiro mesmo para mim gastar. Do meu trabalho mesmo, que eu gosto da minha casa bem organizadinha, bem arrumadinha, bem limpinha também. Toda semana eu boto meus objetos em casa.

Pesquisadora: A senhora sente falta de alguma coisa?

Paciente: Sinto falta, meus filhos arrumam, mas não arrumam como eu.

Pesquisadora: Então a senhora definiria qualidade de vida como? Para a senhora o que é qualidade de vida?

Paciente: Qualidade de vida para mim é a pessoa poder trabalhar, fazer as “coisa” dela ser independente, você cozinhar, poder limpar sua casa, ter o seu dinheiro para gastar, comprar o que você quer com o seu dinheiro. Para mim isso aí é...

Pesquisadora: Para a senhora qualidade de vida é tudo isso, é poder trabalhar, ter seu dinheiro e fazer suas coisas.

Paciente: Isso. Fazer as minhas coisas.

Pesquisadora: E agora, como é que ta a sua qualidade de vida?

Paciente: Tá péssima, não posso fazer nada.

Pesquisadora: A senhora tem alguma coisa disso que a senhora falou para mim de poder fazer as suas coisas, ter seu dinheiro? [silêncio] tem? Tem tido isso agora?

Paciente: Eu não tenho essa coisa que eu queria ter não.

Pesquisadora: Para a senhora ta péssima então a sua qualidade de vida?

Paciente: Tá péssima essa coisa agora. Essa fase, esses gastos aí, remédio para cá, remédio para ali, é difícil até chegar na minha mão né?

Pesquisadora: Entendo.

ANEXOS

ANEXO A - Inventário de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde – WHOQoL-Bref

WHOQoL-Abreviado

Nome _____ Reg. HUFM Paciente _____ -Exam. _____

Avaliação: Única () 1ª () 2ª () Data ____/____/2011

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como v. avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisf.	insatisf.	nem satisf. nem insat.	satisf.	muito satisf.
2	Quão satisfeito (a) v. está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto v. tem sentido algumas coisas nas últimas 2 semanas.

		Nada	muito pouco	mais ou menos	Bastante	extremam/
3	Em que medida v. acha que sua dor (física) impede v. de fazer o que v. precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto v. precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto v. aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida v. acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto v. consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro (a) v. se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente v. tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas 2 semanas.

		nada	muito pouco	Médio	muito	completamente
10	V. tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	V. é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	V. tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para v. estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito v. se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas 2 semanas.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem bom	Bom	muito bom

15	<i>Quão bem v. é capaz de se locomover?</i>	1	2	3	4	5
----	---	---	---	---	---	---

		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito (a) v. está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito (a) v. está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) v. está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) v. está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) v. está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) v. está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) v. está com o apoio que v. recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) v. está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) v. está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) v. está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se à com que frequência v. sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas 2 semanas.						
		nunca	algumas vezes	freqüentem/	muito freqüente/	Sempre
26	Com que frequência v. tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

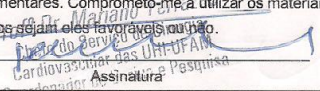
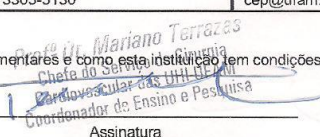
Domínio:

