

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA
MESTRADO PSICOLOGIA DA SAÚDE

TESE DE MESTRADO

O Impacto Da Cirurgia Cardíaca Na Qualidade De Vida Dos Sujeitos
Submetidos a Cirurgia Coronária ou Valvular

Joana Ribeiro Martins Pombo 1711

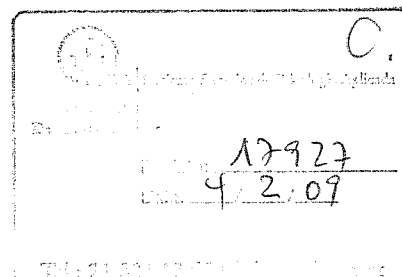


ORIENTADOR: Professor Doutor José Luís Pais Ribeiro

Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Outubro de 2008



AGRADECIMENTOS

Os meus agradecimentos dirigem-se:

Ao Professor José Luís Pais Ribeiro, orientador deste estudo, pelo apoio e disponibilidade nos momentos de dúvida, pelo material de trabalho que gentilmente cedeu.

Ao Dr. Manuel Pedro Magalhães, Director Clínico do Hospital da Cruz Vermelha e Coordenador do Serviço de Cirurgia Cardiorácica, pelas condições de trabalho dispensadas, bem como pelo estímulo e incentivo à realização deste estudo.

A todos os pacientes que colaboraram comigo.

Ao meu marido, Luís e às minhas filhas, Catarina e Matilde.

À minha mãe, Teresa Ribeiro, pela revisão cuidadosa que fez do trabalho.

Índice

Lista de Quadros	3
Resumo	5
Abstract	7
INTRODUÇÃO	8
PROMOÇÃO DA SAÚDE, SAÚDE, DOENÇA E QUALIDADE DE VIDA	12
Qualidade de Vida: Evolução Histórica do Conceito	18
Qualidade de Vida no Contexto dos Cuidados de Saúde	35
A Avaliação da Qualidade de Vida	41
Modelos de Intervenção na Promoção da Qualidade de Vida nas Doenças Crónicas	44
Qualidade de Vida e Doença Crónica	46
A Reabilitação	49
<i>A Doença Crónica e os seus Condicionismos Físicos</i>	49
<i>A actividade Profissional na Doença Crónica</i>	51
<i>O Suporte Social e as Interações Sociais</i>	51
O SISTEMA CARDIOVASCULAR	53
<i>O Coração</i>	53
<i>A Circulação Sanguínea</i>	54
<i>Insuficiência Cardíaca</i>	55
<i>A Doença Cardíaca Coronária</i>	56
<i>Consequências da Doença Coronária</i>	58
<i>Formas de Tratamento</i>	60
<i>As Doenças Valvulares</i>	62
Regurgitação Aórtica	63
Estenose Aórtica	63
Regurgitação mitral	64
Estenose mitral	64
A substituição das válvulas cardíacas	64
<i>A Reabilitação Cardíaca</i>	65
As Doenças Cardíacas e a Adaptação/Apoio Psicossocial	66
QUALIDADE DE VIDA E DOENÇA CARDÍACA	68
Qualidade de vida, Doença Crónica e Variáveis Psicológicas	68
<i>Qualidade de Vida na Doença Coronária</i>	68
<i>Depressão, Angústia e Qualidade de Vida na Doença Cardíaca</i>	70
<i>O impacto da cirurgia na Qualidade de Vida</i>	76
<i>Qualidade de Vida, Cirurgia Cardíaca e Género</i>	88
<i>A cirurgia cardíaca nos Idosos</i>	91
Problema	96
Objectivos	96

Questões de Investigação	97
METODOLOGIA	98
Sujeitos	99
<i>Seleção e Caracterização da Amostra</i>	99
<i>Caracterização da amostra</i>	99
Medidas	103
Instrumento	104
<i>Descrição da Escala</i>	105
Componente Física	105
Componente Emocional	106
Planificação	108
PROCEDIMENTO	110
RESULTADOS	112
<i>Impacto global na percepção da Qualidade de Vida</i>	113
Variável Sexo	117
<i>Impacto das variáveis Sócio-demográficas na Qualidade de Vida</i>	120
Variáveis Sócio-Demográficas	121
Idade	121
Escolaridade	123
Situação Familiar	127
Situação Profissional	131
<i>Variáveis Clínicas</i>	136
Vasos coronários com doença	137
Factores de risco	138
DISCUSSÃO	140
<i>Síntese</i>	153
<i>Comentário final e perspectivas de trabalho futuro</i>	155
Referências	156
ANEXOS I	167
<i>Questionário Demográfico</i>	167
<i>Variáveis Clínicas</i>	167
ANEXO II	168
<i>Questionário de Qualidade de Vida SF-36</i>	168

Lista de Quadros

<i>Quadro 1</i> Características Sócio-demográficas _____	100
<i>Quadro 2</i> Características Clínicas Pré-Operatórias _____	101
<i>Quadro 3</i> Características Clínicas Pré-Operatórias Factores de Risco _____	102
<i>Quadro 4</i> Comparação das médias nas diferentes dimensões da Qualidade de Vida do SF-36 em sujeitos submetidos a revascularização coronária e sujeitos submetidos a cirurgia valvular no período pré-operatório _____	114
<i>Quadro 5</i> Comparação de médias nas diferentes dimensões da Qualidade de Vida do SF-36 em sujeitos submetidos a revascularização coronária e sujeitos submetidos a cirurgia valvular 6 meses após a intervenção _____	115
<i>Quadro 6</i> Comparação das médias nas diferentes dimensões da Qualidade de Vida do SF-36 em sujeitos submetidos a revascularização coronária antes e depois da cirurgia _____	115
<i>Quadro 7</i> Comparação das médias nas diferentes dimensões da Qualidade de Vida do SF-36 em sujeitos submetidos a cirurgia valvular 6 meses antes e 6 meses após a cirurgia _____	116
<i>Quadro 8</i> Comparação das médias dos sujeitos em relação ao sexo nas diferentes dimensões da Qualidade de Vida do SF-36 em sujeitos submetidos a cirurgia coronária 6 meses antes da cirurgia _____	117
<i>Quadro 9</i> Comparação das médias dos sujeitos em relação ao sexo nas diferentes dimensões da Qualidade de Vida do SF-36 em sujeitos submetidos a cirurgia coronária 6 meses depois da cirurgia _____	118
<i>Quadro 10</i> Comparação das médias dos sujeitos em relação ao sexo nas diferentes dimensões da Qualidade de Vida do SF-36 em sujeitos submetidos a cirurgia valvular antes da cirurgia _____	119
<i>Quadro 11</i> Comparação das médias dos sujeitos em relação ao sexo nas diferentes dimensões da Qualidade de Vida do SF-36 em sujeitos submetidos a cirurgia valvular 6 meses após a cirurgia _____	120
<i>Quadro 12</i> Quadro de correlações entre as diversas dimensões medidas pelas escalas do SF-36 e a idade, nas cirurgias coronária e valvular antes da cirurgia _____	121
<i>Quadro 13</i> Quadro de correlações entre as diversas dimensões medidas pelas escalas do SF-36 e a idade, nas cirurgias coronária e valvular depois da cirurgia _____	122
<i>Quadro 14</i> Anova para comparação das médias nas diversas dimensões da QDV do SF-36 e a escolaridade antes da cirurgia coronária _____	123
<i>Quadro 15</i> Anova para comparação das médias nas diversas dimensões da QDV do SF-36 e a escolaridade 6 meses depois da cirurgia coronária _____	124
<i>Quadro 16</i> Anova para comparação das médias nas diversas dimensões da QDV do SF-36 e a escolaridade antes da cirurgia valvular _____	125
<i>Quadro 17</i> Anova para comparação das médias nas diversas dimensões da QDV do SF-36 e a escolaridade 6 meses depois da cirurgia valvular _____	126

- Quadro 18 Anova para comparação das médias nas diversas dimensões da QDV do SF-36 e a situação familiar 6 meses antes da cirurgia coronária* _____ 127
- Quadro 19 Anova para comparação das médias nas diversas dimensões da QDV do SF-36 e a situação familiar 6 meses depois da cirurgia coronária* _____ 128
- Quadro 20 Anova para comparação das médias nas diversas dimensões da QDV do SF-36 e a situação familiar antes da cirurgia valvular* _____ 129
- Quadro 21 Anova para comparação das médias nas diversas dimensões da QDV do SF-36 e a situação familiar 6 meses depois da cirurgia valvular* _____ 130
- Quadro 22 Anova para comparação das médias nas diversas dimensões da QDV do SF-36 e a situação profissional antes da cirurgia coronária* _____ 131
- Quadro 23 Anova para comparação das médias nas diversas dimensões da QDV do SF-36 e a situação profissional 6 meses depois da cirurgia coronária* _____ 132
- Quadro 24 Anova para comparação das médias nas diversas dimensões da QDV do SF-36 e a situação profissional antes da cirurgia valvular* _____ 134
- Quadro 25 Anova para comparação das médias nas diversas dimensões da QDV do SF-36 e a situação profissional 6 meses depois da cirurgia valvular* _____ 135
- Quadro 26 correlações entre as diversas dimensões medidas pelas escalas do SF-36 e o CCS na cirurgia coronária antes da cirurgia e 6 meses depois* _____ 136
- Quadro 27 Correlações das diversas dimensões medidas pelas escalas do SF-36 e o número de vasos coronários com doença, na cirurgia coronária antes da cirurgia e 6 meses depois* 137
- Quadro 28 Correlações entre as diversas dimensões medidas pelas escalas do SF-36 e os factores de risco associados na cirurgias coronária e valvular antes da cirurgia* _____ 138
- Quadro 29 Correlações entre as diversas dimensões medidas pelas escalas do SF-36 e os factores de risco associados, nas cirurgias coronária e valvular 6 meses depois da cirurgia* 138

Resumo

A presente investigação pretende avaliar o impacto da cirurgia cardíaca na QDV dos doentes submetidos a uma intervenção cirúrgica ao coração (cirurgia valvular ou revascularização coronária). O principal objectivo do estudo consiste em identificar em que medida a cirurgia cardíaca (revascularização coronária e ou cirurgia valvular) tem impacto na QDV dos pacientes, tendo-se procedido à avaliação dos sujeitos envolvidos em dois momentos, no período imediatamente antes da cirurgia e 6 meses depois, o estudo decorreu no Hospital da Cruz Vermelha e teve uma duração de 12 meses.

Para tal, procedemos a um estudo de comparação intra grupos abrangendo 108 doentes, com avaliação da percepção da QDV através do MOS Survey SF-36, imediatamente antes da cirurgia e seis meses após a intervenção. O grupo 1, composto por 82 sujeitos submetidos a revascularização coronária, maioritariamente homens, 66 (80,5%), com idades variando entre os 41 anos e os 83, em que a maioria tinha idade igual ou superior a 50 anos (89,0%). Ao nível da instrução prevaleceu o correspondente ao ensino primário (63,4%). O estado civil preponderante foi o de casado 20 (82,9%). O grupo 2, composto por 26 sujeitos submetidos a cirurgia valvular, maioritariamente homens 16 (61,5%), de idades entre os 23 e os 79 anos, sendo que a maioria tinha idade igual ou superior a 50 anos (80,2%). Ao nível da instrução, prevaleceu o correspondente ao ensino primário 14 (53,8%). O estado civil preponderante foi o de casado 20 (76,9%).

Globalmente, verificaram-se percepções significativamente mais satisfatórias 6 meses após a intervenção, tanto nos doentes submetidos a revascularização coronária, como nos sujeitos submetidos a cirurgia valvular, comparativamente com o período pré-operatório ($p < 0,05$).

Em relação à escala do SF-36, não se registaram diferenças significativas entre os doentes coronários e os valvulares em nenhuma das suas dimensões, no período pré e pós-operatório.

Relativamente à cirurgia coronária, verificaram-se percepções significativamente mais satisfatórias 6 meses após a intervenção, em quase todas as dimensões do SF-36, excepto em relação à dimensão **Desempenho Emocional**, onde, apesar de se

observarem melhorias, os valores não apresentaram significado estatístico. No que respeita à cirurgia valvular, 6 meses após a intervenção cirúrgica existem diferenças significativas em 4 das dimensões do Sf-36, **Função Física, Vitalidade, Função Social e Saúde Mental**. Também na questão **Mudança na saúde**, se verificaram diferenças significativas entre um e outro período. Nas dimensões do **Desempenho Físico, Saúde em Geral, Dor Corporal**, apesar de as diferenças não serem significativas, os resultados registados no pós-operatório foram superiores em média aos iniciais. Contudo na dimensão **Desempenho Emocional**, para além de não se registarem resultados com significado estatístico, assiste-se a uma correlação negativa, obtendo os sujeitos resultados inferiores 6 meses após a intervenção, em relação ao período pré-operatório, em que os resultados obtidos foram superiores.

Abstract

The propose of the present investigation is the evaluation of the impact of cardiac surgery in the Quality of Life of patients submitted to cardiac surgery (valve surgery or coronary artery bypass surgery), and to determine the outcome in the quality of life of these patients. In this sense, we proceeded to an intragroup comparison study in 108 patients, evaluating the Quality of life perception with the MOS Survey SF-36 in two different moments: immediately before surgery and six months after surgery. The study took place in the Hospital da Cruz Vermelha in the cardiothoracic surgery service, and had the duration of 12 months. Group 1, were submitted to coronary artery bypass surgery, included 82, was largely composed by man 66 (80,5%), with ages between 41 and 83 years old, mostly older than 50 (89%). Regarding school level, most of them had primary level (63, 4%). The marital state was frequently marriage 68 (82, 9%). Group 2, the patients has valve replacement, consisted of 26 patients: 16 men, and 10 women, ages ranging 23 from 79 years old, mostly older than 50 (80,2%). Regarding school level, most of them had primary level 14 (54, 3%); 20 patients were married (76, 9%).

Globally, comparing with the pre-operative period, we verified a significantly improvement in Quality of Life, 6 months after surgery in both groups (valve replacement or in coronary artery bypass surgery). Reading the MOS-Sf-36 results, there were no significant differences between groups (valve replacement or in coronary artery bypass surgery) before and after surgery.

The outcome of the coronary artery bypass surgery group shows significantly differences after surgery, in almost all dimension of the SF-36, with the exception of of **Role limitations due to emotional problems** (where differences, although showing some improvement, aren't very significant). In the valve replacement surgery group, there are significantly differences in 4 of the eight dimensions of the MOS-SF 36: **Physical functioning, Role Social, Vitality, and Mental Health**. In the answers to the question regarding **Change in Health**, there are significantly differences before and after surgery. Even if there are no significantly differences in dimensions such as **Role Physical, General Health, Bodily pain**, the outcomes after surgery are higher. Regarding **Emotional Role**, we verified a negative correlation, the patients had lower results 6 months after surgery.

INTRODUÇÃO

Desde finais do séc. XIX até aos nossos dias, têm-se registado crescentes alterações nas estruturas sociais, económicas, ambientais e no comportamento individual. Com o desenvolvimento da ciência e da tecnologia e nomeadamente da medicina, situações graves de doença, até há pouco tempo fatais, crescentemente representam, hoje em dia, situações de doença crónica.

A doença cardíaca, nomeadamente a doença coronária, é a principal causa de morte nos países ocidentalizados.

Vários estudos têm ressaltado a importância da qualidade de vida, sendo um conceito amplamente usado em investigação clínica e em cuidados de saúde, mas de definição complexa.

A definição de QDV é abrangente e individual, fortemente influenciada por factores que não estão directamente relacionados com os cuidados de saúde, mas sim com as condições económicas, financeiras, a habitabilidade, o emprego e o suporte social

Veenhoven (1996) refere que, na primeira metade do século, a QDV era amplamente associada a uma concepção materialista (felicidade e prosperidade), na década de 60, após alguma crítica e atingido o nível de saturação e com os limites

ecológicos do crescimento económico a emergir, eclode um novo movimento, modificam-se os indicadores da QDV, materializando os de natureza social.

A redução deste conceito a uma dimensão física foi defendida por Zubrod (1960, citado por Garcia-Ráño, 1991, p.87). Só posteriormente a QDV é teorizada como um modelo multidimensional. Assim surgem as dimensões social, psicológica e reacções interpessoais, abordadas por Ware e Veit (1983, citado por Garcia-Ráño, 1991).

A QDV é também perspectivada por alguns autores como uma dimensão objectiva, ou susceptível de ser avaliada nesses termos. Só a partir da década de oitenta, encontramos uma nova dimensão de qualidade de vida, entendida como uma visão multifactorial e objectiva. As componentes da Qualidade de Vida, o seu domínio subjectivo e a sua componente objectiva começaram por ser abordados por autores que não estavam ligados ao campo da saúde, em estudos dirigidos à população saudável.

A QDV compreende duas dimensões em simultâneo: um aspecto objectivo, que se prende com a satisfação das necessidades e a capacidade de realizar aquilo a que se aspirou; e um aspecto subjectivo, que se reporta à forma como cada sujeito se sente física e psicologicamente e nas suas relações com o meio.

Um novo termo, qualidade de vida relacionada com a saúde, tradução da expressão inglesa *Health-Related Quality of Life*, de variada aplicação e significado impreciso, tem sido utilizada pelos investigadores. No âmbito desta discussão, surge uma dificuldade de entendimento: será a qualidade de vida um domínio ou dimensão da saúde, ou saúde constituiria uma dimensão ou domínio da qualidade de vida? Estas dúvidas estão presentes inclusive em trabalhos de investigação e em grande número de artigos da literatura médica, não sendo encontrada uma clarificação do conceito e definição do tema, não resultando inequívoco o que os autores consideram indicadores de qualidade de vida, de importante e central importância nas investigações científicas, inclusive para fins de comparação (Evers, 2003, Kluthcovsky, & Takayanagui, 2007).

Os benefícios da cirurgia, relativamente à sobrevivência, ao alívio das manifestações de angina e à melhoria da condição física dos doentes cardíacos, encontram-se amplamente documentados. No entanto, a percepção que o doente tem acerca do seu estado de saúde, nomeadamente em relação à evolução da qualidade de

vida, é geralmente desconhecida. Achamos assim pertinente, neste contexto, desenvolver uma investigação destinada a avaliar o impacto da cirurgia cardíaca na melhoria da qualidade de vida dos doentes submetidos a cirurgia cardíaca

No contexto actual da saúde, a avaliação dos resultados é feita, crescentemente, na perspectiva do doente, com base na forma como este é afectado na sua funcionalidade ou bem-estar e na satisfação das suas expectativas e necessidades.

A melhor medida de qualidade não é a frequência com que um serviço médico é prestado, mas sim quão próximo o resultado está dos objectivos fundamentais de prolongar a vida do doente, aliviar o stress, restaurar a função e prevenir a incapacidade.

Só recentemente, o principal objectivo dos médicos foi o restabelecimento, ou a manutenção, de uma vida mais efectiva.

A medição nos cuidados de saúde abrange cada vez mais a perspectiva do sujeito, enfatizando a qualidade de vida, com enfoque na forma como este se sente e não como o médico imagina que deva sentir-se, em função de determinados parâmetros clínicos, valorizando a qualidade de vida.

O interesse e a motivação para a realização deste estudo decorreram de experiência profissional no serviço de cardiologia do Hospital da Cruz Vermelha.

Após a revisão de literatura, colocámos a seguinte questão:

- Qual o impacto da cirurgia cardíaca na percepção da QDV dos doentes submetidos a cirurgia cardíaca (revascularização coronária e cirurgia valvular)?

Assim, ao desenvolvermos o estudo, pretendemos averiguar:

- O impacto da cirurgia cardíaca na QDV dos sujeitos submetidos a revascularização coronária;
- O impacto da cirurgia cardíaca na QDV dos sujeitos submetidos a cirurgia valvular;
- O impacto da cirurgia cardíaca nos sujeitos submetidos a revascularização coronária, segundo o CCS;
- O impacto da cirurgia cardíaca nos sujeitos submetidos a revascularização coronária, segundo o número de vasos doentes;

- Se existem diferenças na QDV dos sujeitos submetidos a cirurgia de revascularização coronária e os sujeitos submetidos a cirurgia valvular;
- O impacto da cirurgia cardíaca na QDV dos sujeitos nas diferentes faixas etárias;
- O impacto da cirurgia cardíaca na QDV dos sujeitos tendo em conta a sua situação familiar;
- O impacto da cirurgia cardíaca na QDV dos sujeitos com diferentes tipos de complicações associadas - comorbilidade – (diabetes, dislipidémia, hipertensão arterial, problemas renais);
- O impacto da cirurgia cardíaca na QDV dos sujeitos do sexo masculino;
- O impacto da cirurgia cardíaca na QDV dos sujeitos do sexo feminino;
- O impacto da cirurgia cardíaca na QDV dos sujeitos com diferentes habilitações literárias.

PROMOÇÃO DA SAÚDE, SAÚDE, DOENÇA E QUALIDADE DE VIDA

A noção de campo da saúde prende-se com tudo o que a esta diz respeito. A evolução do conceito de campo de saúde está estreitamente relacionada com as três revoluções da saúde, sobretudo com as duas primeiras. A personalidade de Louis Pasteur e Robert Koch, o pensamento que dominava a viragem do séc. XIX para o XX e as condições sociais e económicas existentes facilitaram a implantação da teoria do germe, característica do modelo biomédico, em que existia uma relação causal e linear entre uma causa simples e uma doença. Uma das evoluções para uma concepção mais actual passou pela aceitação de que a etiologia da doença é multicausal. O advento da Revolução Industrial e o aumento das grandes epidemias tornaram a implementação de medidas de saúde pública essenciais à sobrevivência da sociedade. O modelo biomédico aplicado à saúde pública desenvolveu-se devido ao reconhecimento de que as doenças infecciosas eram difíceis de curar e, uma vez instaladas no adulto, o seu tratamento e a cura eram dispendiosos; os indivíduos contraíam doenças infecciosas em contacto com o meio ambiente físico e social que continha o agente patogénico. Para as prevenir, seria então necessário controlar os agentes patogénicos, o que foi feito limitando a sua mobilidade. A primeira revolução da saúde centrou-se na prevenção das doenças.

Relativamente à segunda revolução da saúde, termo utilizado por Richmond em 1979, no seu relatório sobre a saúde dos Americanos, em que propõe a qualificação de mudanças necessárias para responder às novas exigências no campo da saúde, centrando-se na saúde e preconizando o retorno a uma perspectiva ecológica. Acreditara-se que com a Primeira Revolução da Saúde, os problemas a ela respeitantes estariam resolvidos. No entanto, a partir de meados do séc. XX, surge uma epidemia comportamental, constatando-se que, nos países desenvolvidos, as doenças que mais contribuíam para a mortalidade tinham etiologia comportamental e não origem em organismos patogénicos. Richmond destacou como principais factores de risco, responsáveis pela maioria das doenças e mortes prematuras nos E.U.A, os seguintes comportamentos: fumar, *consumir álcool e drogas, correr riscos que dão origem a acidentes motorizados entre jovens*. As vacinas, agora, teriam que ser a modificação do comportamento (Ribeiro, 2007). Lalonde defendia o estabelecimento de uma política nacional de saúde Canadiana baseada em 4 pilares: *biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização dos cuidados de saúde*, que constituíam o campo da saúde.

A modificação de alguns comportamentos, tais como deixar de fumar, cuidar da alimentação, controlar o stress, praticar exercício ou actividade física, dormir um número de horas adequadas, verificar periodicamente a saúde, permitiria reduzir radicalmente a mortalidade.

As ideias emergentes da segunda revolução da saúde acentuavam a responsabilidade individual pela saúde e subalternizavam, de forma relevante, a importância dos serviços de saúde tradicionais, justificando assim a emergência do conceito de saúde como distinto do de doença.

O interesse dos psicólogos pelas «doenças não mentais» e por questões no âmbito da saúde é relativamente recente (McIntyre 1994). Este novo campo de estudo e de actuação psicológica é estabelecido formalmente nos anos setenta, no contexto da segunda revolução da saúde, com a designação de «psicologia da saúde».

Matarazo (1982), define psicologia da saúde como um agregado de contribuições, educacionais, científicas e profissionais específicas da disciplina da psicologia para a promoção e manutenção da saúde, a prevenção e o tratamento da doença, a identificação dos correlatos etiológicos e de diagnóstico da saúde, doença e disfunções associadas, bem com a análise e melhoria do sistema de cuidados de saúde e aperfeiçoamento da política de saúde. Esta ampla e abrangente designação pressupõe uma intervenção a diversos níveis, individual, familiar, comunitário, institucional e

sociopolítico identificando, ainda, quatro objectivos diferenciados: promoção e manutenção, prevenção e tratamento, bem como dois domínios distintos: saúde e doença (Ribeiro, 1994b).

A psicologia da saúde constitui uma especialidade da psicologia, que intervém nas áreas da saúde e da doença em permanente diálogo com as ciências médicas e sociais, com um corpo de conhecimentos teóricos, metodologias e instrumentos de investigação, de avaliação e de intervenção psicoterapêutica inerentes à psicologia.

Apesar da diversidade de temas de investigação e de campos de actuação, o «modelo biopsicossocial» de saúde e da doença e o uso de conceitos, metodologias e técnicas específicas da psicologia conferem uma unidade à psicologia da saúde (Molina, 1983, citado por McIntyre, 1994, p.19).

É ainda de salientar o seu contributo na clarificação da influência das dimensões psicológicas no reforço da saúde, prevenção da doença, bem como no adoecer, no estar doente e na recuperação/ reabilitação, que visam a reinserção familiar e comunitária.

Os conceitos inovadores da segunda revolução da saúde destacam a promoção da saúde e o estilo de vida. A promoção da saúde é um conceito multidisciplinar, inclui aspectos organizacionais, económicos, ambientais, a par de estratégias visando, em última análise, a mudança do comportamento conducente à adopção de um estilo de vida saudável. Uma das razões do êxito do conceito parecem ser as vantagens económicas directas (menos gastos com a doença) e indirectas (mais dias de trabalho, mais energia no trabalho). A Promoção da Saúde adoptada pela carta de Ottawa em 1986 é definida como um processo de capacitação das pessoas para aumentarem o controlo sobre a sua saúde e para a melhorarem. A promoção da saúde visa devolver à população o poder em matéria de saúde, retirando-o às instituições, aos dirigentes e aos profissionais, sendo objectivo futuro primordial facilitar a transferência de recursos importantes na saúde, tais como técnicas, poder e dinheiro, para a comunidade (Ribeiro, 1998)

A promoção da saúde na concepção Americana privilegia a intervenção sobre o indivíduo, enquanto a Europeia privilegia o nível comunitário e social. A zona regional europeia da OMS, que conceptualiza a saúde segundo o interesse de 33 países da região, criou um comité de especialistas europeus - o Working Group on Concepts and principles of Health Promotion (1987) - para aplicação dos princípios definidos em Alma -Ata - Saúde para todos no ano 2000 - aos países da região. Este grupo adoptou

a definição de Promoção da Saúde da Carta de Ottawa, que salienta dois objectivos principais para a promoção da saúde: melhorar a saúde, dominar ,por parte do cidadão, o processo conducente à sua melhoria. Estes especialistas esclarecem o sentido do conceito de promoção da saúde: abrange a população como um todo, no contexto da vida diária, e não as pessoas em risco de doenças específicas, pretende torná-las aptas a assumir o controlo e a responsabilidade pela sua saúde, enquanto componente importante da vida diária – e deve ser vista como acção espontânea e organizada, visando a saúde. Tal requer acesso contínuo e completo a informação sobre a saúde para o conjunto da população, recorrendo a todos os métodos possíveis de divulgação. A promoção da saúde assenta nos determinantes ou causas de saúde, requerendo a cooperação de sectores para além dos serviços de saúde, de modo a reflectir a diversidade de condições que a influenciam. Os governos, tanto a nível local como nacional, têm a possibilidade de actuar adequada e atempadamente, para garantir que o meio ambiente, que está fora do controlo dos indivíduos e grupos, seja promotor de saúde. A promoção da saúde combina métodos, ou abordagens, diversos mas complementares contra as ameaças à saúde, incluindo a comunicação, educação, legislação, medidas fiscais, mudança organizacional, desenvolvimento comunitário e actividades locais espontâneas. Visa, essencialmente, a participação pública concreta e eficaz e requer o desenvolvimento de aptidões (skills) de resolução de problemas e de tomada de decisão, tanto individuais como colectivas. Ainda que a a promoção da saúde constitua basicamente uma actividade das áreas da saúde e do social, e não um serviço médico, os profissionais da saúde, sobretudo os da saúde primária, têm um papel importante no apoio e na criação de condições para a promoção da saúde. Os profissionais da saúde devem trabalhar no sentido de aperfeiçoarem a sua contribuição na defesa e na educação para a saúde.

Desde 1970 que existe um interesse crescente pela Qualidade de Vida (QDV) relacionada com as doenças e conseqüentemente com o seu tratamento. Paralelamente aos avanços tecnológicos, os pacientes obrigaram os médicos a ter uma visão mais holística dos problemas médicos. Esta abordagem encontra-se reflectida na constituição da Organização Mundial de Saúde, que enfatiza o facto de a "saúde depender do bem-estar física, mental e social, não se definindo unicamente como ausência de doença" (Fallowfield, 1990). Tal definição sugere que a doença compromete não apenas a integridade física, mas também o bem-estar psicológico, social e económico.

A noção de QDV tem estado, desde os seus primórdios, ligada à promoção da saúde. O conceito esteve inicialmente relacionado com o bem-estar da população, apontando para uma grande variedade de indicadores sociais e ambientais, tais como a educação, individualidade, crescimento económico, saúde e bem-estar.

O conceito de QDV é indissociável dos conceitos de saúde e bem-estar subjectivo. Por um lado, o bem-estar é parte integrante da definição de saúde, segundo Tessler e Mechanic (1978, citado por Ribeiro, 2007), tendo a percepção do estado de saúde uma relação significativa com o estado de stress negativo. Simultaneamente Campbell, Converse e Rodgers (1976, citado por Ribeiro, 2007) verificaram que a saúde é a melhor variável para explicar a qualidade de vida. Em 1986, a OMS define saúde como “a extensão em que um indivíduo ou grupo é, por um lado, capaz de satisfazer as suas necessidades e realizar as suas aspirações e, por outro lado, de modificar ou lidar com o meio que o envolve. A Saúde é vista como um recurso para a vida de todos os dias, uma dimensão da nossa QDV e não um objectivo de vida” (WHO, 1986, citada por Ribeiro, 1998, pág.86). Este conceito enfatiza os aspectos pessoais, sociais, bem como a capacidade física.

Parece-nos assim necessário adoptar um modelo conceptual que represente o indivíduo como uma unidade estrutural e funcional em desenvolvimento, como uma organização complexa em transacção contínua com o meio ambiente em mudança (modelo ecológico). Nesta perspectiva, saúde e doença são processos e estados que medeiam entre a concepção e a morte. A saúde é um processo em que o organismo está em equilíbrio funcional, as doenças processos em que o equilíbrio ecológico está perturbado. Na concepção de doença, é possível identificar vários quadros que a língua portuguesa não diferencia. Pode ter diferentes sentidos, existindo, na língua inglesa, 3 termos diferentes para identificar os diferentes quadros – *disease*, *ilness*, *sickness*. No primeiro sentido, *disease*, ter uma doença pode ser visto como um acontecimento biológico, caracterizado por mudanças anatómicas, fisiológicas, bioquímicas, ou por uma sua combinação. Trata-se de uma ruptura na estrutura ou função de uma parte do corpo ou do sistema. No segundo sentido, *ilness*, respeitará a um acontecimento humano e não biológico. Consiste num desconforto e numa desorganização psicossocial, resultante da interacção do indivíduo com o seu meio. *Sickness*, comportar-se como

doente, é visto como uma identidade social, um papel assumido por pessoas rotuladas como não saudáveis. É possível um indivíduo ter um bom índice de saúde e estar bastante doente *disease* é, também possível conceber e intervir simultaneamente na saúde e na doença (Ribeiro, 2007). O reconhecimento desta realidade levou ao desenvolvimento do conceito de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QDVRS). A coexistência de sentidos diferentes que a doença pode assumir torna mais complexa a intervenção na saúde e na doença.

Nos últimos decénios aumentou a esperança de vida, o sucesso do modelo biomédico reduziu significativamente a mortalidade por doenças infecciosas, assistindo-se a um aumento significativo das doenças crónicas (Ribeiro, 1997). Segundo Rodin e Salovery (1989, citado por Ribeiro, 1997), as doenças crónicas representam 80% das doenças existentes. Definem-se como doenças sem cura, ou de duração prolongada, abrangem um leque muito diversificado de diferentes quadros patológicos, da artrite reumatóide à epilepsia, das doenças cardiovasculares à diabetes. Incluem também doenças que podem conduzir, a curto ou longo prazo, à morte, tais como o cancro ou a Sida (Ribeiro, 1997).

Nos últimos decénios, com o aumento da esperança de vida, passou a sobreviver-se ao que antes se sucumbia, sendo actualmente normal viver-se com uma doença; ou seja, é quase normal a coexistência de doença, *disease*, e saúde. Grande parte da população sofre de uma doença crónica, *disease*, que se define por não ter cura, tratando-se de doenças que têm que ser geridas e não curadas (Blanchard, 1982, citado por Ribeiro, 1997). Se bem que algumas doenças crónicas tenham pouco impacto na vida das pessoas e a sua gestão seja relativamente simples, outras colocam vários problemas, justificando a aprendizagem e o desenvolvimento de capacidades comportamentais, cognitivas, emocionais e sociais, de molde a que o impacto sobre a QDV seja minorado (Ribeiro, 2007).

Segundo Ribeiro (2004), QDV e a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QDVRS) são expressões que se banalizaram na terminologia do Sistema de Saúde. A QDV começa a ser estudada no âmbito da sociologia nos anos 60, representando a QDVRS uma aplicação da primeira noção aos aspectos relacionados com a saúde. Ainda segundo o mesmo autor, a evolução do estudo destes conceitos e as definições que foram surgindo aproximaram-nos de tal forma que promoção da saúde e promoção

da Qualidade de Vida e da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QDVRS) se tornaram expressões equivalentes.

Qualidade de Vida: Evolução Histórica do Conceito

O conceito de QDV é relativamente recente. As primeiras referências a este conceito emergem nos anos sessenta. Data desta época a utilização da expressão com preocupações científicas, sendo também nesta altura que surgem as primeiras tentativas de a avaliar, reflectindo uma preocupação dos vários sectores da sociedade com o desenvolvimento do bem-estar e QDV das pessoas e populações, numa época de crescimento económico exponencial.

Segundo Kluthcovsky (2007), o termo de QDV foi abordado por Pigou em 1920, no contexto das condições de trabalho e sua incidência no bem-estar dos trabalhadores. O termo não foi valorizado. No entanto, é a partir da década de sessenta referido e abordado nas ciências sociais e posteriormente na área da psicologia e de contextos de saúde. Para outros autores, o termo qualidade de vida foi utilizado pela primeira vez por Lyndon Johnson, em 1964, então presidente dos Estados Unidos, que declarou: "...os objectivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas". Podendo encontrar-se, aqui, a primeira orientação para a avaliação desta variável, dado que a afirmação apontava, como indicador privilegiado, os aspectos que só podem ser medidos através de uma opinião pessoal, normalmente considerados subjectivos (soft), negligenciando os objectivos (hard) (Ribeiro, 2007).

Após a Segunda Guerra Mundial, o termo passou a ser muito utilizado, com a noção de sucesso associada à melhoria do padrão de vida, principalmente relacionado com a obtenção de bens materiais como casa própria, carro, salário, e bens adquiridos. O termo qualidade de vida foi, então, usado para criticar políticas, nas quais o objectivo era o crescimento económico sem limites. O conceito foi ampliado, a fim de medir o desenvolvimento económico da sociedade. Posteriormente, foi alterado e ampliado,

significando, além do crescimento económico, o desenvolvimento social, como educação, saúde, lazer, etc.

Ultimamente, tem-se valorizado factores como a satisfação, qualidade das relações, realização pessoal, percepção de bem-estar, possibilidades de acesso a eventos culturais, oportunidades de lazer, entre outros, bem como à felicidade, solidariedade e liberdade.

Assim, há uma crescente mudança dos enfoques quando se fala em qualidade de vida, com a intenção de, cada vez mais, dar vida aos anos e considerar, além dos aspectos objectivos, também a vertente subjectiva da temática. No entanto, a subjectividade não seria pura e total, pois existem determinadas condições (componente objectiva) presentes no meio e na vida das pessoas que influenciam a sua percepção, ou a subjectividade da qualidade de vida.

A qualidade de vida pode ser descrita sob três referências. A histórica, na qual num determinado tempo de uma sociedade, existe um parâmetro de qualidade de vida, que pode ser diferente do de outra época, da mesma sociedade. A cultural, na qual os valores e necessidades são diferentes nos diferentes povos. E padrões de bem-estar estratificados entre as classes sociais, com desigualdades muito fortes, onde a ideia de qualidade de vida se relaciona com o bem-estar das camadas superiores (Minaio, Hartz & Buss, 2000). Embora não haja consenso sobre o conceito de qualidade de vida, um grupo de especialistas da Organização Mundial da Saúde, de diferentes culturas, num projecto de colaboração multicêntrico, obteve três aspectos fundamentais referentes ao constructo qualidade de vida: a subjectividade, a multidimensionalidade (inclui, pelo menos, as dimensões física, psicológica e social) e a bipolaridade (presença de dimensões positivas e negativas), (Fleck et al, 1999).

A mutabilidade é também considerada, partindo do pressuposto que a avaliação da qualidade de vida pode mudar, em função do tempo, local, pessoa e contexto cultural (Evers, 2003).

A formulação de Barkey e Rourke (1973, citado por Garcia-Riaño, 1991, p.87) sobre QDV, constitui uma das primeiras definições do conceito encontradas na literatura da especialidade. Segundo os autores, a QDV deverá ser compreendida como o “sentimento de bem-estar de uma pessoa”, tendo implícita uma dimensão subjectiva (pessoal), que outros autores irão elencar.

A QDV tornou-se num conceito de interesse geral e do senso comum. Elementos de vários domínios da sociedade, políticos, clérigos, economistas, ecologistas, entre outros, utilizam o termo de forma a enfatizar o seu interesse pelo bem-estar das pessoas. A forma como inferem sobre a QDV não é a mesma, nem quanto aos conteúdos a focar nem quanto ao modo de avaliar. Para uns a QDV está directamente relacionada com os bens materiais, para outros com bens espirituais. Enquanto para alguns constitui uma dimensão objectiva, para outros representa uma dimensão subjectiva; para uns prende-se com a opinião do próprio, para outros com a observação de especialistas (Ribeiro, 1994).

O relatório do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento de 1994 refere que, até ao séc. XX, políticos, filósofos e académicos encaravam a QDV como resultante do esforço humano para fazer pleno uso das potencialidades económicas, sociais, culturais e políticas, tendo em vista o desenvolvimento equilibrado da sociedade, respeitando o universalismo do direito à vida. O relatório anual do Banco Mundial expressa o bem-estar das populações através do rendimento *per capita*, pressupondo ser este o principal indicador da qualidade de vida. Contrariamente a esta perspectiva, as Nações Unidas publicam o Relatório do Desenvolvimento humano, considerando, para além do rendimento, vários índices de desenvolvimento. Este relatório vai assim reforçar a importância conferida aos aspectos menos materiais do bem-estar, posicionando-os na preocupação crescente do sistema de saúde e do sistema de cuidados de saúde com a QDV (Ribeiro, 1994).

As diversas investigações sobre a QDV começaram no final da década de 70, sendo nesta altura que começa a ser utilizado o termo Qualidade de Vida, com preocupação dita científica. Esta expressão cresceu em popularidade com o desenvolvimento da economia do pós-guerra, sobretudo nos países desenvolvidos, veiculando a necessidade de aprofundar, estudar e desenvolver medidas que pudessem qualificar esta entidade. O padrão para avaliar este conceito provém do relatório *Commission on National Goals*, publicado na década de 60, da responsabilidade do Presidente Eisenhower (Ribeiro, 2004), que apontava um enorme leque de indicadores sociais e ambientais a considerar como objectivos da nação. Preconizava uma grande variedade de indicadores sociais e ambientais como a educação, crescimento económico, saúde, bem-estar, individualidade e defesa da liberdade (Ribeiro, 2004).

A organização mundial de saúde (WHOQOL,1995) define a QDV como a percepção individual que um indivíduo tem do seu posicionamento na vida, no contexto da cultura, dos valores, objectivos, expectativas e preocupações. A QVD apresenta uma natureza multidimensional, com quatro dimensões principais, a saber: a percepção do indivíduo sobre a sua condição física, psicológica, afectiva e cognitiva, as relações e os papéis sociais e ainda os aspectos relativos ao meio ambiente onde se insere (WHOQOL,1998). Este conceito é abrangente e condicionado pela saúde física e psíquica do sujeito, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e a sua relação com os traços salientes do ambiente.

Em 1975, Liu (citado por Ribeiro, 1994) publicou um artigo exploratório, propondo-se desenvolver uma estrutura de indicadores que pudesse direccionar a investigação sobre a Qualidade de Vida, com base nos critérios da *Commission on National Goals*, em que argumentava que a QDV deveria ser quantificada através de nove indicadores, sendo cada um deles representado por um conjunto de variáveis mensuráveis, respeitando determinados princípios, por forma a que fossem, nomeadamente:

"suficientemente generalizáveis de forma que fossem generalizáveis a toda a população; facilmente compreensíveis, suficientemente flexíveis de molde a abranger qualquer estilo de vida, em diversos contextos e em diferentes momentos; adaptáveis a condições sociais, económicas e políticas em mudança, próprias de sociedades dinâmicas; abertas à verificação segundo princípios científicos reconhecidos (Ribeiro, 1994, p.76).