Físico _____ **Psicológico** _____ **Relações Sociais** _____

Meio ambiente _____ **Geral** _____



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS					FR - 420342	
Projeto de Pesquisa Qualidade de Vida em pacientes submetidos à Cirurgia de Revascularização no Miocárdio						
Área de Conhecimento 7.07 - Psicologia				Grupo Grupo III	Nível	
Área(s) Temática(s) Especial(s)					Fase Não se Aplica	
Unitermos Qualidade de vida; revascularização no miocárdio; psicologia						
Sujeitos na Pesquisa						
Nº de Sujeitos no Centro 15	Total Brasil 15	Nº de Sujeitos Total 15	Grupos Especiais			
Placebo NAO	Medicamentos HIV / AIDS NÃO	Wash-out NÃO	Sem Tratamento Específico NÃO	Banco de Materiais Biológicos NÃO		
Pesquisador Responsável						
Pesquisador Responsável Nazaré Maria de Albuquerque Hayasida			CPF 312.547.644-53	Identidade 1121959-9		
Área de Especialização PSICOLOGIA CLÍNICA, HOSPITALAR			Maior Titulação DOUTORADO	Nacionalidade BRASILEIRA		
Endereço ALAMEDA CÍCERO DIAS, CASA 07, QUADRA D, CONDOMÍNIO TAPURANGA 3, NO. 1997			Bairro PONTA NEGRA	Cidade MANAUS - AM		
Código Postal 69049-630	Telefone 92.32332829 / 92.36575192	Fax 92.32331001	Email hayasidanazare@hotmail.com			
Termo de Compromisso						
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Data: 04/07/2011						
 Assinatura						
Instituição Proponente						
Nome Universidade Federal do Amazonas - UFAM			CNPJ 04.378.626/0001-97	Nacional/Internacional Nacional		
Unidade/Órgão Hospital Universitário Dona Francisca Mendes - HUFM			Participação Estrangeira NÃO	Projeto Multicêntrico NÃO		
Endereço Rua Teresina, 495			Bairro Adrianópolis	Cidade Manaus - AM		
Código Postal 69057-070	Telefone (92) 3305-5130	Fax (92) 3305-5130	Email cep@ufam.edu.br			
Termo de Compromisso						
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução. Nome: Data: 04/07/2011						
 Assinatura						

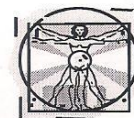
O Projeto deverá ser entregue no CEP em até 30 dias a partir de 18/04/2011. Não ocorrendo a entrega nesse prazo esta Folha de Rosto será INVALIDADA.

Voltar

IMPRIMIR



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/UFAM



PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas aprovou, em reunião ordinária realizada nesta data, por unanimidade de votos, o Projeto de Pesquisa protocolado no CEP/UFAM com CAAE nº. 0229.0.115.000-11, intitulado: **“QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES SUBMETIDOS À CIRÚRGIA DE REVASCULARIZAÇÃO NO MIOCÁRDIO”**, tendo como Pesquisador Responsável Nazaré Maria de Albuquerque Hayasida.

Sala de Reunião da Escola de Enfermagem de Manaus – EEM da Universidade Federal do Amazonas, em Manaus/Amazonas, 03 de agosto de 2011.

A handwritten signature in black ink, appearing to be "P. J. Cavalcante Monteiro".

Prof. MSc. Plínio José Cavalcante Monteiro
Coordenador CEP/UFAM

AGRADECIMENTOS

À Deus por ter me amparado em todos os momentos de minha vida.

À minha família por ter contribuído com o meu desenvolvimento como ser humano e com a minha formação acadêmica.

À minha mãe Denilse pela dedicação, amor e carinho na minha criação. Ao meu querido e amado avô por ter dado sempre o seu melhor para mim.

À Rafael Carvalho por ser muito mais que um namorado, e sim um companheiro para a vida inteira.

À minha madrinha Angela por sua cumplicidade, apoio e amor em todos os momentos de minha vida.

À minha querida amiga Paula Caroline pela paciência sem limites, ajuda nos momentos mais tensos durante a elaboração do trabalho e pelo olhar amigo e compreensivo nos momentos de desespero.

À amiga querida Rosenilda Freitas por sua presteza no auxílio com as dificuldades encontradas no percurso do trabalho.

À amiga querida Ellen Belmonte pela ajuda nas traduções.

Aos estimados colegas de pesquisa Norcício Silva Queiroz e Sandokan Cavalcante Costa pelo apoio na coleta de dados e parceria durante pesquisa.

À estimada professora e orientadora Nazaré Hayasida por ter sido muito mais que uma mestra em seus ensinamentos e sim uma verdadeira incentivadora e apoiadora. E principalmente por ter acreditado em mim e no meu potencial como acadêmica.

À Universidade Federal do Amazonas por ter me proporcionado a oportunidade de desenvolver esse trabalho, bem como à Coordenação do CNPq, pela concessão da bolsa do PIBIC, ambos viabilizaram a realização desta pesquisa.

À equipe de cirurgia cardíaca do Hospital Universitário Dona Francisca Mendes- HUFM, prof. Dr. Mariano Terrazas, Dr. Marcelo Souza, Dr. Luís Alberto Saraiva e Dr. Fausto Pina.

Aos recepcionistas do ambulatório do HUFM, Lúcia, Priscila e Leandro.

Aos pacientes que aceitaram colaborar com a pesquisa e dedicar um pouco do seu tempo e paciência para responder às perguntas da pesquisa.

O meu muito obrigada!!!