Este autor considerava ainda que a QDV possui duas vertentes: subjectiva (ou psicológica) e objectiva (ou social, política, económica e ambiental). A componente subjectiva, a mais qualitativa, não era mensurável na época, dependendo da percepção individual de cada um. A componente objectiva, mais quantitativa, era passível de mensuração (Ribeiro, 2004). Na investigação através da informação disponível nos censos nacionais, dedicou-se exclusivamente às variáveis objectivas, aplicando o seu modelo aos dados estatísticos de 50 estados americanos (Ribeiro, 1994).

Campbel, Converse e Rogers (1976, citado por Ribeiro, 2007) definem QDV em termos de felicidade e satisfação, envolvendo esta uma dimensão cognitiva e afectiva. Assumiam a complexidade da medida e referiam que:

As relações entre as condições objectivas e os estados psicológicos são muito imperfeitas e, assim de modo a conhecer a experiência da qualidade de vida, será necessário ir directamente ao próprio indivíduo, para que ele descreva como sente a sua vida” (Campbel, Converse e Rogers, 1976, citado por Ribeiro, 2007, p 95).

Estes autores publicaram um dos grandes estudos pioneiros, que incidiu sobre a população americana com idade superior a 18 anos, sendo um primeiro passo de um programa de investigação, cujo objectivo era o de documentar e viabilizar a compreensão acerca de determinadas experiências que descreviam a QDV das pessoas. Centrando-se na perspectiva de Kurt Lewin, sublinhava que apesar de as pessoas viverem num meio ambiente objectivamente definido, percepcionavam um ambiente subjectivamente definido, sendo a este espaço de vida psicológica que responde, consequentemente, a avaliação que o sujeito efectua das características ou de um atributo em específico, dependendo a sua percepção desse atributo, da comparação com os seus padrões pessoais. Neste estudo, os autores referiram que o domínio encontrado, que melhor explica a Qualidade de Vida, seria o da Saúde. A saúde seria assim o domínio mais importante para a Qualidade de Vida. Identificaram 12 domínios representativos da Qualidade de Vida, sendo eles: saúde casamento, vida familiar, governo, amizades, habitação, comunidade, fé, actividades de lazer, situação financeira, participação em organizações.

Ainda segundo os mesmos autores Campbel, Converse e Rogers (1976, citado por Ribeiro 2004), a relação entre as condições objectivas e o estado psicológico é muito imperfeita, sendo, por isso, mais importante para perceber a QDV experienciada, ir directamente à descrição que o próprio sujeito faz do modo como sente a sua vida.

Posteriormente, Flanagan (1982, citado por Ribeiro, 2007) utilizou uma metodologia diferente de modo a identificar componentes da Qualidade de Vida. Recorrendo à técnica dos incidentes críticos, identificava os domínios a incluir na Qualidade de Vida. Utilizou um conjunto de situações hipotéticas, umas reais, outras idealizadas, em que o entrevistado referia quais os aspectos mais importantes para a sua vida, confirmando os dados produzidos num estudo sobre três gerações de homens e mulheres (indivíduos entre os 30, 50 e 70 anos). Identificou 15 domínios semelhantes: conforto material, saúde e segurança pessoal, relações familiares, ter e criar filhos, relações de proximidade com a esposa ou parceiro sexual, amizades íntimas, ajudar e encorajar os outros, participação em assuntos de governo locais, aprender, ir à escola,

aumentar o conhecimento, aumentar o conhecimento sobre si próprio, conhecer os seus pontos fortes e limitações, trabalhar em algo com interesse e mérito, expressar-se de forma activa, relacionar-se com os outros, ler ou ouvir música, participar em situações de recreação activa. Neste estudo a saúde é descrita como um dos indicadores que melhor explica a QDV.

Mais recentemente Ibáñez (1988, citado por Garcia-Riano, 1991, p.87) define a QDV como o “grau de satisfação e felicidade das pessoas”, se bem que implique desde o bem-estar psicológico ao bem-estar social e material.

Sirgy (2002, citado por Ribeiro, 2006) inclui o conceito de QDV na noção mais abrangente de bem-estar subjectivo. Inclui a satisfação com a vida, o afecto positivo e negativo, o bem-estar subjectivo, a felicidade, a percepção de Qualidade de vida, como aspectos subjectivos da QDV (Ribeiro, 2006). Refere ainda que felicidade e satisfação são conceitos distintos, porque o primeiro é um conceito afectivo e o segundo um conceito cognitivo, embora partilhem uma variância comum de 50 a 60 %.

As definições aludidas têm características semelhantes, traduzindo uma aproximação entre as noções de felicidade, bem-estar subjectivo, satisfação e qualidade de vida, frequentemente encontrada nas definições do conceito.

No campo da saúde é também comum o cruzamento entre as noções de qualidade de vida, bem-estar subjectivo, saúde e QDVRS. Sendo esta área um dos contextos em que o conceito é utilizado com maior frequência, encontrando-se referências, desde os anos sessenta, na literatura médica.

No entanto, é a partir da década de oitenta, com a evolução das doenças crónicas que o seu uso se generaliza em diferentes contextos clínicos e que a QDV é objecto de estudo privilegiado.

A redução deste conceito a uma dimensão física foi defendida por Zubrod (1960, citado por Garcia-Ráño, 1991, p.87). Só posteriormente a QDV é teorizada como um modelo multidimensional. Assim surgem as dimensões: social, psicológica e reacções interpessoais, abordadas por Ware e Veit (1983, citado por Garcia-Ráño, 1991).

A QDV é, também, perspectivada por alguns autores como uma dimensão objectiva, ou que pode ser avaliada nesses moldes. Só a partir da década de oitenta

encontramos uma nova dimensão de qualidade de vida, entendida como uma visão multifactorial e objectiva.

O conceito de QDV é um conceito do senso comum, o que, implicando que todas as pessoas saibam o que significa (Ribeiro, 1997), só contribui para impedir a sua clarificação (Herman, 1993, citado por Ribeiro, 1997). Nas investigações sobre o assunto, é uma noção que raramente se encontra definida. Num artigo que pretendia efectuar uma estimativa acerca da QDV e das suas medidas (Gillet et al, 1994, citado por Ribeiro 2004), em que foi efectuada uma revisão crítica de 75 artigos, retirados da Medline, verificou-se que apenas 11 destes artigos (15%) estabeleciam uma definição clara do conceito Qualidade de Vida e indicavam os domínios que pretendiam medir.

Em 1986, a definição que surgiu de QDV foi a seguinte: percepção que os indivíduos ou grupos têm de que as suas necessidades estão a ser satisfeitas e de que não lhes estão a ser negadas oportunidades para alcançar a felicidade e satisfação completas (Nutbeam, 1986, citado por Ribeiro, 1997). Segundo Ribeiro (1997), esta definição inclui uma multiplicidade de termos úteis para a promoção da saúde, ou seja "é uma definição que surge dentro do sistema de saúde, mas fora do sistema de cuidados de saúde"(Ribeiro, 1997, p.259). Na década de 90, a QDV surge definida como: "a satisfação individual global com a vida, e a sensação geral, pessoal, de bem-estar" (Shumaker, Anderson, Czajkowski, 1990, citados por Ribeiro, 1997, p. 259).

Farquhar (1995, p. 503) refere que "O desenvolvimento da taxonomia das definições ou conceitos de QDV não são consensuais, mas estão organizados de modo a identificar elementos comuns e factores que influenciam a sua definição", a partir de um trabalho de revisão de definições de QDV e técnicas de avaliação desta, abordando quatro tipos principais de definições: global, de componentes (tipo I), focal (tipo III) e combinada (tipo IV). Esta classificação é ilustrativa da dificuldade de consenso em relação à definição de conceitos de qualidade de vida, mas contribui para uma organização das definições existentes, de molde a identificar os elementos comuns entre as diferentes concepções.

Definição Tipo I

São as definições que aparecem mais frequentemente nas publicações sobre este assunto, sendo muito gerais e globais. É comum integrarem noções de satisfação/insatisfação e de felicidade/infelicidade, que possuem aspectos comuns, mas cujas relações não estão ainda completamente clarificadas. Dado o seu carácter genérico, contribuem pouco para a compreensão das possíveis dimensões de QDV ou da forma como este conceito pode ser operacionalizado.

Abrams (1973, citado por Farquhar, 1995, p.503), oferece um exemplo deste tipo de proposições, definindo QDV como o grau de satisfação ou insatisfação sentido pelas pessoas em relação a vários aspectos das suas vidas

Definições Tipo II

Diferenciam possíveis dimensões que integram e contribuem para a QDV ou identificam certas características essenciais em qualquer avaliação da qualidade de vida. As definições de componentes, por sua vez, subdividem-se em definições de componentes que não são específicas para as pesquisas do tema (Tipo IIa) e que são específicas para as pesquisas do tema (Tipo IIb).

As definições específicas de dimensões de componentes são bastante úteis, na medida em que contribuem para o processo de operacionalização do conceito: a teorização da QDV constitui assim um objectivo essencial destas pesquisas

Definições Tipo III

O Foco centra-se num pequeno número de dimensões de qualidade de vida. Este tipo de definições pode, ainda, subdividir-se em definições focais explícitas (tipo IIIa) e implícitas (tipo IIIb). As definições focais implícitas emergem quando os autores usam a expressão “qualidade de vida”, definindo-a em termos de uma ou duas componentes do conceito global, sem que este processo seja explicitado. Deste modo poderá ser difícil perceber o significado que os autores atribuem à globalidade do termo.

Definições tipo IV

Surgem na literatura da especialidade, mas não se integram em nenhuma taxonomia anteriormente proposta. As definições combinadas incluem aspectos das definições tipo I e II, isto é, são globais mas também especificam componentes. Oleske, Heinze e Otte

(1990, citado por Farquhar, 1995), realizaram um estudo de doentes com cancro, utilizando o diário como meio de avaliação, solicitam aos pacientes que registem a ocorrência de eventuais problemas de saúde. Concluíram, a partir dos dados obtidos, que a maior parte dos problemas associados ao cancro se prendem com dimensões físicas da qualidade de vida. Contudo, apesar de adoptarem uma definição de QDV que inclui a dimensão social, não respeitam às pessoas que registem os problemas que emergem neste campo.

Lamb, Brodie e Roberts (1988, citado por Bennett & Murphy, 1999, p. 175), referem que o conceito de “QDV é multidimensional, mede a saúde social, mental e física, compreendendo domínios como a capacidade de adaptação ao stress, presença de redes sociais de apoio e integração social, satisfação com a vida, auto-estima, felicidade e forma física”.

Estas variáveis são frequentemente medidas isoladamente, sendo que a quantificação de cada um dos domínios da qualidade de vida, reflectem áreas em desenvolvimento na promoção da saúde.

Cramer e Spilker (1998) conceptualizam um modelo organizado em forma de pirâmide, sendo que no topo se encontra o primeiro nível e na base o terceiro nível. Definem o campo de acção da QDV em 3 níveis correlacionados, demonstrando a natureza multidimensional da qualidade de vida:

Nível elevado ou 1º Nível

Avaliação global do bem-estar. Descreve a total satisfação individual com a vida e o senso geral de bem-estar. Em contextos de ensaios clínicos é referido como a avaliação global da qualidade de vida.

Nível Médio

Domínios principais. Descreve 3 a 6 domínios, físico, psicológico, económico, social e espiritual.

Nível Inferior ou 3º Nível

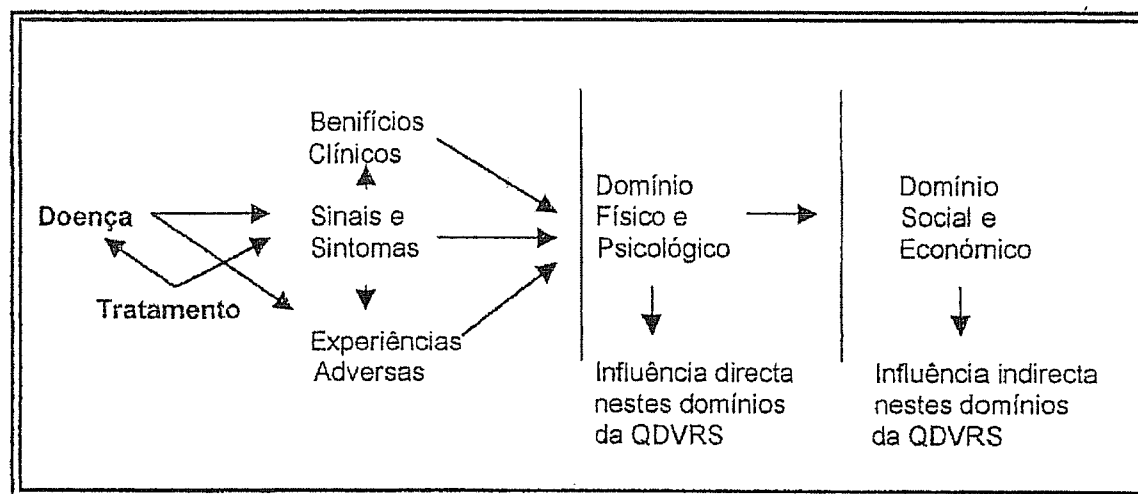
Componentes de cada domínio. Descreve todas as componentes da QDV que são especificamente avaliadas pelos testes de qualidade de vida.

Cramer e Spliker (1998, p. 13) demonstraram o impacto da doença na QDV do sujeito, através de um modelo de afinidade entre a gravidade dos factores, doença e tratamento e QDV do doente. Examinando as componentes individuais, identificaram o papel valioso da elucidação do impacto da doença e do tratamento na qualidade de vida. A figura 1 ilustra como a doença da pessoa ou o seu tratamento, afectam sinais clínicos, sintomas, efeitos adversos e benefícios clínicos. Esta relação complexa é integrada pelo sujeito levando-o a formular uma equação individual sobre a QDVRS.

Figura 1 – Relação entre os factores que influenciam os domínios da QDV

Cramer & Spliker (1998) in *Quality of Life and Pharmacoeconomics: An Introduction*

(p.13).



É um modelo que demonstra como a doença causa uma panóplia de sinais, sintomas e efeitos adversos e como o tratamento actua sobre a doença e sobre a sua sintomatologia. O tratamento, ao actuar sobre a doença, contribui para os benefícios e efeitos clínicos, que, por sua vez, têm uma influencia directa nos domínios físico e psicológico, de acordo com os valores, crenças e julgamento do doente, e na QDVRS. De forma mais indirecta, os domínios económico e social também actuam e influenciam a QDVRS.

Em 1994, a definição de Cramer, idêntica à definição de Saúde da OMS, define-a como o "bem-estar físico, mental e social, completo, e não apenas, a ausência de doença ou incapacidade" (*WHOQOL*, 1998). Este autor refere ainda que a QDV é avaliada

considerando cinco componentes: saúde física, saúde psicológica, nível de independência, relações sociais e ambiente.

O grupo designado para o estudo do tema na OMS designou a QDV como: "a percepção individual da posição na vida no contexto da sua cultura e sistema de valores em que vive, e em relação com os seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações" (Orley, 1994, citado por Ribeiro, 1997, p.260). Fica implícita nesta definição a multidimensionalidade do conceito, que integra a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, crenças e relação com os acontecimentos do meio ambiente, bem como a clara contribuição dos aspectos culturais e das particularidades do meio ambiente biológico, social e cultural, na Qualidade de Vida.

Segundo Ribeiro (1997) a promoção da QDV implica determinados pressupostos subjacentes ao conceito:

"A QDV não significa ausência de doença; a QDV manifesta-se ao nível do bem-estar e da funcionalidade; a QDV define-se por uma dimensão de bem-estar, que é uma dimensão subjectiva, auto-percebida; a QDV abrange aspectos físicos, mentais, sociais e ambientais; existe uma relação sistémica entre estes aspectos o que implica que sejam aspectos da mesma realidade.; a QDV é um processo dinâmico; a QDV só tem sentido se concebida em termos ecológicos". (Ribeiro, 1997, p.260)

Aaronson (1995, citado por Kiney, Burfitt, Stullanbarger, Rees, & Debolt, 1996) refere que, apesar de não existir uma definição universal de qualidade de vida, desenhasse um consenso de que esta pode ser representada através de quatro dimensões: sintomas e efeitos secundários, estatuto físico funcional, funcionamento social, e estatuto psicológico

Paralelamente, é considerada como um dos indicadores tradicionais na avaliação das necessidades em saúde, tendo em conta que as interações físicas emocionais e sociais são subjacentes ao desenvolvimento das doenças e influenciam os resultados obtidos com o tratamento.

O interesse crescente pela QDV em ambiente de doença é apelidado QDVRS, sendo uma QDV que depende da doença de que o sujeito é portador. Este conceito, QDVRS, tem sido estudado em diversos contextos de doença crónica, nomeadamente nas doenças cardiovasculares (Croog et al, 1986; Kaplan, 1998; Oparil, 1993; Raczynsky & Oberman, 1990; Testa et al., 1993; Wenger & Furberg, 1990,

citados por Ribeiro, 1997), e mais recentemente por Booth, et al., (1991); Kinney et al, (1996); Lamberg, (1996); Pathy, (1999); Melo e Antunes, (2000).

Segundo Bubein et al (1996), a QDV engloba o bem-estar total do indivíduo, incluindo os aspectos físicos e psicossociais. A avaliação da QDV prende-se com uma avaliação da capacidade funcional, da sintomatologia e, bem ainda, com a percepção do doente acerca do seu bem-estar. A capacidade funcional, estreitamente relacionada com a capacidade para manter um determinado nível sócio-económico, inclui o desempenho das actividades diárias, bem como as funções emocionais, intelectuais e sociais.

Fallowfield (1990) indica quatro domínios principais que devem reflectir um funcionamento satisfatório para o indivíduo na Qualidade de Vida, nomeadamente:

- A nível psicológico: depressão, ansiedade, ajustamento à doença, etc.

Pessoas doentes, que sofram simultaneamente de ansiedade e depressão, dificilmente podem funcionar em moldes satisfatórios nas outras áreas que contribuem para a Qualidade de Vida. Um bom funcionamento psicológico permite ao indivíduo adaptar-se e ajustar-se à doença, utilizando estratégias de coping adequadas à situação.

- A nível social: actividades sociais e tempos livres, relacionamentos pessoais e sexuais.

É particularmente importante para pacientes com doenças crónicas progressivas sentirem o suporte familiar e dos amigos. Surgem frequentemente problemas sexuais, sendo necessário que o paciente e o seu parceiro encontrem alternativas e ajuda para explorar novas maneiras de expressar o afecto.

- A nível profissional: capacidade e vontade de trabalhar, capacidade para cuidar das tarefas domésticas.

De um modo geral, o sujeito obtém uma enorme gratificação pessoal através do reconhecimento social, de realizações e interacções sociais proporcionadas pelo trabalho. As baixas ou reformas antecipadas devido à doença podem ter consequências graves na auto-estima do sujeito.

- A nível físico: dor, sono, apetite e náuseas, satisfação sexual.

O sofrimento físico e a dor são muitas vezes uma experiência perturbadora para o paciente, com impacto significativo em todos os domínios da QDV do sujeito.

Para a autora (Fallowfeld, 1990, p. 19), “ a QDV é um fenómeno multifacetado e qualquer medida durante o tratamento no sentido de melhorar a Qualidade de Vida, necessita de abordar o impacto que essa doença ou tratamento tem nas diferentes dimensões e não simplesmente na função física”.

Segundo Schipper, Clinch e Powel (1990, citado por Ribeiro, 1994, p. 184), das diferentes teorizações sobre a qualidade de vida, realçam-se cinco que contribuem para as correntes actuais:

- **Abordagem Psicológica** - pressupõe a distinção entre ter uma doença e sentir-se doente. É uma abordagem centrada na percepção do doente, já que, enquanto a intervenção médica se centra na existência da doença, a QDV baseia-se na experiência da doença.
- **Abordagem Custo-Benefício** – baseia-se na dicotomia quantidade de vida versus qualidade de vida. Para uns a vida deve ser vivida a qualquer custo, para outros a vida só deve ser vivida em determinadas circunstâncias.
- **Abordagem Centrada na Comunidade** – as variáveis são organizadas tendo em atenção o impacto da doença na comunidade. São agrupadas em círculos concêntricos. O círculo central agrupa os parâmetros fisiológicos e os círculos envolventes incluem: distress psicológico/ bem-estar; percepção geral da saúde; funcionamento social e o exercício e o papel social. Nesta abordagem a QDV reúne um conjunto de parâmetros fisiológicos, personalidade e sociais, estendendo-se à comunidade.
- **Abordagem-funcional** –centrada em aspectos funcionais. Reorganização dos aspectos funcionais, físicos, psicológicos e sociais, de modo a que vida se ajuste às consequências de uma doença incapacitante, ignorando os aspectos emocionais.
- **Lacuna de Calman** –conceptualiza a QDV como uma lacuna entre as expectativas do doente e o que conseguiu concretizar. Quanto menor a lacuna melhor a qualidade de vida.

Kuchler (1989, citado por Wood-Dauphinee & Kuchler, 1992, p. 4-5) conceptualizou a QDV dos doentes numa representação gráfica multidimensional desenvolvendo três dimensões. A conjugação destas três dimensões traduz uma

perspectiva colectiva da QDV de um indivíduo, obtida num momento preciso. São as seguintes as vertentes aludidas:

- **Referência** – situa o sujeito no contexto individual, familiar grupo, social cultural e político;
- **Experiência** – inclui os domínios somático, psicológico, interpessoal, socioeconómico e espiritual;
- **Tempo** – a QDV é o culminar de experiências passadas, presentes e de expectativas futuras.

Veenhoven (1996) refere que na primeira metade do século a QDV era amplamente associada a uma concepção materialista (felicidade e prosperidade), surgindo na década de 60 críticas e eclodindo um novo movimento, atingido o nível de saturação e com os limites ecológicos do crescimento económico a emergir, modificam-se os indicadores da QDV, que se materializaram na consideração dos indicadores sociais.

O mesmo autor (Veenhoven, 2000) aborda alguns problemas no conceito de QDV, residindo o primeiro no facto de não existir consenso em relação ao significado de termos como qualidade de vida, bem-estar e felicidade. Com o tempo as conotações tendem a ser mais específicas e múltiplas, as comunidades tendem a desenvolver os seus próprios conceitos de QDV.

Um segundo problema prende-se com a conotação de inclusão. O uso das palavras como um termo geral é sugestivo de que existe algo similar a uma QDV “global”, a que se podem associar significativamente qualidades específicas com um valor mais alargado, o que levanta sérias dúvidas. Os filósofos nunca se colocam de acordo numa definição única de qualidade de vida. A denotação retórica do bom em geral requer periodicamente novas terminologias, surgem expressões novas com significados mais precisos. Por exemplo, no campo da saúde, o termo QDV expressa que há algo mais do que a quantidade de tempo de sobrevivência. Analogamente, a palavra bem-estar passou a ser utilizada em sintonia com a prosperidade.

Uma distinção clássica é feita entre a QDV objectiva e subjectiva. A primeira aborda o grau de vida que atinge patamares explícitos de boa-vida, avaliados por uma pessoa externa imparcial (por exemplo o resultado de um exame médico). A segunda variante, QDV subjectiva, prende-se com auto-apreciações baseadas em critérios implícitos, por exemplo, o sentimento subjectivo da saúde de alguém. Zapt (1984, citado por Veenhoven, 2000), refere que, quando as condições de vida pontuam bem

com medidas objectivas e a apreciação subjectiva da vida é positiva, fala-se de “bem-estar”, quando ambas são negativas, de “privação”. Quando a qualidade objectiva é boa e a apreciação subjectiva é negativa, é aplicado o termo de “dissonância”, já que a combinação de más condições e boa apreciação é etiquetada como “adaptação” .

Veenhoven descreve o seu modelo das quatro QDV, que ocupam posições diferentes, quer como resultados, quer como condições de vida onde se distinguem as oportunidades e os resultados, representados verticalmente, sendo a diferença entre qualidades internas e externas distinguida verticalmente.

Figura 2 – As Quatro Qualidades de vida
Veenhoven (2000) in The Four Qualities of Life (p 4)

	Qualidades Externas	Qualidades Internas
Oportunidades de Vida	<p>Ambiente vivível /Habitabilidade do meio Ecológica ex. clima moderado, ar limpo Social ex. liberdade, igualdade, fraternidade Económica ex. nação rica generosidade, segurança social Cultural ex. florescimento das artes e ciências, educação em geral. etc.</p>	<p>Capacidade Individual de Viver Capacidade de adaptação do sujeito Saúde física negativo; sem doença, positivo enérgico, resistente. Saúde Mental - negativo: sem alterações psicopatológicas positivo, autonomia, criatividade. Conhecimento alfabetização, estudos, competências. Arte de viver variedade de estilos, gostos diferenciados etc.</p>
Resultados de Vida	<p>Utilidade da Vida Utilidade externa Para os próximos, criar filhos, fazer amizades Para a sociedade, ser um bom cidadão Para a humanidade, deixar um legado, uma obra Perfeição moral autenticidade, compaixão, originalidade</p>	<p>Modo como avalia a vida Apreciação dos aspectos de vida ex. satisfação com o trabalho, satisfação com a variedade. Humor dominante ex. depressão, tédio, entusiasmo Apreciação geral Afectiva: nível de humor geral. Cognitiva: satisfação com a vida</p>

Oportunidades de vida – são duas as classes de oportunidades de vida. Na metade superior do esquema são abordadas as variantes da QDV potencial, ao lado das oportunidades externas e do ambiente de cada um e das capacidades internas a serem exploradas. As oportunidades do ambiente são designadas com o termo de habitabilidade, as capacidades pessoais, internas são designadas, por capacidade de adaptação à vida. Em relação às qualidades externas, a *habitabilidade do meio*, no quadrante superior esquerdo designa o significado das boas condições de vida. Frequentemente os termos QDV e Bem-estar são utilizados com o mesmo significado, especialmente nos trabalhos ecológicos e sociológicos. Habitabilidade é um termo mais adequado pois não se refere apenas às condições materiais, mas também às condições do ambiente. A *capacidade de vida*, capacidade de adaptação à vida do indivíduo, que remete para as qualidades internas, está localizada no quadrante superior direito, designando as oportunidades internas de vida, ou seja, a preparação, capacidade que o sujeito tem para se confrontar com os problemas da vida.

Resultados de Vida - a parte inferior do esquema aborda a QDV em relação aos seus resultados, que se podem avaliar pelo seu valor para o ambiente de cada um e o valor para si mesmo. O termo *utilidade de vida* designa o valor externo de uma vida. A sua apreciação interna designa-se por *apreciação de vida*. O reconhecimento de que a sua vida é útil aumenta a apreciação que se faz da mesma. A *utilidade da vida*, localizada no quadrante inferior esquerdo refere-se ao facto de que uma vida tem que ser boa, mais do que por si mesma. A *apreciação de vida*, localizada no quadrante superior direito, representa os resultados internos da vida. Esta qualidade reduz-se à qualidade subjectiva da vida, o que se denomina geralmente por bem-estar subjectivo, satisfação com a vida ou felicidade. A vida tem tanto mais esta qualidade, quanto mais tempo pode ser desfrutada.

Classes de capacidade de viver– a representação mais comum desta qualidade de vida é a ausência de defeitos funcionais. Isto é, a saúde positiva, quando há ausência de doença, associada a energia e resistência. Os conceitos psicológicos de saúde mental positiva englobam a autonomia, o controlo da realidade, a criatividade e a sinergia interna de características e esforços.

Utilidade de Vida – Quando se avaliam os efeitos externos de uma vida, que podem estar relacionados com a funcionalidade para o meio envolvente, o contributo para a sociedade, efeitos no ecossistema, o sujeito não necessita de estar consciente da sua perfeição pode até desvalorizá-la. Este critério de qualidade é externo.

Apreciação de vida – O ser humano é capaz de avaliar a sua vida de diferentes maneiras, podendo valorizá-la de forma afectiva. Os juízos são feitos em distintas perspectivas de tempo, passado, presente e futuro. Como o futuro é menos tangível que o presente e o passado, os medos e esperanças dependem mais de inclinações afectivas do que de cálculos cognitivos. A maioria destes juízos não são conscientes, dando por vezes lugar a síndromas mais psicopatológicos, como o tédio e a depressão.

Assim a QDV é um fenómeno multifacetado e qualquer medida deve abranger o impacto que a doença e o seu tratamento têm em vários domínios, da mesma forma que o termo psicossocial envolve não só os processos intrapsíquicos, mas também as interacções entre indivíduos, assim como entre estes e as instituições. Desta forma, uma medição realista do ajustamento psicossocial deve ser de natureza multidimensional, reflectindo as áreas mais importantes que possam ter influência no ajustamento do indivíduo à sua doença. Um bom indicador de QDV deve ser suficientemente sensível para registar qualquer alteração que se verifique durante a doença e o seu tratamento, assim como após o programa de reabilitação.

Relativamente ao doente crónico, é importante avaliar até que ponto a doença afecta a sua qualidade de vida. Saber qual o impacto da doença nas áreas vocacional, social, nas actividades pessoais, bem como nas actividades da vida diária, viabilizando o desenho de um modelo de intervenção, que favoreça uma melhoria na QDV destes pacientes (Devins et al, 1990, citado por Tayllor, 1995). Por outro lado, medidas particulares acerca da qualidade de vida, permitem-nos elencar quais os problemas subjacentes a cada doença em particular, que afectam a dita qualidade de vida. Este tipo de informações facilita a antecipação do tipo de intervenção mais adequada (Schag e Heinrich, 1986, citado por Taylor, 1995). É também de suma importância, avaliar o impacto dos tratamentos na QDV dos pacientes, nomeadamente de tratamentos desagradáveis, permitindo-nos também identificar os determinantes da escassa aderência aos tratamentos. A informação acerca da QDV viabiliza também a

comparação de terapias - por exemplo, se duas terapias produzirem aproximadamente taxas de sobrevivência equivalentes, sendo que numa a QDV é menor - permitindo-nos tomar decisões sobre o tratamento a escolher (Ribeiro, 2005). Por último, a informação inerente à QDV é muito importante ao nível da decisão política, já que viabiliza a comparação de resultados dos diferentes tratamentos, de forma a maximizar a probabilidade de sobrevivência a longo termo, com maior nível de QDV possível. Esta informação facilita ainda a avaliação dos custos efectivos nas diferentes intervenções, fornecendo-nos também, dados relativos à QDV

A QDV é essencial nos contextos da saúde e da doença e deve ser um resultado primário nestes meios, ou seja, a intervenção visa a QDV, e esta avalia o sucesso da intervenção (Ribeiro, 2006).

Qualidade de Vida no Contexto dos Cuidados de Saúde

As componentes da Qualidade de Vida, o seu domínio subjectivo e a sua componente objectiva, começaram por ser abordados por autores que não estavam ligados ao campo da saúde, em estudos dirigidos à população saudável, ou seja que não padecia de qualquer maleita.

A QDV compreende duas dimensões em simultâneo: um aspecto objectivo, que se prende com a satisfação das necessidades e a capacidade de realizar aquilo a que se aspirou; e um aspecto subjectivo que se reporta à forma como cada sujeito se sente física e psicologicamente e nas suas relações com o meio.

Um novo termo, qualidade de vida relacionada com a saúde, tradução da expressão inglesa Health-related Quality of Life, de variada aplicação e significado impreciso, tem sido utilizada pelos investigadores. Dentro desta discussão, surge uma dificuldade de entendimento: seria a qualidade de vida um domínio ou dimensão da saúde, ou a saúde uma dimensão ou domínio da qualidade de vida? Estas dúvidas estão presentes inclusive em trabalhos de investigação, e, em grande número de artigos da literatura médica, não sendo encontrada uma clarificação do conceito e definição do tema, não resultando

evidente o que os autores consideram qualidade de vida, de grande importância para as investigações científicas, inclusive para fins de comparação (Evers, 2003, Kluthcovsky, & Takayanagui, 2007).

O desenvolvimento tecnológico da medicina e das ciências humanas trouxe como consequência negativa a sua desumanização.

O conceito de QDV na área da Saúde, pretende valorizar parâmetros mais amplos que o controlo dos sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da esperança de vida.

Nos últimos anos, a QDV tem sido objecto de estudo privilegiado no sistema de cuidados de saúde. No contexto actual da saúde, a avaliação dos resultados é feita, crescentemente na perspectiva do doente, com base na forma como este é afectado na sua funcionalidade ou bem-estar e na satisfação das suas expectativas e necessidades.

A melhor medida de qualidade não é a frequência com que um serviço médico é prestado, mas sim quão próximo o resultado está dos objectivos fundamentais de prolongar a vida do doente, aliviar o stress, restaurar a função e prevenir a incapacidade.

Só recentemente, o principal objectivo dos médicos foi o restabelecimento, ou a manutenção, de uma vida mais efectiva.

Nem sempre a incessante procura de um melhor tratamento para todos os males, nem a constante procura de aumentar o tempo de vida a qualquer custo serão a melhor solução para a pessoa doente. Torna-se imperativo atender às necessidades dos pacientes, particularmente ao seu bem-estar emocional e respeitar a sua vontade e dignidade como ser humano.

A medição nos cuidados de saúde abrange cada vez mais a perspectiva do sujeito, enfatizando a qualidade de vida, com enfoque na forma como este se sente e não como o médico imagina que deva sentir-se, em função de determinados parâmetros clínicos, valorizando a qualidade de vida.

Posteriormente, e mais ou menos concomitante com o desenvolvimento de estudos sobre a saúde, o conceito generalizou-se e popularizou-se em ambientes médicos, sendo frequentemente apelidado de QDVRS (Health Related Quality of Life), ou dependente da saúde, ou seja a Qualidade de vida relacionada com a doença de que o sujeito é portador. Para uns, QDV e Estado de Saúde são conceitos idênticos (Bergner, 1989;

Fries e Spit (1990); citados por Ribeiro, 2004), para outros (Hermann, 1993; Kaplan e Anderson, 1990; e Ware 1991; citados por Ribeiro, 2004), são distintos. Um destes autores, Ware, refere que a QDV é um conceito mais amplo e abrangente do que o da saúde, sendo esta, a par de outras uma das dimensões utilizadas para medir a Qualidade de Vida. Na investigação já citada de Campbell, Converse e Rogers (1976; citados por Ribeiro, 1994), o domínio "*Saúde*" é um dos 12 domínios avaliados, sendo o que apresentou maior correlação com o resultado total da Qualidade de Vida.

A QDVRS é um termo abrangente que engloba cinco conceitos "a duração da vida, invalidez, estados funcionais, percepções, oportunidades sociais" e relaciona-se com a saúde na medida em que é "influenciada pelas doenças, lesões, tratamentos e políticas de saúde", tal como aludido por Patrick e Deyo, (1989, citado por Ribeiro, 1999, p 101).

Nesta abordagem, a Saúde é assim uma das componentes que, provavelmente, maior importância assume no âmbito da Qualidade de Vida.

Spilker (1990, citado por Ribeiro, 2007) sugere um modelo em que os factores clínicos, a par de outros (ex. relacionados com o tratamento, segurança, eficácia e reacções adversas ao tratamento, com efeitos clínicos benéficos e a adequação de custos), são filtrados pelos valores, crenças e juízos do paciente, resultando da relação entre estes a QDV do doente.

Bullinger et al (1993) referem que o conceito de QDV inclui uma variedade de condições que podem afectar a percepção do indivíduo, como sejam os seus sentimentos e comportamentos relacionados com as suas actividades diárias, não se limitando à condição de saúde, ao seu impacto e intervenções médicas.

Ormel, Lindberg, Steverink e Vonkorf (1997, citados por Ribeiro, 2007) adoptaram um modelo compreensivo de como as efeitos da doença se reflectem na QDV, os sintomas e as limitações funcionais colocam dificuldades acrescidas nas actividades, capacidades e recursos usuais do doente, aumentando assim as dificuldades e reduzindo os meios comportamentais para alcançar objectivos instrumentais, o que implica, consequentemente, efeitos negativos na QDV.

Revicki et al (2000, citados por Ribeiro 2004) referem não existir uma relação directa entre a gravidade dos sintomas, as limitações funcionais, incapacidade, perda e QDV. As percepções de saúde, bem-estar, satisfação com a vida não são directamente proporcionais aos sintomas e limitações funcionais, que por sua vez não são directamente proporcionais à incapacidade física e anatómica.

A QDVRS é assim um conceito específico do sistema de cuidados de saúde, podendo ter duas interpretações diferentes. No sentido mais amplo, QDVRS refere-se à QDV que depende das doenças (de toda e qualquer doença), avaliando a contribuição dessa doença, bem como do seu tratamento, na QDV dos sujeitos. No sentido mais restrito, e também mais específico para cada doença, a QDVRS refere-se às limitações, ou à forma como essa doença interfere na Qualidade de Vida. Sendo mais apropriado falar de QDV relacionada com a doença, ao invés de QDVRS, sendo neste sentido que deve ser considerada, já que quando falamos de saúde, falamos de doença.

Segundo Wood-Dauphinee e Kuchler (1992, p. 7), a QDVRS pode ser entendida como “... a percepção subjectiva que o indivíduo tem do seu próprio bem-estar físico, psicológico e social tendo em conta as repercussões da doença e do seu tratamento”.

Citando ainda os mesmos autores, a concepção das dimensões da QDVRS não deve medir apenas as grandes categorias funcionais:

- **Função Física** – actividades da vida diária, mobilidade, sono, alimentação, sexo, lazer, trabalho, etc.
- **Função Psicológica** – humor, afecto, estabilidade, emocional, compreensão, coping, memória, etc....
- **Função Social** – relações sociais, suporte social, interações, independência, desempenho social, etc.....

Mas também:

- **Sintomas** – específicos da doença em questão;
- **Presença da doença e tratamento** – queixas relacionadas com o problema de saúde diagnosticado e com o tratamento.

Para Cramer e Spilker (1998), a crescente importância da QDV tem-se desenvolvido como um indicador válido para avaliar a eficácia ou não do tratamento médico.

Estes autores abordam dois aspectos principais relacionados com a Qualidade de Vida:

- **A QDVRS** – representa uma parte da QDV directamente relacionada com a saúde individual, isto é, factores individuais internos e externos que podem influenciar a percepção da saúde, da funcionalidade e do bem-estar.

- **A QDV não Relacionada com a Saúde**- a sua conceptualização inclui quatro domínios (a) pessoal-interno, (b) pessoal-social (c) externo-ambiente natural, (d) externo ambiente social, e com uma estrutura organizacional semelhante à anterior em cada domínio, tem várias componentes, cada uma destas consistindo em factores individuais.

Ainda segundo os mesmos, os factores físicos e psicológicos na QDVRS podem influenciar directamente ou não os domínios económicos e sociais. Sendo que os principais domínios da QDV são os seguintes:

- Estado físico e capacidades funcionais;
- Estado psicológico e de bem-estar;
- Interações sociais;
- Estado e factores económicos e vocacionais.

Cramer e Spilker (1998) referem ainda que, para os pacientes, consistirá, no essencial em prolongarem a sua vida, funcionarem normalmente, estar livres de dor e de outros sintomas físicos, psicológicos ou sociais, de efeitos iatrogénicos, secundários ao próprio tratamento, permanecerem no sistema financeiro da saúde após as despesas. Estas 5 dimensões são denominadas 5 d (death, disability, discomfort, drug side effects, and dollar cost) (Cramer e Spilker, 1998, p 20)

Para além da saúde e tal com refere Fallowfield (1990), a QDV depende de outros factores, sendo eles: actividade profissional, família, poder económico, entre outros. Sendo as fronteiras porosas e existindo uma clara interacção entre os vários

componentes, o que implica que se o sujeito está desempregado, com uma situação económica periclitante e com determinados problemas familiares, tem maiores probabilidades de adoecer.

Spilker (1993, citado por Ribeiro, 1994) explica a relação entre a QDV e a intervenção médica tradicional:

"o tratamento médico contempla aspectos diversos como, segurança da intervenção que se repercute na redução de reacções adversas ao tratamento, eficácia que se reflecte nos benefícios para o doente, e outras medidas, que se reflectem, por exemplo, nos custos económicos do tratamento. Os aspectos do tratamento, por sua vez, vão ser filtrados pelos julgamentos, crenças e valores do doente, com base no seu estado e capacidade física, bem-estar psicológico, interacções sociais e estatuto económico. Este filtro constituído pela percepção do sujeito, é a Qualidade de Vida" (Spilker, citado por Ribeiro, 1994, p. 182).

Melo (1997), refere que a QDVRS se prende com o impacto da saúde de um indivíduo na sua capacidade de realizar e gozar as actividades da vida diária, de carácter subjectivo e individual.

Segundo Ribeiro (2001), as designações QDV e QDVRS estão interligadas. Mas existe uma diferença fundamental entre estes dois conceitos:

- A QDVRS refere-se a aspectos relacionados com os sintomas da doença e com o tratamento. É um conceito específico de uma doença e só pode ser aplicado aos portadoras dessa doença, privilegiando seus aspectos próprios, como os sintomas, características do tratamento e os seus efeitos.
- A QDV tem um sentido mais amplo, já que é aplicada a todas as pessoas, saudáveis ou não.

Os resultados das intervenções médicas sobre os utentes do sistema de cuidados de saúde têm sido um dos motores do desenvolvimento e da amplitude do conceito de Qualidade de Vida. As intervenções médicas, cirúrgicas e farmacológicas, não têm os mesmos efeitos sobre os pacientes. No passado, os resultados considerados, eram exclusivamente resultados objectivos das doenças em questão. Vários estudos pretendem que embora os resultados específicos da intervenção sobre a doença, sejam idênticos, os efeitos sobre a QDV dos doentes não é semelhante (Croog, et al., 1986; Gilham, 1992; citados por Ribeiro, 1994). A grande mudança nas linhas orientadoras reflecte-se na consideração, por investigadores, políticos, indústria farmacêutica, do

impacto da intervenção médica em factores subjectivos, avaliados na QDV (Greenfield, 1989, Kassirer, 1993, Spilker, 1992, citados por Ribeiro, 1994). "A QDV está, cada vez mais, a tornar-se uma medida aceite, na eficácia da intervenção médica em ambiente clínico. Tem sido utilizada, nuns casos como uma das medidas em investigações clínicas, e como um resultado primordial da intervenção clínica" (Spilker, 1992, citado por Ribeiro, 1994 p.183).

Em suma, transparece o facto de a QDV ser uma dimensão cada vez mais estudada no sistema de cuidados de saúde, assumindo grande importância nos resultados das intervenções médicas, podendo o impacto destas intervenções ser substancialmente diferente, no bem-estar dos doentes, embora os efeitos nas variáveis fisiológicas sejam idênticos.

A Avaliação da Qualidade de Vida

As medidas de QDV dividem-se em dois tipos: as de funcionamento objectivo, que podemos observar, tal como o paciente, e que podem ser objectivamente avaliadas, e as de bem-estar subjectivo, apenas passíveis de avaliação pelos próprios pacientes, tais como os níveis de dor e de angústia que sentem. Sendo importante sublinhar que a QDV cobre ambas as dimensões objectiva e subjectiva (Donald, 2008)

As técnicas de avaliação utilizadas consideram aspectos positivos do funcionamento individual, contrariamente ao que é tradicional no modelo biomédico, em que se avalia a disfunção. Avaliar positivamente significa avaliar a capacidade, o potencial, a realização, ao invés da impotência, da incapacidade. Estas medidas não pretendem excluir nem substituir as medidas clínicas tradicionais, pretendem sim, um maior avanço nesse campo, em complementando das de natureza clínica (Ware, 1993).

A partir da valorização que o sujeito faz de aspectos relevantes da sua vida num momento preciso, é possível avaliar os níveis de QDV que o indivíduo pensa ter atingido nalgumas das áreas.

Os níveis de QDV são expressos por índices parciais, cuja ponderação permite aceder a um índice global (contido numa escala nominal ou numérica).

Este modelo conceptual tem inúmeras implicações para a intervenção prática, nomeadamente ao nível da elaboração/avaliação de programas que visam a promoção da QDV das pessoas e dos grupos. A apreciação dos diferentes índices obtidos permite analisar a pertinência e a possibilidade, ou não, de actuar em determinadas áreas e estimar os benefícios noutras dimensões, que visem uma melhor qualidade de vida.

Dado que a QDV é concebida como uma dimensão subjectiva, só é possível aceder a índices de QDV com base nas respostas dos sujeitos, referentes à forma como avalia a sua vida num momento preciso. Assim, a QDV é uma medida subjectiva, tal como já aludido, sendo a sua valorização determinada pela forma como a pessoa percebe a sua vida passada e a vida dos indivíduos da sua comunidade. Tal apreciação reflecte, por isso, a valorização de certos aspectos da vida, que para outros sujeitos podem não ter um valor tão favorável ou positivo.

Segundo Revicki et al (2000, citados por Ribeiro, 2004), a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QDVRS), pode ser definida como “uma avaliação subjectiva do impacto da doença e do tratamento, no domínio físico, psíquico, social e somático do funcionamento e do bem-estar”. Pressupõe as seguintes técnicas de avaliação: consideração dos aspectos positivos; consideração da avaliação em dois planos: ao nível do bem-estar e ao nível da funcionalidade; consideração da interacção de aspectos físicos mentais e sociais; baseiam-se na percepção pessoal. Sendo a QDV um resultado, as variáveis positivas antecedem-na.

Veenhoven (2000) refere que se presta pouca atenção a temas de essência, de modo que não há uma resposta clara à questão sobre o que medem realmente estas medidas. Uma das razões desta deficiência é a falta de uma clara taxonomia da qualidade de vida.

A multidimensionalidade das medidas da QDVRS considera vários domínios ou scores, dependendo o seu número da natureza da avaliação da QDVRS, quer se use instrumentos gerais de avaliação da QDV ou instrumentos específicos da doença, Os instrumentos específicos da doença incluem itens relacionados com os sintomas da doença ou efeitos do tratamento (Ribeiro, 2004; Donald 2000).

Eis algumas das medidas utilizadas:

Sickness impact Profile (SIP) (Bergner et al, 1976) é, segundo Kaplan (1985), um dos instrumentos mais conhecidos e utilizados para medir a Qualidade de Vida. Inclui 136 itens, distribuídos por 12 categorias, divididas em 3 componentes: física, psicossocial e uma última que se refere a categorias independentes, tais como descansar/dormir, comer, trabalhar, recrear, etc. Cada item é uma afirmação de que o inquirido assinala como sendo respeitantes a si ou não. O questionário pode ser auto-administrado ou passado por um entrevistador, levando 30 minutos a preencher. Esta escala é conhecida por ter elevados níveis de fidelidade e confiança.

The MCMaster Health Index Questionnaire (MHIQ) (Larry Chambers et al., 1982) uma abordagem similar foi desenvolvida por estes autores. É um questionário que consiste em 59 itens, sendo constituído por 3 escalas separadas - a função física, função emocional e função social. É um questionário auto-administrado. Uma das desvantagens deste questionário é a diminuta precisão do nível de confiança .

The index of Activities of Daily Living (ADL) (Sidney Katz et al) representa uma das mais antigas e usadas medidas de QDV(Kaplan, 1983). Inclui escalas que descrevem 6 funções: alimentar-se, vestir-se, higiene pessoal, transferência e actividade sexual. Para cada afirmação, o inquirido deve referir o seu nível dependência ou independência. A maior limitação desta escala é não estabelecer distinções de forma a que a QDV seja vista num continuum.

Nottingham health profile (Hunt, McEwan e McKenna, 1986) é composto por 36 itens, distribuídos em 6 dimensões: mobilidade, dor, sono, reacções emocionais, energia e isolamento social. O inquirido assinala se o item lhe diz ou não respeito.

The Quality of Well-Being Scale (Kaplan, Bush & Berry, 1976) é composto por 50 itens com múltiplas alternativas de resposta, abrangendo os seguintes domínios: cuidados pessoais, mobilidade, institucionalização, actividades sociais, sintomas e problemas.

O SF 36 é considerado uma medida genérica de saúde, uma vez que se destina a medir conceitos de saúde que representam valores humanos básicos referentes à

funcionalidade e ao bem-estar de cada um. Além disso, não é específico de qualquer nível etário, doença ou tratamento.

O conteúdo do SF-36 tanto referente à saúde física como mental e a sua relativa simplicidade são factores que facilitam a utilização deste questionário. É o instrumento genérico de medição do estado de saúde com maior potencial na utilização internacional e na avaliação dos resultados clínicos, permitindo-nos interpretar dados relativos ao estado físico e mental (principalmente nos doentes que sofrem de doenças crónicas) e inferir o efeito do tratamento no estado de saúde em geral.

Modelos de Intervenção na Promoção da Qualidade de Vida nas Doenças Crónicas

Na área das doenças crónicas, no campo da medicina, Wilson e Cleary (1995, citados por Ribeiro, 1997) propõem um modelo, identificando os aspectos a considerar em qualquer programa de Promoção da QDV em sujeitos portadores de uma doença. São eles: variáveis biológicas e fisiológicas; tipo de sintomas; estado funcional; percepção geral da saúde, onde se integram também as características pessoais do sujeito, bem como as características do meio ambiente, sobretudo no que se refere ao apoio psicológico, social e económico e na influência que estes factores têm nos aspectos associados à doença.

Segundo Ribeiro (1994), a intervenção na Promoção da QDV enfatiza a mudança no estilo de Vida em geral e, mais particularmente, os componentes que são considerados em todos os modelos da QDV (componentes físicos, comportamentais, psicológicos e sociais), no domínio da percepção e da acção. O comportamento é o elemento central a mudar, incluindo esta mudança comportamental aspectos cognitivos e emocionais, que sustentam, são consequência, ou estão subjacentes ao comportamento. Ainda segundo o mesmo autor, esta afirmação acerca da mudança comportamental deriva da terceira revolução da saúde, em que se assume a relação directa entre comportamentos, doença e saúde.

Relativamente à intervenção na Promoção da Qualidade de Vida, é importante salientar duas ideias fundamentais (Ribeiro, 1994):

- A intervenção deve focar aspectos positivos e não os negativos, as potencialidades e não as disfunções.
- Deve ser privilegiada a intervenção comunitária e a manutenção da QDV do sujeito doente. É necessário ter em conta o facto de o sujeito depender da sua capacidade de adaptação à doença e ao tratamento. A promoção e manutenção dos auto-cuidados nas doenças crónicas e na reabilitação devem ter como base programas adequados de treino de auto-competências, de molde a atender às necessidades específicas da doença crónica e melhorar a percepção da qualidade de vida.

No campo da psicologia Leventhal, Nerenz, e Steel (1984, citados por Ribeiro, 1997) abordam um modelo explicativo da forma como as pessoas lidam com as doenças crónicas, tendo como objectivo a melhoria na Qualidade de Vida. Referem 4 princípios fundamentais: 1) processamento activo - que indica que a experiência e o comportamento se formam sob a influência de um sistema de processamento de informação que integra estímulos actuais e memórias, inatas e adquiridas. As reacções emocionais face à experiência, bem como as estratégias de coping postas em jogo, são criadas momento a momento, através desse sistema de processamento; 2) o processamento paralelo - refere a existência de duas vias paralelas, envolvendo a representação objectiva da doença bem como a estratégia de coping para a enfrentar, a outra, envolve as respostas emocionais, bem como a estratégia de coping para enfrentar a doença crónica, com interacção entre as duas vias; 3) estadios de processamento - o processamento faz-se através de etapas, o primeiro permite a formação de representações cognitivas e emocionais; o segundo viabiliza o desenvolvimento e a concretização de planos providos no estadio anterior. O modelo funciona de forma sistémica; 4) processamento hierárquico. O sistema de processamento está hierarquizado, operando, quer a níveis concretos, quer a níveis abstractos, objectivos ou emocionais.

O' Donnell (1986, citado por Ribeiro, 1997), focando a questão da elaboração de programas de promoção da saúde, refere a existência de vários níveis, com várias etapas em cada um dos níveis. A consciencialização seria integrada num primeiro nível

(awareness), visando potenciar a compreensão das pessoas sobre a importância entre acção e saúde. O segundo nível comporta a mudança no Estilo de Vida, nele se incluindo vários passos, nomeadamente a transmissão de informação que favoreça a motivação para a acção; auto-avaliação; demarcação de objectivos, treino de competências (skills); organização de situações de suporte que assegurem a continuidade das acções. O terceiro nível pretende focar as questões ambientais, desde o ambiente físico, às questões legais, etc.

Simultaneamente Best e Cameron referem quatro aspectos que consideram de grande importância na modificação de comportamentos visando a saúde: "responsabilidade individual, versus responsabilidade do ambiente; intervenção sobre factores simples ou múltiplos; saúde global ou holística versus saúde comportamental; rede de recursos disponíveis" (1986, citados por Ribeiro, 1997, p.269).

Existem ainda outros modelos mais antigos usados no Promoção da Qualidade de Vida, os quais não serão objecto da nossa abordagem, por serem obsoletos.

Em suma, parece claro ser possível a Promoção da Qualidade de Vida, qualquer que seja a fase da doença crónica em que o indivíduo se encontra. Segundo Ribeiro, (1997) a conceptualização da promoção da Qualidade de Vida, pode ser concebida em vários níveis: identificação das variáveis a considerar quando se elaboram programas de promoção da Qualidade de Vida; identificar as variáveis que têm sido associado à saúde e à doença; identificar métodos de intervenção na aquisição ou mudança dessas variáveis.

Qualidade de Vida e Doença Crónica

A doença crónica perfila-se na actualidade como um dos grandes problemas da medicina e das ciências da saúde, representando presentemente 80% das doenças.

Fonseca e Paul (2001) referem que a doença crónica associada ao envelhecimento da população é um dos principais factores responsável pelo desfasamento entre a curva

da mortalidade e a da morbilidade, ou seja, pelo afastamento entre a esperança de vida e a qualidade de vida.

O prolongamento da esperança de vida nas últimas décadas não tem tido paralelo com o objectivo de manter os sujeitos saudáveis até à morte. As pessoas vivem mais tempo, mas frequentemente com uma doença crónica ou com qualquer outra incapacidade.

A doença crónica não tem uma definição consensual, mas é comumente aceite como uma doença sem cura, irreversível ou de tratamento permanente, que afecta profundamente a vida dos indivíduos e que impõe mudanças importantes no estilo de vida.

A doença crónica definida em contexto clínico, segundo Giovannini Bitti, Sarchellie Speltini (1986, citado por Ribeiro, 2007, p. 219), caracteriza-se por ser uma doença de longa duração, tendendo a prolongar-se para toda a vida, provocando invalidez, de causas não reversíveis, exigindo formas particulares de reeducação e obrigando o doente a seguir determinada terapêutica; impõe a aprendizagem de um novo estilo de vida; necessita de controlo periódico, observação e tratamento regular. Para além da cronicidade ser uma situação que se prolonga no tempo, é simultaneamente uma condição autónoma da doença, que engloba problemas de ordem estritamente sanitária, exigências e reacções psicológicas, necessidades ou preocupações sociais conferindo-lhe um carácter específico e diferenciando-a das doenças agudas.

São vários os factores que desempenham um papel importante no despoletar da doença crónica, já que, aos factores de risco inerentes à própria doença, se associam factores etiológicos com os factores biológicos, comportamentais e ambientais.

Importa, por isso, desenvolver intervenções adequadas à situação de cada sujeito, no contexto da sua situação psicossocial e biográfica, em que a doença eclode e se desenvolve, no sentido de lhe proporcionar uma melhor qualidade de vida.

Miguel e Borges (2002) referem que actualmente se deixou de sobrevalorizar as características individuais estáveis e generalizáveis das doenças, sendo elencados os processos de adaptação e conforto do doente, entendendo-se a cronicidade como um

acontecimento de vida stressante, que interage com uma série de outras ocorrências e condições de vida.

A natureza prolongada da doença implica consequências psicossociais, funcionais (tarefas que deixam de ser realizadas pelo próprio) e económicas que têm impacto na qualidade de vida.

A evolução de qualquer doença crónica tem uma trajectória definida que depende do diagnóstico, gravidade e progressão da doença, bem como das expectativas e características psíquicas de cada sujeito. O eclodir de uma doença crónica é um acontecimento não normativo, que constitui um forte agente stressor. Sendo variável, dependente da doença crónica, é ele próprio variável independente, passível de gerar doença (Ribeiro, 2007).

A necessidade de integrar o controlo da doença na rotina, as expectativas do que pode ocorrer se tal não acontecer, se o controlo for erróneo, as emoções que evocam, são um potencial agente stressor. Por outro lado, os tratamentos são eles próprios passíveis de gerar mal-estar.

Segundo Blanchard (1982, citado por Ribeiro 1997, p. 254), “as doenças crónicas tem que ser geridas em vez de curadas”. Sendo que, neste contexto, o problema central do doente crónico é viver com a sua doença.

Viver com uma doença crónica implica necessariamente uma tentativa de reconstrução da própria vida, envolvendo estratégias específicas para lidar com os sintomas, com as consequências percebidas da doença, e com o correspondente ajustamento, no âmbito das relações sociais (Fonseca & Paul, 2001). Ser portador de uma doença crónica é com ela coabitar, num mundo saudável, sendo os principais problemas a restrição física, o isolamento social, a desvalorização do eu e a dependência.

Giovanni et al (1986, citado por Ribeiro, 2007 p. 220) referem cinco domínios problemáticos da experiência subjectiva da doença:

- **Gestão da terapia e o estilo de vida renovado** – a necessidade de cumprimento do plano terapêutico, a mudança por vezes abrupta do estilo de vida, conduzindo a alterações de hábitos de muitos anos.

- **Risco de crise** – a necessidade de o paciente desenvolver competências para gerir a sua doença crónica, conhecimento da doença de molde a identificar e gerir a sua doença, prevenindo assim situações agudas.

- **Reestruturação do tempo** – a necessidade de reestruturar o tempo em função da adesão terapêutica, ficando os projectos de futuro também dependentes desta dimensão de tempo.

- **Isolamento social** – a gestão da doença crónica impõe regras (adesão e cumprimento da terapia, diminuição da autonomia, dependência), nem sempre compatíveis com a disponibilidade dos outros.

- **Contexto Familiar** – o suporte social é muito importante para o doente crónico, ajudando a gerir e a criar estratégias para lidar com a doença. A presença de um doente crónico pode levar a alterações da rotina, tanto a nível emocional como económico.

Assim sendo, assume extrema importância na doença crónica a informação dada ao paciente sobre a sua doença, bem como o estabelecimento de um programa terapêutico, de molde a prevenir ou minimizar a progressão da doença. Para tanto, é necessário desenvolver estratégias comportamentais, cognitivas e emocionais de gestão do dia-a-dia.

A Reabilitação

A Doença Crónica e os seus Condicionismos Físicos

A reabilitação física é um aspecto que assume particular importância na doença crónica. Segundo Taylor (1995), vários estudos efectuados em pacientes com doença crónica indicavam existir níveis superiores de ansiedade, angústia e maior taxa de suicídio nestes doentes. Consequentemente, quaisquer medidas que promovam

actividade, independência física e capacidade para efectuar as actividades diárias parecem ter efeitos positivos, não apenas no funcionamento diário, mas também no ajustamento psicossocial à doença crónica (Zautra, Maxwell, & Reich, 1989, citado por Taylor, 1995). A reabilitação física dos doentes crónicos integra várias metas, nomeadamente: ajudá-los a utilizar o mais possível o seu corpo, seguir um regime adequado, aprender a controlar o dispêndio de energia, etc. Os pacientes devem ser capazes de ler os sinais corporais, identificando factos de estarem ou não relacionados com uma crise, devendo, se assim for, saber como reagir, mantendo sempre o tratamento prescrito.

Os problemas físicos associados à doença crónica podem ser divididos em dois tipos: aqueles que estão directamente relacionados com a doença e os que emergem como consequência dos tratamentos. Os problemas directamente relacionados com a doença podem incluir dor física, tal como dor no peito, experienciada pelos doentes cardíacos. Frequentemente as consequências físicas de uma doença crónica provocam condicionalismos e restrições na vida dos sujeitos. O tratamento dos sintomas primários pode provocar dificuldades no funcionamento físico. A disfunção sexual como resultado da doença pode também emergir, sobretudo em pacientes hipertensos ou com enfarte do miocárdio (Andersen, & Prosse, 1989, citado por Taylor, 1995). Restrições nas actividades dos pacientes cardíacos também se verificam, nomeadamente mudanças alimentares, parar de fumar, exercício físico. Frequentemente estes sujeitos sentem que o desconforto e as restrições que lhes são impostas são piores do que a doença em si. Um regime de tratamento que deva ser seguido ao longo do tempo, em certos casos para o resto da vida, que seja complexo, interfira com outras actividades diárias e que implique uma mudança no estilo de vida revela níveis de aderência muito reduzidos (Turk e Meichenbaum, 1991, citado por Taylor, 1995).

Em suma, a reabilitação física implica um conhecimento de toda a doença em si, dos factores a ela associados, bem como das implicações que o tratamento pode ter ao nível de funcionamento do paciente. Requerendo a participação de vários especialistas, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos da saúde, de forma a assegurar que todos os esforços são mobilizados para que se atinjam determinadas metas. Uma combinação eclética de várias intervenções, nomeadamente física, comportamental, cognitiva, deve ser mobilizada de forma a criar um programa individualizado para cada paciente, controlando as dificuldades e por vezes os efeitos secundários relacionados com o tratamento, devendo estas diferentes intervenções promover também a

aderência ao tratamento. Importa que o sujeito tenha um papel activo neste programa, devendo a reabilitação ser feita com a total participação e cooperação do paciente. Quando efectivos, estes programas podem ter enormes benefícios para o doente crónico, não apenas porque favorecem uma tomada de consciência e um resumo das suas actividades diárias, mas também porque contribuem para minorar as perturbações emocionais relacionadas com a doença (Toshima, Blumberg, Ries & Kaplan, 1992, citados por Taylor, 1995).

A actividade Profissional na Doença Crónica

Frequentemente, a doença crónica provoca problemas aos pacientes, relacionados com a sua actividade laboral. Alguns devem restringir ou modificar as suas actividades profissionais. Aos pacientes cardíacos é exigido que reduzam o stress a nível profissional, pois a pressão a que anteriormente estiveram submetidos na sua actividade laboral pode ter contribuído, em larga medida, para o desenvolvimento da doença.

Associadas a estes problemas potenciais, podem emergir dificuldades profissionais, que devem ser avaliadas precocemente, durante o processo de recuperação. Aconselhamento profissional, programas de formação e conselhos de como evitar a discriminação devem ser prontamente iniciados.

Por último, outra dificuldade relacionada com os problemas vocacionais é ainda o impacto financeiro que a doença pode provocar no paciente e na família. Muitos destes sujeitos não beneficiam de um seguro, ou de um qualquer outro sistema de apoio na doença, que cubra suficientemente as suas necessidades.

O Suporte Social e as Interações Sociais

Após o diagnóstico, os pacientes portadores de doença crónica, podem revelar dificuldades em restabelecer relações sociais normais. As relações mais afectadas parecem ser com os amigos, havendo normalmente um reforço das relações íntimas (Dakof e Taylor, 1990, citados por Taylor, 1995). Assiste-se, por norma, no doente crónico, a um aumento de dependência em relação aos outros membros da família.

Consequentemente, uma das grandes mudanças que ocorre quando a um dos membros é diagnosticada uma doença crónica é um acréscimo de responsabilidade para os outros.

Muitos destes pacientes, nomeadamente os portadores de uma doença cardíaca diminuem a sua actividade sexual. Por vezes restrições temporárias, devido à doença podem ter sido impostas aos doentes, mas, habitualmente, o declínio da actividade sexual prende-se com factores psicológicos (tais como perda de desejo, medo de agravar o seu estado, ou impotência).

Relativamente às mulheres, parece existir evidência de que beneficiam de um menor suporte social que os homens. Kutner (1987, citado por Taylor, 1995) efectuou um estudo em que verificou que as mulheres com doença crónica experienciavam um menor suporte social do que os homens, explicando este dado pelo facto de frequentemente não serem casadas. Também a institucionalização parece ter como factor protector o facto de ser casado para os homens, mas não para as mulheres, que permanecem frequentemente institucionalizadas (Kelly, & Hayes, 1988, citado por Taylor, 1995); os homens casados passam menos tempo internados em casas de saúde do que o sexo feminino. Stern (1977, citado por Taylor, 1995) refere no seu estudo sobre o enfarte do miocárdio que a número de mulheres casadas era menor do que o dos homens, e estas, mesmo quando casadas, morriam mais rapidamente do que os homens, após o enfarte do miocárdio. As mulheres idosas parecem experienciar uma menor QDV quando doentes, por várias razões, designadamente por falta de suporte social.

O SISTEMA CARDIOVASCULAR

O coração, os vasos sanguíneos e o sangue formam o sistema cardiovascular e actuam como meio de transporte no organismo. O sistema cardiovascular é formado pelo coração, as artérias que conduzem o sangue com oxigénio e nutrientes a todos os tecidos do corpo, através dos capilares e das veias que trazem de novo o sangue ao coração. Os capilares são os vasos mais pequenos do sistema que levam o oxigénio às células, onde trocam o oxigénio e nutrientes, voltando ao coração pelas veias.

O Coração

O coração é uma órgão muscular que funciona como uma bomba, permitindo que o sangue circule pelo corpo, estando dividido em duas aurículas e dois ventrículos. A porção muscular do coração é apelidada miocárdio.

O lado esquerdo do coração, que engloba a aurícula esquerda e o ventrículo esquerdo transporta o sangue excessivamente oxigenado dos pulmões, bombeando-o para a artéria aorta (a maior artéria do coração), passando em seguida o sangue para vasos de dimensões mais reduzidas (artérias, arteríolos e capilares), de forma a alcançar os tecidos e as células; o sangue muda então a sua tonalidade de vermelho vivo para azul-escuro. Retorna pelo lado direito do coração (aurícula direita e ventrículo direito),

sendo bombeado depois para os pulmões através da artéria pulmonar. Uma vez oxigenado, volta pelo lado esquerdo do coração para as veias pulmonares. O coração completa estas funções em fases rítmicas e regulares de contracção e relaxação, conhecidas por círculo cardíaco. Estas fases são denominadas sístole e diástole. Na sístole, o sangue é bombeado para fora do coração, aumentando a pressão sanguínea nos vasos sanguíneos. No relaxamento do músculo, durante a diástole, a pressão sanguínea declina e o sangue é levado ao coração (Ribeiro, 2007).

A Circulação Sanguínea

O sangue circula em dois circuitos interligados: o pulmonar, que conduz o sangue aos pulmões para ser oxigenado, e o sistémico, que irriga o organismo com sangue oxigenado. As artérias que conduzem o sangue a partir do coração dividem-se em vasos sanguíneos mais pequenos denominados arteríolos e, depois, em capilares nos quais ocorre a troca de nutrientes e resíduos. Os capilares agrupam-se para formar vénulas, que por sua vez se agrupam para formar veias, que conduzem o sangue de volta ao coração

Existem dois tipos de circulações: a grande circulação e a pequena circulação; quando o sangue regressa da grande circulação - das partes mais longínquas do corpo e da maioria dos tecidos - entra na aurícula direita, passando depois para o ventrículo direito, sendo, nesta altura, pobre em oxigénio, é então bombeado pelo ventrículo direito através da artéria pulmonar, entrando na pequena circulação para os pulmões; nesta fase, ocorrem várias trocas, os gases desnecessários são deixados e há um reabastecimento de oxigénio. O sangue regressa à aurícula direita, através da veia pulmonar, rico em oxigénio, passando de seguida ao ventrículo esquerdo, onde é bombeado para a aorta e depois para a grande circulação, transportando sangue e nutrientes a todas as partes do corpo e regressando à aurícula direita. É um sistema de válvulas que permite a entrada e saída de sangue no coração na grande e pequena circulação e viabiliza, também, a passagem entre as aurículas e os ventrículos. Estas válvulas abrem e fecham ritmadamente, devido às contracções e relaxamento das várias partes do coração. As fases de contracção (sístole) e de relaxamento (diástole) são conhecidas por ciclo cardíaco. Na fase de contracção ou sístole, a pressão sanguínea

aumenta, enquanto na fase de relaxamento, diástole, a pressão sanguínea diminui. O fluxo sanguíneo, para dentro e fora do coração, é controlado pelas válvulas e a sua entrada e saída por cada um dos ventrículos. As válvulas cardíacas asseguram que o fluxo sanguíneo se faça apenas numa direcção. As válvulas tricuspida e mitral controlam o fluxo sanguíneo entre as aurículas e os ventrículos; o seu fecho marca o início da sístole. As válvulas aortica e pulmonar conduzem o fluxo sanguíneo dos ventrículos para as artérias, o seu encerramento marca o fim da sístole e o início da diástole.

Um número significativo de factores influenciam a forma como o coração contrai e relaxa, nomeadamente o exercício físico, as emoções, o stress. Nestes casos, o coração fica mais acelerado, completando o círculo cardíaco num período de tempo reduzido. Consequentemente, o aceleração cardíaco crónico ou excessivo pode reduzir a força cardíaca, diminuindo assim o volume de sangue que é bombeado. O ritmo cardíaco é também regulado pela quantidade de fluxo sanguíneo que vai para as veias. Quanto maior for a quantidade de sangue disponível, mais difícil se torna para o coração bombear. Por outro lado, se a quantidade de sangue disponível for reduzida, provoca um enfraquecimento e uma redução do batimento cardíaco (Goldmann, & Horowitz, 2001).

Com um estilo de vida inadequado e com o envelhecimento, há tendência para as artérias endurecerem e para o seu diâmetro interno estreitar, devido ao depósito de matérias gordas, estado que se designa por aterosclerose. Dado que o coração é um tecido muscular, ele próprio deve ser alimentado pelo sistema circulatório, o que é feito pelas artérias coronárias, localizadas na superfície do coração. Quando uma dessas artérias estreita ou é bloqueada por qualquer condição patológica ou quando o ritmo de bombagem fica fora do controlo resultam consequências graves para o coração e, consequentemente, para a integridade física do indivíduo (Ribeiro, 2007).

Insuficiência Cardíaca

Quando o coração ou o sistema circulatório falham, o organismo tende a entrar também em falha. Segundo Braunwald, Colucci e Grossman (1997, citado por Ribeiro, 2007), a insuficiência cardíaca ocorre quando uma anormalidade do sistema cardíaco

provoca insuficiência no bombeamento do sangue com a frequência necessária para satisfazer as necessidades metabólicas dos tecidos. Os principais sintomas da falha do sistema cardíaco são: dificuldades respiratórias, redução da capacidade de praticar actividade física, fadiga e fraqueza, sintomas urinários, sintomas cerebrais (confusão, dificuldades de memória ansiedade, dor de cabeça, insónia, pesadelos ou sonhos desagradáveis e, raramente, psicose com desorientação, delírio e mesmo alucinações).

A Doença Cardíaca Coronária

A Doença cardíaca mais comum é a doença coronária, responsável por 40% das mortes que ocorrem anualmente nos E.U.A (Taylor, 1995). Em Portugal, as doenças cardíacas constituem uma importante causa de morte nos sujeitos com idade inferior a 70 anos, sobretudo nos homens, e representam a terceira causa de morte em Portugal (DGS, 2008)

Até meados do séc. XX, o número de mortes não era tão representativo, por um lado, porque as pessoas morriam de doenças infecciosas, não vivendo o suficiente para desenvolverem uma doença cardíaca, por outro, porque a doença cardiovascular é também uma doença das sociedades industrializadas, consequência de um estilo de vida sedentário, bem como de alterações na dieta alimentar.

As artérias coronárias que saem da aorta, a principal artéria do organismo, irrigam o músculo cardíaco com sangue oxigenado. Na doença coronária, ocorre o estreitamento de uma ou mais artérias coronárias. Em consequência, o fluxo sanguíneo nas artérias é reduzido, provocando lesões no músculo cardíaco.

É uma doença resultante da constrição ou oclusão das artérias coronárias, que irrigam o coração de sangue e lhe fornecem oxigénio. Este bloqueio é provocado por depósitos de colesterol e outras substâncias nas paredes das artérias, que formam placas, trombos, que bloqueiam as artérias coronárias -*trombose*. É um problema que tende a agravar-se com a idade.

A presença destas placas ateroscleróticas reduz o fluxo sanguíneo para as artérias e interfere na passagem dos nutrientes. Podendo este processo deixar parte dos tecidos danificados. As paredes das artérias danificadas são também potenciais formadoras de coágulos sanguíneos, que por sua vez, podem provocar a obstrução completa de vasos sanguíneos impedindo o fluxo sanguíneo.

Se o bloqueio numa das artérias for breve ou incompleto, o indivíduo pode sofrer uma forte dor no peito e braço, denominada *angina pectoris*. A *angina pectoris* ocorre, segundo Taylor (1995), quando o tecido muscular cardíaco efectua a sua actividade sem o fornecimento adequado de oxigénio ou sem a remoção adequada do dióxido de carbono, bem como de outras substâncias tóxicas. Os danos serão escassos se o bloqueio for apenas passageiro. Segundo Sarafino (1990), se o bloqueio se prolongar, uma porção do tecido muscular do coração – *miocárdio* - pode ser destruído, ocorrendo então um **enfarte do miocárdio**, em resultado da formação de um coágulo sanguíneo numa artéria coronária, que bloqueia a passagem de sangue para o coração. Se o coração parar completamente o seu funcionamento, a morte pode ter lugar.

A aterosclerose (endurecimento das artérias) acontece quando o cálcio, sal, as gorduras se depositam nas artérias, provocando o seu endurecimento e uma conseqüente perda de elasticidade, tornando-as rígidas e duras. Esta gordura depositada provoca o estreitamento das artérias, reduzindo conseqüentemente o fluxo sanguíneo. A pressão sanguínea aumenta porque as artérias incapazes de contrair e dilatar impedem o sangue de passar, podendo ocorrer hipertensão (pressão sanguínea elevada) (Goldmann, & Horowitz, 2001).

Quando um coágulo sanguíneo se forma ou aloja numa das partes estreitadas das artérias, esta pode ficar completamente obstruída. As pessoas cujos níveis de colesterol no sangue são elevados ou cuja dieta é rica em gorduras correm maior risco de desenvolver secundariamente a doença cardíaca coronária devido à aterosclerose. A doença coronária está também relacionada com o tabagismo, a obesidade, a falta de exercício físico, a *diabetes mellitus* e a tensão arterial muito elevada.

A doença cardíaca coronária é mais comum no sexo masculino e nos idosos. Os factores de risco incluem história familiar positiva de doença cardíaca, hipertensão, diabetes, fumar, obesidade, elevados níveis de colesterol e uma vida sedentária com

pouco exercício físico (American Heart Association, 1993, citada por Taylor, 1995). Investigações recentes dão conta de que o stress e a incapacidade de cada um de utilizar estratégias de coping adequadas para lidar com ele, seriam factores favoráveis ao desenvolvimento das doenças cardiovasculares.

A morte prematura por doença cardíaca coronária é mais frequente nos homens do que nas mulheres. Até certa idade, as mulheres parecem estar protegidas em relação à doença cardíaca coronária, provavelmente, segundo Taylor (1995), devido aos seus elevados níveis de lipoproteína de alta densidade (HDL) colesterol, que parecem relacionados com os altos níveis de estrogénios pré-menopausa. Também as hormonas ligadas ao aparelho reprodutor feminino diminuem a pressão sanguínea em resposta aos acontecimentos stressantes, porque reduzem a actividade do sistema nervoso simpático, permitindo às mulheres desencadear uma resposta cardiovascular, neuroendócrina e metabólica, inferior à dos homens (Matthews & Rodin, 1992, citado por Taylor, 1995). Pelas razões referidas, o maior número de doenças cardiovasculares nas mulheres ocorre após a menopausa. Neste período, a mulher geralmente ganha peso, estando, por seu turno, este aumento ponderal associado a um aumento da pressão sanguínea, colesterol e triglicéridos, também factores de risco para a doença cardíaca coronária (Wing, Mattwes, Kuller, Meilhan, & Plantinga, 1991, citados por Taylor, 1995).

Para os sujeitos com diagnóstico de Doença Cardíaca Coronária, a modificação dos factores de risco permite prevenir a progressão da doença e um conseqüente ataque cardíaco. Deixar de fumar favorece um decréscimo na incidência da doença cardíaca coronária. Os benefícios de tratar a elevada pressão sanguínea são também indiscutíveis; a redução do colesterol em cada 1%, permite a redução de 2% da doença. (Criqui, 1986, citado por Taylor, 1995). A modificação das formas de lidar com o stress parece também minimizar o risco de um segundo enfarte (Friedman, 1986, citado por Taylor, 1995).

Consequências da Doença Coronária

A dor da **angina de peito** varia entre uma dor moderada a uma dor aguda. Surge normalmente após um esforço físico e desaparece após um breve repouso. As características da angina de peito são:

- sensação de peso ou aperto no centro do tórax;
- desconforto que irradia pela garganta e pelos braços, em geral para o braço esquerdo.

A angina de peito surge normalmente numa dada fase de um esforço físico. Por exemplo, ao subir locais íngremes ou escadas, a dor característica surge praticamente na mesma altura. A angina de peito pode ser também desencadeada por esforços físicos ao ar livre, manifestando-se mais rapidamente no tempo frio ou ventoso.

O agravamento da angina de peito pode ser sinal da formação de um coágulo numa artéria coronária, causando um ataque cardíaco, *enfarte do miocárdio*, se a artéria ficar completamente bloqueada. Um ataque agudo de angina de peito pode ocorrer devido a um ataque cardíaco.

Enfarte do miocárdio – o enfarte do miocárdio surge em consequência da doença coronária, sofrendo as artérias coronárias que irrigam o músculo cardíaco com sangue oxigenado um estreitamento que, em geral, se deve à aterosclerose, responsável pela acumulação de depósitos de substâncias gordurosas, como o colesterol no interior das paredes das artérias. Estas formam depósitos denominados ateromas, cujo revestimento é composto por um tecido fibroso que pode romper-se ou tornar-se mais espesso. As plaquetas aderem à área espessada ou danificada, o que origina a formação de um coágulo sanguíneo. Depois de formado, o coágulo impede o fluxo sanguíneo através da artéria, provocando um ataque cardíaco. Nos casos em que existem antecedentes familiares de doença coronária, o risco de vir a ter um ataque cardíaco é superior, sobretudo se um ou mais membros da família padeceram desta doença ou tiveram um enfarte do miocárdio antes dos 55 anos.

Os sintomas do enfarte do miocárdio são:

- dor intensa, acompanhada de sensação de aperto e opressão no centro do tórax, que pode estender-se ao pescoço e aos braços, sobretudo ao braço esquerdo;
- palidez e suores;
- falta de ar;
- náuseas, por vezes vômitos;

- ansiedade, por vezes acompanhada de medo de morrer;
- nervosismo.

Por vezes um enfarte do miocárdio pode apresentar outro quadro de sintomas. Uma crise de angina de peito que não responde ao tratamento habitual ou dura mais de 10 minutos pode ser um enfarte do miocárdio.

Cerca de 20% das vítimas de ataque cardíaco não sente dores. No entanto, podem manifestar-se outros sintomas como a falta de ar, desmaio suores e palidez. Este quadro de sintomas é denominado enfarte silencioso. Este tipo de ataque cardíaco é mais comum em sujeitos que sofrem de *diabetes mellitus*, ou nos hipertensos

Formas de Tratamento

O tratamento resume-se a 3 categorias

- modificação no **estilo de vida** - para diminuir o risco de agravamento da doença;
- farmacoterapia – para aliviar os sintomas e melhorar o funcionamento cardíaco;
- angioplastia coronária – é utilizada para alargar as artérias coronárias que sofreram estreitamentos ou que ficaram bloqueadas com depósitos de gordura. Esta técnica pode ser utilizada com uma angiografia coronária (exame destinado a visualizar as artérias coronárias, permite identificar estreitamentos ou bloqueios das artérias coronárias, invisíveis numa radiografia normal. Sob anestesia local, introduz-se um cateter fino e flexível na artéria femoral, que passa na aorta até à artéria coronária. Pelo cateter é injectado um contraste e são efectuadas várias radiografias. Este procedimento é indolor). Pelo fio passa-se um cateter com um balão, na zona de estreitamento este é insuflado para a alargar. Por vezes introduz-se posteriormente um extensor, um tubo metálico que mantém a artéria desobstruída.

• **Bypass Aorto-Coronário** – esta técnica consiste numa intervenção cirúrgica, que permita ultrapassar o estreitamento das artérias coronárias, usando para tal vasos sanguíneos, veias, retiradas das pernas, braços ou tórax. Demora cerca de 2 horas, sendo o coração colocado em paragem cardíaca, uma máquina de circulação extra-corporal assegurando as funções do coração durante a intervenção cirúrgica. Actualmente, em certos casos, já é utilizada uma técnica endoscópica menos invasiva. Se apenas uma das artérias coronárias estiver bloqueada, é usada uma das artérias mamárias internas do tórax, em geral a artéria esquerda, para fazer o bypass. Comparativamente com os transplantes de veias, os transplantes de artérias são mais aconselháveis porque resistem melhor à pressão do fluxo sanguíneo das artérias coronárias e a probabilidade de ficarem bloqueadas com os anos é menor. Se for necessário fazer um bypass de vários bloqueios de uma artéria coronária ou se a artéria mamária interna não estiver em boas condições, são utilizados segmentos da veia safena (veia que percorre toda a perna), após de ter sido previamente desviada. Por vezes, a veia safena e a artéria mamária são usadas em simultâneo, embora as veias transplantadas tendam a ficar bloqueadas mais depressa do que as artérias.

Sem intervenção cirúrgica, o carácter progressivo da doença coronária conduz a uma incapacidade crescente com deterioração do desempenho das actividades diárias. Embora a cirurgia não altere o processo aterosclerótico subjacente, contribui, em larga medida, para atrasar a sua progressão. Nesta perspectiva, podemos considerar que a cirurgia produz um duplo benefício: por um lado, melhora o desempenho do sujeito a vários níveis no curto prazo, por outro, funciona como um travão à evolução da doença. Contudo, após a cirurgia, o paciente deve ter uma atitude de responsabilidade pessoal pela sua saúde futura, adoptando um estilo de vida diferente, deixando de fumar, fazendo uma alimentação mais racional, praticando exercício físico e, de um modo geral, aprendendo a lidar melhor com as situações de stress.

As Doenças Valvulares

As válvulas, permitem a entrada e saída de sangue do coração, na pequena e grande circulação. Existem quatro válvulas, a saber, aortica, mitral, tricuspida e pulmonar, que podem estar danificadas e necessitar de substituição ou reconstrução. O seu mau funcionamento provoca uma estenose ou uma insuficiência valvular.

Estas quatro válvulas asseguram a circulação do sangue na direcção correcta. A eficácia do coração depende do funcionamento correcto dessas válvulas, que se abrem para deixar que o sangue passe através delas, fechando-se depois, após a contracção do músculo cardíaco. Caso uma válvula esteja lesionada, o fluxo sanguíneo através dela pode ser restrito, ou o sangue pode voltar para trás, por a válvula não se fechar completamente. Assim, o coração é obrigado a trabalhar com mais força, de forma a bombear o sangue. Os distúrbios das válvulas cardíacas muitas vezes não provocam sintomas, mas podem originar cansaço, fadiga e falta de ar durante um esforço físico. Como a eficácia do coração se encontra comprometida, um distúrbio grave pode originar uma insuficiência cardíaca crónica, ou uma arritmia (frequência anómala dos batimentos cardíacos), nas quais o coração bate anormalmente. As válvulas danificadas são também mais susceptíveis de infecções (endocardite bacteriana).

Existem dois tipos de problemas nas válvulas: válvulas estenosadas, que não conseguem abrir o suficiente para deixar passar o sangue necessário, a designada estenose mitral ou aórtica, ou as válvulas que não fecham completamente, deixando o sangue fluir no sentido inverso, conhecida como regurgitação aórtica ou mitral.

Em alguns casos, a estenose e a regurgitação ocorrem em simultâneo. O prolapso (anomalia ligeira da válvula mitral) da válvula mitral é uma causa comum, mas geralmente inofensiva da regurgitação valvular; a válvula mitral vira-se para trás quando se fecha, o que permite uma pequena fuga de sangue

A estenose é normalmente provocada por uma infecção bacteriana, uma acumulação de depósitos de cálcio provocada pela idade, ou por uma anomalia da válvula, que a torna mais susceptível à formação de depósitos de cálcio. As anomalias valvulares que não asseguram uma passagem completa do sangue, também denominadas regurgitantes, são normalmente provocadas por doença coronária, infecção bacteriana, endocardite, ou febre reumática. A lesão mais comum envolve a válvula aorta e mitral, do lado esquerdo do coração (Goldmann, & Horowitz, 2001).

Regurgitação Aórtica

A válvula aórtica separa a cavidade inferior esquerda do coração (o ventrículo esquerdo) da aorta, a principal artéria do coração. Esta válvula impede que o sangue proveniente da artéria aorta volte para trás para o coração. Na regurgitação aórtica, os folhetos da válvula não fecham bem, permitindo que ocorra um fluxo retrógrado de sangue proveniente da aorta, por este motivo obrigando o coração a bombear com mais força e mais rapidamente, de maneira a garantir a circulação de sangue pelo corpo, o que pode originar uma insuficiência cardíaca crônica. Se a regurgitação aórtica for moderada, poderá provocar apenas sintomas anos mais tarde. Os sintomas da regurgitação aórtica moderada podem incluir: fadiga, falta de ar durante esforços físicos, coração a bater fortemente. Se a regurgitação aórtica for grave pode desenvolver-se uma insuficiência cardíaca, dando origem a sintomas como falta de ar constante e tornozelos com edema.

As causas desta perturbação podem ser: endocardite bacteriana, sífilis, febre reumática, síndrome de marfan. Cerca de 1 em 50 rapazes e uma em 100 raparigas nascem com uma válvula aórtica lesionada (Goldmann, & Horowitz, 2001).

Estenose Aórtica

A válvula aórtica abre-se para permitir a saída de sangue. Na estenose aórtica, verifica-se um estreitamento da válvula.

Os sintomas nas doenças valvulares são semelhantes aos da insuficiência cardíaca, incluem falta de ar, fadiga, fraqueza, edema e arritmia, sendo o único tratamento possível o recurso à cirurgia, a curto ou longo prazo. Existem dois tipos de substituição das válvulas, o mecânico e o biológico (feito de tecido animal ou humano). As válvulas mecânicas são as mais resistentes e duradouras, mas há tendência para a formação de coágulos nas suas superfícies, devendo, por isso, os portadores de válvulas mecânicas fazer tratamento farmacológico anticoagulante durante toda a vida, tratamento este que por sua vez reduz a tendência normal do sangue para coagular. As válvulas biológicas são menos susceptíveis de causar esse problema, mas têm um menor tempo de duração, pelo que cerca de 50% dos pacientes necessitam de as substituir ao fim de 10 anos (Goldmann, & Horowitz, 2001).

Regurgitação mitral

A válvula mitral situa-se entre a cavidade superior (aurícula) e a cavidade inferior (ventrículo), do lado esquerdo do coração. No caso de regurgitação mitral, a válvula não fecha bem e permite que haja um refluxo de sangue para a aurícula, o que aumenta a pressão nas vasos sanguíneos que para aí se dirigem. O lado esquerdo do coração tem que trabalhar com mais força para bombear o sangue, o que irá conduzir a uma insuficiência cardíaca crónica. A regurgitação mitral ocorre normalmente com a estenose mitral (Goldmann, & Horowitz, 2001).

Estenose mitral

A válvula mitral situa-se entre a cavidade superior (aurícula) e a cavidade inferior (ventrículo), do lado esquerdo do coração. No caso da estenose mitral, a abertura da válvula encontra-se estreitada, limitando o fluxo sanguíneo na aurícula. O coração torna-se mais acelerado de forma a bombear o sangue através da estreita válvula, podendo desenvolver-se uma insuficiência cardíaca crónica. A estenose mitral é mais comum nas mulheres, por vezes ocorre com regurgitação mitral. A válvula fecha quando o coração contrai, para bombear o sangue para a circulação sanguínea. Em caso de prolapso da válvula mitral, esta encontra-se ligeiramente deformada, virando-se para o lado da aurícula esquerda. Este prolapso pode levar a que uma pequena quantidade de sangue volte para trás, para a aurícula (Goldmann, & Horowitz, 2001).

A substituição das válvulas cardíacas

As válvulas cardíacas podem ter que ser substituídas caso as actividades quotidianas sejam afectadas e a válvula não possa ser reparada através de uma cirurgia. Válvulas cardíacas substitutas de tecido podem provir de um dador humano, de um coração de um porco ou podem ser mecânicas. A substituição acarreta uma intervenção cirúrgica de coração aberto, durante a qual o coração é colocado em paragem cardíaca e uma máquina de circulação extra-corporal assegura as funções do coração durante a intervenção cirúrgica (Goldmann, & Horowitz, 2001)..

A Reabilitação Cardíaca

Quando a fase aguda da doença é ultrapassada, os pacientes são encorajados a ser mais activos. Nesta altura, um programa de educação e intervenção que englobe um regime médico, uma definição dos riscos para a saúde, o exercício físico, o regresso à actividade laboral, bem como a redução do stress emocional, deve ser posto em prática. A reabilitação cardíaca é um processo activo através do qual os sujeitos com doença cardíaca alcançam a optimização do seu estado físico, médico, psicológico, social, emocional, vocacional e económico (Dracup, 1985, citado por Taylor 1995). Os objectivos da reabilitação são a diminuição dos sintomas, a redução da gravidade da doença, a limitação da sua progressão, bem como a promoção de um ajustamento psicológico e social. Os componentes de um programa de reabilitação cardíaca devem incluir exercício físico, apoio psicológico bem como grupos de suporte, aconselhamento nutricional, e formação acerca da doença cardíaca coronária (Dracup, 1984, citado por Taylor, 1995), ou seja, implicam uma alteração no estilo de vida, adoptando um estilo de vida mais saudável, adequado à doença e promotor de saúde (Ribeiro, 1997), em suma, a assunção de uma constelação de comportamentos conducentes a uma boa saúde (McQueen, 1987). O Estilo de Vida, definido por Lalonde em 1974, "é o "agregado de decisões individuais que afectam a vida do indivíduo e sobre as quais tem algum controlo" (citado por Ribeiro, 1997, p. 260).

Estudos recentes têm revelado que a ansiedade e depressão influenciam a probabilidade de sobrevivência após enfarte do miocárdio. Num estudo efectuado em Montreal, com 218 pacientes, a depressão pós-enfarte revelou ser um factor preditor significativo da mortalidade 18 meses depois, sobretudo em pacientes com arritmias (Freaure-Smith et al, 1994, citados por Perski, 1999). Após cirurgia cardíaca, vários foram também os problemas associados a depressão e ansiedade (Doerfler L.A., et al, 1994, citados por Perscki, 1999).

Perski et al (1999) tentaram avaliar em que medida um estado emocional de ansiedade ou depressão após cirurgia de revascularização coronária pode ser melhorado através de um programa intensivo de reabilitação. Recolheram uma amostra de 142 pacientes, pós cirurgia de revascularização coronária. Constituíam objectivos do

programa a modificação dos factores de risco, a melhoria da QDV e a promoção do regresso à actividade laboral. O grupo de estudo foi dividido em dois subgrupos, pacientes com e sem perturbação emocional ($n=43$ e $n=99$). 43 (30%) dos 142 pacientes que completaram o Nottingham Health Profile, escala de depressão de Beck e escala de estado e traços ansiosos de Spielberger, foram considerados como tendo ansiedade ou depressão e manifestações de angina mais frequentes. O programa de reabilitação foi efectuado durante um período de 4 semanas, consistindo em exercício físico diário, leituras sobre a doença cardíaca coronária, bem como sobre os factores de risco, aconselhamento nutricional, suporte psicológico e suporte para regressar ao trabalho, promovido por um assistente social. As medidas de avaliação dos resultados consistiam no acompanhamento do emagrecimento físico, redução de lípidos no sangue e questionários de Qualidade de Vida. As conclusões deste estudo evidenciaram que os pacientes que sofriam de ansiedade e depressão melhoravam o seu estado funcional e reduziam os factores de risco, quando submetidos a um programa de reabilitação, permanecendo, contudo, o regresso ao trabalho como uma área problemática; os pacientes que revelavam ansiedade ou depressão após a cirurgia não se diferenciavam, na forma de olhar o estatuto da doença e a capacidade física, dos sujeitos que não revelavam este tipo de perturbação emocional. Experienciavam, no entanto, mais *angina pectoris* diariamente, bem como quando submetidos a exercícios de stress máximo.

As Doenças Cardíacas e a Adaptação/Apoio Psicossocial

Nas doenças cardíacas, pela sua frequência - representam a terceira causa de morte em Portugal - os aspectos psicossociais devem assim merecer ênfase particular.

Numa investigação cuja amostra era composta por indivíduos com idades compreendidas entre os 55 e os 65 anos, Holahan, Moss e Brennam (1997, citados por Ribeiro, 2007), concluíram que os sujeitos portadores de doença cardíaca apresentavam

um maior número de sintomas depressivos do que um grupo semelhante que não tinha qualquer tipo de doença. Contudo, verificaram-se variações significativas entre os doentes relativamente aos sintomas referidos. Os sujeitos com melhor suporte social - sendo o suporte social dividido em 3 componentes, família, trabalho e rede social - e estratégias de coping mais adequadas revelavam menos sintomas depressivos. Desta investigação ressalta a importância de um apoio psicossocial na reabilitação dos pacientes cardíacos.

Outro factor importante prende-se com a idade em que surge a doença. As doenças cardíacas são próprias dos idosos, sendo susceptíveis de ter um efeito mais nefasto quando aparecem em sujeitos mais jovens. Embora os pacientes jovens possam desenvolver estratégias de coping mais adequadas.

As diferenças entre o sexo feminino e o masculino são também um factor importante a considerar no impacto da doença. Uuskula (1996, citado por Ribeiro, 2007) refere, num estudo efectuado com sujeitos de ambos os sexos, jovens (idade média de 37,3) para os homens e 38,6 para as mulheres), que sofreram um enfarte do miocárdio, encontrou diferenças entre os sexos neste grupo. As mulheres preocupar-se-iam mais, apresentariam maior irritabilidade e menor capacidade para relaxar.

Koivula, Paunonen- Ilmonen, Tarkka, Laippala (2002) realizaram um estudo em que pretendiam avaliar o efeito do suporte social, no medo e na ansiedade despoletadas pela doença cardíaca. Destacaram os cônjuges como os que melhor poderiam prestar este apoio, dado que a relação é próxima e emocionalmente forte. A educação dos pacientes e o suporte social parecem funcionar como redutores da ansiedade e do medo experienciados pelos pacientes. Por outro lado, noutros estudos verifica-se que a ansiedade e o medo dos pacientes não estão relacionados com a informação recebida. A ansiedade é um estado emocional que afasta o sujeito das relações interpessoais, podendo, nessa medida, inviabilizar o suporte social.

QUALIDADE DE VIDA E DOENÇA CARDÍACA

Qualidade de vida, Doença Crónica e Variáveis Psicológicas

Qualidade de Vida na Doença Coronária

Apesar de tudo, a angina pode ser controlada e tratada durante largos anos, através de medicação apropriada ou de uma intervenção cirúrgica, requerendo contudo mudanças significativas no estilo de vida. Contudo, surge, conseqüentemente uma grande ansiedade em relação ao futuro e um enorme temor em relação à morte súbita.

Os pacientes mais susceptíveis são frequentemente identificados como tendo história familiar positiva, serem obesos, fumadores, e pessoas com actividades stressantes e sedentárias. A mudança comportamental onde se inclui a dieta, o parar de fumar, é imperativa, podendo para alguns ser vivenciada como problemática, devido a múltiplos factores, tais como o trabalho, dinâmica familiar, etc. Encorajar tais mudanças é complexo, em resultado da prevalência significativa de determinadas características de personalidade nestes pacientes. Segundo Friedman e Rosenmam (1975, citados por Sarafino, 1990), um largo número de pacientes com doença coronária evidenciam determinados traços de personalidade, apelidados como Padrão de comportamento Tipo A. As pessoas com estas características, apresentariam, segundo ele, uma ambição

excessiva, seriam muito competitivas, intolerantes, impacientes, e revelariam um enorme envolvimento com o trabalho e, por vezes, hostilidade e mesmo agressividade. Segundo Ribeiro (1998), uma revisão de investigação realizada por Cohen, Ardjoen e Sewpersad (1991) confirmou que, nos indivíduos com um padrão de comportamento tipo A, que tinham sofrido um enfarte do miocárdio mas que haviam reduzido fortemente tal comportamento, era menor a probabilidade de sofrer um enfarte do miocárdio recorrente do que naqueles que mantinham este tipo de comportamento. Os autores concluíram, assim, que o tipo A de comportamento é susceptível de ser alterado, verificando-se, nesse caso, maior probabilidade de sobrevivência.

Booth, Kewley e Friedman (1987, citados por Ribeiro 2007) realizaram uma meta-análise sobre 87 investigações de um conjunto de 150. Estes autores verificaram que o comportamento tipo A predizia as Doenças Cardíacas Coronárias, contudo, existiam diferenças na contribuição de cada sub-escala. Verificaram que as subescalas do JAS que mais contribuíam para este tipo de doença eram a forte tendência para a competitividade, seguida pela velocidade e impaciência, não tendo a sub-escala envolvimento no trabalho relação significativa com as doenças cardíacas coronárias. Outro tipo de variáveis, medidas com outro tipo de técnicas, acrescentaram outros conceitos psicológicos associados às doenças cardíacas coronárias como a zanga, hostilidade, agressão, depressão e ansiedade.

Segundo Dembroski et al (1985, citados por Taylor, 1995) a hostilidade seria o factor do Padrão de Comportamento tipo A mais fortemente implicado na doença cardíaca coronária.

Um outro estudo efectuado por Bennet e Carrol (1990 e citado por Ribeiro, 1998), no âmbito do *Reccurent Coronary Prevention Project*, tinha como objectivo a modificação do comportamento tipo A numa amostra composta por um grupo de sujeitos não fumadores que tinham sofrido um enfarte do miocárdio há pelo menos 6 meses. Foram divididos em dois grupos, recebendo o grupo de controlo aconselhamento tendo em vista uma maior adesão ao tratamento, enquanto no grupo experimental se utilizou uma combinação de técnicas psicoterapêuticas, nomeadamente relaxação, reestruturação cognitiva e prescrições comportamentais graduais. A avaliação dos resultados nos 3 primeiros anos foi anual, seguida de uma única avaliação nos 4 anos e meio subsequentes. Verificaram que o comportamento tipo A fora substancialmente

reduzido no grupo experimental, sendo também o número de enfartes significativamente menor. O estudo evidenciou a importância do uso de técnicas psicoterapêuticas na reabilitação de pessoas com Doença Cardíaca Coronária.

Depressão, Angústia e Qualidade de Vida na Doença Cardíaca

A componente psíquica da doença assume extrema importância, tanto como uma categoria da doença, bem como por si só, dado que interage com a componente física e com a resposta ao tratamento (Cramer e Spilker, 1998), sendo o bem-estar psicológico fortemente influenciado pelo stress psíquico.

Segundo Ribeiro (1997), "a emergência de uma doença crónica é um acontecimento não normativo que constitui um poderoso agente stressor. Sendo variável dependente da emergência de uma doença crónica, é ele próprio variável independente, susceptível de gerar doença".

Nos últimos 20 anos, vários investigadores evidenciaram a influência de factores psicológicos na saúde cardiovascular. O stress e as alterações emocionais podem ocorrer como consequência de uma doença cardiovascular. Vários estudos sugerem que a recuperação após um enfarte do miocárdio deve ter em conta a compreensão das sequelas psicológicas, assegurando assim que todos os aspectos da doença serão tratados.

Só recentemente, os resultados físicos de uma cirurgia cardíaca deixaram de ser a preocupação central dos cirurgiões. Dado que a doença cardíaca é um dos principais motivos de morte nos países ocidentalizados, têm sido amplos os estudos desenvolvidos nesta área. Os resultados vêm revelando que a saúde cardíaca não pode ser entendida apenas na sua dimensão física, devendo também ser contemplados os factores psicológicos individuais (Oxlad, Stubberfield, Stuklis, Edwards & Wade, 2006). Os factores psicológicos incluem a depressão, a ansiedade e o stress pós-traumático, sendo esta sintomatologia apontada como indiciadora de resultados de saúde menos favoráveis. É ainda sugerido que os sujeitos com alterações do funcionamento psíquico recorrem com mais frequência aos serviços de saúde. O estado emocional, psicossocial e a condição subjectiva, conceitos estreitamente relacionados com a QDV dos doentes

foram negligenciados, só presentemente se enfatizando a importância destes aspectos no sucesso da cirurgia (Walter, & Amsel, 1990). Kaplan e Camacho (1983, citados por Ribeiro, 1997) verificaram que factores tão subjectivos como a percepção que os indivíduos tinham da sua saúde se associavam significativamente à mortalidade.

Scharloo, Kaptein, Weiman, Willems, e Rooijmans (2000) propõem um modelo para a compreensão da doença crónica que pode dar um significado à integração dos factores de risco na saúde cardíaca e, em particular, permite uma melhor compreensão de uma adaptação psicológica pré-operativa. De acordo com este modelo, a doença requer que os pacientes se envolvam em tarefas adaptativas, incluindo o desenvolvimento de representações da doença e a mobilização de suporte social. As representações de doença são um conjunto de crenças que os pacientes constroem, de molde a dar um sentido à ameaça que a doença implica. É comumente aceite a existência de 5 dimensões de representação de doença: identidade (o papel dado à doença e o conhecimento dos sintomas), a causa (crenças sobre a causada doença), a duração e evolução (a duração percebida e o curso da doença), as consequências (os efeitos percebidos a curto e a longo prazo da durabilidade da doença), o controle/cura (crenças sobre o grau de controlabilidade e/ ou de cura da doença). Concomitantemente surge ainda a dimensão da representação afectiva: as representações emocionais (reações emocionais resultantes da doença). As representações da doença, bem como o suporte social, são postulados como sendo potenciais e fortes influências nas estratégias de coping.

Oxlad et al (2006) examinaram o papel dos factores psicológicos na adaptação imediata ao período pós-operatório da cirurgia de revascularização coronária. Avaliaram 119 pacientes (100 homens e 19 mulheres) através de uma escala de ansiedade e depressão (DASS) e de uma escala de avaliação de Stress Pós-traumático (PDS). Controlaram factores operatórios e pós-operatórios. Verificaram que um aumento da ansiedade, depressão e de sintomatologia relacionada com o stress pós-traumático surgiam como factores de risco independentes, para um maior número de dias de internamento hospitalar no pós-operatório. As complicações psicológicas, tais como as médicas, determinam um maior número de dias de internamento hospitalar. A ansiedade no período pré-operatório, em sujeitos submetidos a cirurgia de revascularização coronária ou valvular tem sido significativamente associada a um

número mais elevado de complicações no período pós-operatório. Os sintomas depressivos no pré-operatório têm sido associados a readmissões hospitalares, por complicações cardíacas, nos 6 meses após a intervenção, verificando-se ainda maior número de eventos cardíacos no período de 1-8 anos após a cirurgia (Saur, Granger, Muhlbaier, 2001). Os sintomas depressivos são ainda um preditor de mortalidade, no período entre os dois e os cinco anos após a cirurgia, independentemente da condição médica e pós-operatória.

Até à data, os mecanismos que pretendem explicar a influência da depressão nos resultados físicos dos pacientes cardíacos permanecem por esclarecer, mas dois tipos de mecanismos foram propostos para explicar a relação entre a depressão e os resultados físicos nos pacientes com doença cardíaca: o comportamental, incluindo reduzida adesão aos tratamentos médicos, à modificação dos factores de risco e aos comportamentos saudáveis, e o patofisiológico.

As reacções psicológicas são diferentes consoante a fase em que o doente se encontra. A fase de convalescença, que integra o período de reintegração do nível de funcionamento anterior, inicia-se 3 a 4 dias após a fase aguda e dura até à saída do hospital. Nesta fase, as reacções psicológicas mais frequentes são a denegação, ansiedade, depressão, delírio, problemas de comportamento. Na fase de reabilitação, que tem início após a saída do hospital, as reacções psicológicas mais frequentes prendem-se com a depressão, denegação, disfunção sexual e problemas familiares. Apesar destas reacções psicológicas serem comuns, a intervenção e reabilitação precoces podem reduzir a longo termo a mortalidade e morbilidade nas doenças cardiovasculares. Williams (1990) constatou, através de um estudo que a implementação de um tratamento que use uma variedade de métodos, como informação didáctica, suporte emocional e social e alterações do comportamento (terapia cognitiva, relaxação, controle da raiva, imagens guiadas), revela resultados significativos no decréscimo das doenças cardiovasculares e numa melhoria da QDV dos doentes cardíacos.

West e Evans (1986, citados por Ribeiro, 2007) analisaram 349 sujeitos que sobreviveram após 10 anos de enfarte do miocárdio, tendo constatado que tinham

efectuado um maior número de mudanças positivas no seu Estilo de Vida do que os que haviam perecido. Várias outras investigações sobre doenças cardiovasculares encontraram resultados semelhantes (Hubert 1986; Kuller, et al., 1991, LaCroix, et al., 1991; Taylor, 1990, citados por Ribeiro, 2007). Destas investigações ressalta o facto de, por um lado, ser possível reduzir o impacto negativo da doença na QDV das pessoas com doença crónica, mediante a modificação de variáveis psicológicas, nomeadamente o estilo de vida e o estilo de coping, por outro, de as variáveis cognitivas, comportamentais e emocionais que se aplicam à promoção da saúde e à prevenção das doenças serem semelhantes às que melhoram a QDV dos sujeitos com doença crónica (Ribeiro, 1997).

Sader et al (2002) e Harrison (2005) referem que a depressão e a ansiedade são sintomas psíquicos muito frequentes em pacientes com doença cardíaca, que podem afectar os resultados dos tratamentos. As evidências sugerem que a depressão clínica pode ser um factor de risco para o desenvolvimento de uma doença cardíaca, tal como para os doentes que sofrem de doença cardíaca conhecida, a depressão constituir um factor preditor da mortalidade. O autor refere que um programa de reabilitação deve incluir o apoio psicológico, bem como a educação (de forma a modificar o estilo de vida) e o exercício. Ainda segundo o mesmo, este programa permite reduzir a mortalidade em 20-25%, nos três anos seguintes. A reabilitação viabiliza o aumento da capacidade funcional, bem como da QDV, em ambos os domínios, físico e emocional.

Dixon, Lin, Powell e Fisher (2000) mostraram que 76% dos doentes com doença cardíaca sofriam de problemas emocionais.

A ocorrência de uma doença cardíaca afecta o bem-estar psicológico dos indivíduos, inicialmente com preocupações relativas à sobrevivência e, posteriormente, incidentes no impacto da doença nas relações sociais e na saúde mental.

Plach, Napholz e Kelberg (2003) realizaram um estudo a mulheres, com idades entre os 40 e os 86 anos, submetidas a uma intervenção cirúrgica ao coração. Constituíram 3 grupos, um com idades entre os 40-55 anos, o outro entre os 56-65 anos, e o terceiro com mulheres de idade igual ou superior a 66 anos. Verificaram que existiam diferenças significativas entre os três grupos em relação à depressão. Para estes autores, a depressão no contexto de uma doença cardíaca está relacionada com o estadio

de desenvolvimento em que a mulher se encontra. Um evento cardíaco que ocorre em determinada fase do desenvolvimento torna-se mais nocivo para a saúde psíquica do sujeito do que se a doença ocorrer noutra estadia de desenvolvimento mais avançado. A doença cardíaca tem maior impacto psicológico numa mulher em idade mais precoce (meia idade 40-55 anos), que ainda tem crianças a seu cargo e está no auge da sua carreira profissional, do que numa mulher mais idosa, sem este tipo de responsabilidades.

Num estudo efectuado na área metropolitana de Lisboa, que contou com a participação de 40 sujeitos, com diagnóstico de depressão neurótica, em que foram utilizados o Questionário de QDV (Sf-36) e o Inventário de depressão de Beck, os resultados encontrados sugerem que o nível de QDV está relacionado com o Índice de depressão, verificando-se que a QDV diminui no sentido inverso da depressão, porquanto mais grave a depressão, menor o nível de Qualidade de Vida. Deduz-se, assim, que o incentivo sistemático ao tratamento do quadro depressivo permite ao sujeito usufruir de melhor QDV (Barbosa, Ribeiro, 2000).

A depressão é, como já referido, muito comum em contextos de doença, sendo simultaneamente uma consequência fisiológica da doença, bem como uma reacção psicológica secundária ao aparecimento daquela (Lamberg, 1996). Pode também emergir como efeito secundário. O tratamento da depressão promove e melhora a QDV dos pacientes.

Depois de um enfarte do miocárdio, 20% dos pacientes revelam critérios para o diagnóstico de uma depressão major, constatando-se que a mortalidade é mais elevada, no período de 6 meses a um ano após o enfarte, nos pacientes com este tipo de diagnóstico, comparativamente com os pacientes que não sofrem de depressão (Roose, citado por Lamberg, 1996).

Em relação aos idosos, de acordo com estudos recentes, o diagnóstico e tratamento da depressão, para além de melhorar a sua qualidade de vida, previne a doença cardíaca coronária, segundo os investigadores do estudo para a saúde cardiovascular (Saunders, 2000). Num estudo prospectivo de 4493 sujeitos saudáveis, com idade superior a 65 anos, os sintomas depressivos foram tomados como um dos factores de risco para a

doença cardíaca coronária, bem como para a taxa de mortalidade, aumentando o risco em proporção com a intensidade do quadro depressivo. Os participantes não tinham qualquer doença cardiovascular de base, tendo sido avaliados anualmente de molde a identificar quadros depressivos, bem como a presença, ou não, de doença cardiovascular. Um acréscimo de 5 pontos no score depressivo, estava associado a um aumento de 15% no aumento de risco para a doença cardíaca coronária, sendo os resultados semelhantes para ambos os sexos. O risco de doença cardíaca coronária aumentava em cerca de 40% e o risco de morte em cerca de 60%, nos sujeitos que revelaram scores mais elevados, numa versão modificada da escala da Depressão do centro de Estudos Epidemiológicos.

Num estudo efectuado por Perski et al. (1998), foi realizada uma avaliação psicossocial a 170 pacientes, antes da cirurgia de revascularização coronária e 1 ano após a mesma. O follow-up médico foi efectuado 3 anos depois da cirurgia. Apesar do efeito da cirurgia ter sido um êxito na maioria dos casos, os pacientes que evidenciaram maiores níveis de ansiedade, depressão e cansaço antes da cirurgia, revelaram resultados significativamente piores no follow-up do primeiro ano, e, também, um número mais acentuado de eventos cardíacos, em particular (16%) no follow-up do terceiro ano, comparativamente com os sujeitos que não manifestaram sintomatologia deste tipo (5%). A relação entre ansiedade, depressão e menor QDV depois da cirurgia foi observada em todos os pacientes, sendo mais significativa em pacientes com idade superior a 65 anos. Contribuindo a combinação da idade e do estado emocional para aumentar o risco de um evento cardíaco, o estado emocional de ansiedade e depressão é mais perigoso para os pacientes mais idosos. Avanços recentes ao nível farmacológico, psicológico e de reabilitação, que permitem tratar a ansiedade e depressão, sugerem que uma reconhecimento adequada, bem como o tratamento emocional nos candidatos a cirurgia de revascularização coronária (sobretudo nos mais idosos), melhoram a QDV e reduzem o número de eventos cardíacos mais sérios

Num outro estudo mais recente, Koivula et al (2001), cujo objectivo era verificar a prevalência da ansiedade, medo e depressão em 207 pacientes que aguardavam uma cirurgia de revascularização coronária, cerca de metade dos pacientes evidenciavam baixos níveis de medo e ansiedade; 25% medo, e apenas 5% manifestaram elevada ansiedade. Os pacientes que revelaram maior temor eram mulheres, não tinham

educação vocacional, viviam doentes e deprimidas, revelavam também tendência para a ansiedade. Os pacientes que evidenciaram níveis médios ou elevados de ansiedade eram em regra de idade superior a 55 anos, tinham uma depressão, mas não evidenciavam qualquer tipo de dor. O tempo de espera para a operação era também menor, inferior a 4 semanas.

Em suma, a gravidade das doenças cardíacas traduz-se em elevadas taxas de mortalidade e morbidade, limitações físicas e de desempenho emocional e social, conduzindo a uma diminuição da QDV dos doentes. Em certos grupos de doentes, a cirurgia cardíaca é ainda o método de tratamento mais eficaz. Os benefícios da cirurgia, relativamente à sobrevivência, ao alívio das manifestações de angina e à melhoria da condição física dos doentes encontram-se amplamente documentados. No entanto, a percepção que o doente tem acerca do seu estado de saúde, nomeadamente em relação à evolução da qualidade de vida, é geralmente desconhecida.

O impacto da cirurgia na Qualidade de Vida

A QDV tem sido identificada como o melhor indicador de sucesso após cirurgia cardíaca, sendo um indicador superior à mortalidade e morbidade.

Os pacientes com doença coronária beneficiam cirurgicamente através de *bypass* às artérias ou de uma angioplastia coronária. A avaliação da QDV tem um papel muito importante na decisão cirúrgica e é a sua avaliação que deve ser preponderante relativamente aos resultados da cirurgia. Apesar das esperanças depositadas de que haveria uma melhor QDV nos pacientes com angina, após a intervenção cirúrgica, os resultados de um estudo publicado em 1983 (citado por Fallowfield, 1990) Coronary Artery Surgery Study (CASS) foram decepcionantes. As vantagens da cirurgia, comparativamente com outros tratamentos médicos em termos de sobrevivência, só se registaram num pequeno grupo de pacientes. Segundo este estudo, os riscos elevados de morte operatória oscilam e dependem de variáveis como o sexo (as mulheres apresentam uma mortalidade e um risco peri-operatório de enfarte quatro vezes superior ao dos homens), o tipo de vasos envolvidos e do facto de o paciente ter uma angina

estável ou instável. Para a maioria dos pacientes, um risco superior a 10% de morte imediata na cirurgia não justifica a eficácia e melhoria das condições de vida.

As considerações sobre a QDV são imperativas. Vários outros estudos mais recentes revelaram uma clara melhoria dos pacientes, relativamente à QDV, após a intervenção cirúrgica de revascularização coronária (Booth et al, 1991; Caine et al, 1999; Chocron et al, 1996; Gustfsson et al, 2000; Hunt et al, 2000; Karlsson et al, 2000; Lukkarinen, 1998; Melo et al, 2000; Pocock et al, 1996; Simchen et al, 2001; Treasure, Wiklund et al; Yun et al, 1999) e após a cirurgia valvular (Chocron et al; 1996; Stoll et al., 2000). Em todos estes estudos, a taxa de mortalidade foi baixa.

Segundo Wortman e Yeaton (1985, citados por Kinney et al, 1996), a revisão de literatura de 14 estudos clínicos diferentes revelou que os bypass às artérias coronárias, quando comparados com os tratamentos médicos tradicionais, permitem a uma percentagem de mais 25 a 40% dos pacientes libertar-se da angina. Neste caso a angina foi a única variável utilizada para medir a qualidade de vida. A ausência de dor permite aos pacientes envolverem-se num maior número de actividades do dia-a-dia, tais como o regresso ao trabalho.

Descreveremos agora, com algum detalhe, vários estudos que pretendem avaliar a QDV após a cirurgia de revascularização coronária.

Com o objectivo de comparar terapias diferentes, Booth et al (1991), nomeadamente tratamento farmacológico e cirurgia coronária, realizaram um estudo, por um lado para verificar a ocorrência de enfartes do miocárdio e da taxa de mortalidade, por outro para avaliar a Qualidade de Vida, após um e outro tratamento. No estudo que passaremos a descrever, a QDV foi avaliada através do alívio das manifestações de angina e de uma melhoria na capacidade funcional, sendo também o número de hospitalizações um dos indicadores utilizados.

De molde a avaliar o efeito da cirurgia às artérias coronárias, foi seleccionada uma amostra de 468 pacientes com angina instável, dela se escolhendo aleatoriamente os que iriam ser submetidos a tratamento médico - 237 pacientes - bem como os que seriam submetidos a cirurgia de revascularização coronária e tratamento farmacológico - 231 pacientes. Os dois grupos foram comparados em termos de sobrevivência,

complicações cardíacas e Qualidade de Vida. A amostra foi avaliada 3 meses, 3 e 5 anos depois, em 80% e 82% dos pacientes no grupo submetido a tratamento médico, e em 77% e 80% dos pacientes submetidos a cirurgia. Três meses após o início da terapia, 79,8% dos pacientes do grupo cirúrgico revelavam uma melhoria subjectiva, comparativamente com 59,8% do grupo submetido a tratamentos médicos; 12,6% do grupo cirúrgico não revelavam alterações, para 24,5% do grupo médico. Do grupo cirúrgico, 5,5% revelavam ter piorado, subindo este valor para os 24,5%, no caso do grupo submetido a tratamentos médicos. Os resultados obtidos relativamente à dor no peito foram semelhantes.

No que respeita ao número de rehospitalizações, seis meses após o início do tratamento, a percentagem de doentes internados era significativamente menor no grupo submetido a cirurgia, mantendo-se a diferença ainda significativa após 60 meses de follow-up.

As diferenças foram também significativas nos follow-up efectuados 3 e 5 anos depois. A angina recorrente esteve presente em 3,6% dos pacientes do grupo cirúrgico, e em 6% no grupo médico, mas os dois grupos apresentavam resultados similares aos 3 e 5 anos pós cirurgia. Relativamente ao exercício da actividade profissional, não foram encontradas diferenças significativas num e noutro grupo. No que respeita à mortalidade, no follow-up de 3 e 5 anos após a intervenção, os resultados encontrados foram, respectivamente, de 80% (167 de 208) e 82% (158 de 194) de sobreviventes no grupo médico, e de 77% (162 de 211) e 80% (155 de 198) no grupo submetido a intervenção cirúrgica. No domínio do estado subjectivo, verificaram-se melhorias significativas no follow-up dos 3 meses. Os sujeitos do grupo cirúrgico referiram ter melhorado muito (79,8%), enquanto no grupo submetido a tratamento médicos, os resultados dos que manifestavam melhoras significativas foram inferiores - 58%. Nas avaliações posteriores, o estado subjectivo tendeu a ser avaliado, pelos pacientes, comparativamente com o estado clínico mais recente, sendo o resultado dos 3 meses o melhor índice de avaliação deste estado subjectivo. A cirurgia provocou também uma redução significativa na dor no peito, mantendo-se esta relação significativa no follow-up dos 5 anos, em que, no grupo cirúrgico, 54,8% dos pacientes não tinham qualquer tipo de dor no peito, enquanto no grupo submetido a tratamento médico este resultado foi de 32,9%.

Deste estudo ressalta o facto de a cirurgia às artérias coronárias evidenciar uma melhoria imediata ao nível da Qualidade de Vida, relativamente ao estado subjectivo e

ao alívio das manifestações de angina, sendo claramente superior à evidenciada pelos sujeitos submetidos apenas a tratamentos médicos. Os 3 meses iniciais foram o intervalo escolhido para descrever o ponto em que os sujeitos efectivamente melhor descreveram o estado subjectivo, tendendo as comparações, nos intervalos posteriores, a ser feitas com a avaliação imediatamente precedente e não com o efeito do tratamento.

Com o intuito de comparar a QDV antes e depois da cirurgia cardíaca, Chocron et al (1996) realizaram um estudo prospectivo em 215 pacientes, em que 50 % sofria de doença cardíaca coronária e 40% de doença valvular. Aplicaram o questionário (Nottingham Health Profile-NHP) para avaliar a QDV imediatamente antes da intervenção cirúrgica e 3 meses após a sua ocorrência, verificando a existência de uma clara melhoria da QDV, em todas as dimensões avaliadas pelo NHP (energia, mobilidade física, reacção emocional, dor, sono e isolamento social), em cerca de 80% dos pacientes. Deste estudo conclui-se que as operações cardíacas melhoram a Qualidade de Vida. A melhoria é semelhante para os pacientes submetidos a um e outro tipo de cirurgia, revascularização coronária ou cirurgia valvular. Neste estudo, os factores que mais influenciaram a QDV foram a idade (menor QDV em idade mais avançada), bem como a classe funcional da associação cardíaca de Nova York (Classe III ou IV). Os autores verificaram ainda que ser mulher é um factor preditor de uma melhoria menos significativa na QDV, devido ao isolamento social em que as mulheres se encontram. As mulheres apresentam ainda maiores restrições nas suas actividades e revelam níveis de ansiedade e depressão superiores aos dos homens.

Estes autores (Chocron et al, 2000) alargaram o seu estudo, pretendendo averiguar a evolução da QDV nos pacientes submetidos a cirurgia cardíaca e o grau de influência da QDV pré-operatória na sobrevivência nos 3 anos posteriores à intervenção, utilizando novamente o NHP, como medida de Qualidade de Vida. Os autores verificaram que os scores da Qualidade de Vida sofriam pequenas variações, mas que não eram significativas. Havia 2 factores independentes que influenciavam a sobrevivência nos 3 anos subsequentes, sendo eles, o CCS (classe III-IV versus classe I-II), bem como a secção de Energia do NHP. Deste estudo concluíram que os scores da QDV tendem a manter-se estáveis 3 anos após a cirurgia. Relativamente à sobrevivência nos 3 anos subsequentes à cirurgia, parece ser o score pré-operatório da energia o factor preditor.

Edél-Gustafsson, Hetta, e Arén (1999) recolheram uma amostra de 38 sujeitos do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 45-68 anos, com o objectivo de avaliar a QDV antes e depois da intervenção cirúrgica. Como medida de QDV utilizaram o Nottingham Health Profile, aplicado imediatamente antes da intervenção cirúrgica e 6 meses depois. Este instrumento revelou uma melhoria significativa na QDV 6 meses após a intervenção comparativamente com o período pré-operatório.

Yun et al (1999) efectuaram um estudo prospectivo em 604 pacientes com idade inferior a 65 anos. Para avaliar a QDV, utilizaram o SF-36, imediatamente antes da cirurgia e 3, 12 e 24 meses depois. Os sujeitos da amostra foram submetidos a cirurgia de revascularização coronária, cirurgia valvular ou a uma combinação das duas. Verificou-se que a QDV melhorou significativamente após a cirurgia.

Apesar da melhoria após a intervenção, houve factores que tiveram uma influência relativa na Qualidade de Vida, nomeadamente: diabetes, idade e a pertença ao sexo feminino. Ainda em relação às mulheres, verificou-se que nos 3, 12 e 24 meses após a cirurgia, estas obtinham piores resultados em todas as escalas do SF-36, excepto no desempenho emocional, sendo o resultado obtido nesta escala superior ao evidenciado pelo sexo masculino.

Deste estudo ressalta o facto de a QDV melhorar através de procedimentos cirúrgicos, não existindo diferenças significativas entre os três procedimentos, excepto no que respeita à dor corporal. No período pré-operatório, os sujeitos submetidos a cirurgia de revascularização coronária revelaram resultados menos favoráveis, provavelmente devido à angina. Apesar da melhoria psíquica se manter nos 2 anos após a cirurgia, assiste-se a uma ligeira deterioração na função física, após um ano de cirurgia.

Caine, Sharples, e Wallwork (1999) realizaram um estudo prospectivo, avaliando a QDVRS antes da cirurgia e 3, 12 meses e 5 anos após a sua realização. Estes investigadores pretendiam também determinar as variáveis pré-operatórias predictoras dos resultados futuros, ao nível da Qualidade de Vida. Para tal, analisaram uma amostra de 100 sujeitos do sexo masculino, com idade inferior a 60 anos à data da intervenção cirúrgica.

Comparando os resultados dos 5 anos, com o dos 12 meses, os scores do NHP foram mais baixos, indicando menos progressos, sobretudo ao nível das dimensões dor,

sono, isolamento social e reacções emocionais, do NHP. Nas dimensões energia e mobilidade física, verificou-se alguma deterioração. A proporção de pacientes que não se sentiam restringidos nas suas actividades era de 61-70%, aos 5 anos, comparativamente com os resultados de 82%-88%, encontrados decorrido um ano. A dor no peito era experienciada por 34 dos 84 pacientes no follow-up dos 5 anos, enquanto no relativo ao do primeiro ano, a dor no peito era apenas experienciada por 17 pacientes. No que respeita aos factores redutores de bons resultados após 5 anos de intervenção cirúrgica, a ausência de dispneia antes da cirurgia, seria indicadora de um bom funcionamento ao nível do ventrículo esquerdo. Deste estudo salienta-se o facto da deterioração da função física ser compatível com o esperado declínio na qualidade do enxerto.

Herlitz et al (1999) efectuaram um estudo em que pretendem identificar os determinantes de uma QDV inferior após 5 anos de revascularização coronária. Estes autores utilizaram 3 instrumentos diferentes para avaliar a Qualidade de Vida: o Nottingham Health Profile (NHP), The Psychological Wellbeing Index (PGWY) e o Physical Activity Score (PAS). A amostra era composta por 2121 pacientes, 310 dos quais haviam já falecido no follow-up dos 5 anos. A Qualidade Vida foi avaliada antes da cirurgia e 5 anos depois. Existia informação disponível ao fim de 4 anos em 1431 pacientes (79%). Estes autores encontraram 3 variáveis independentes com predictoras para uma QDV mais enfraquecida ao final dos 5 anos: sexo feminino, história de diabetes mellitus e história positiva para uma obstrução pulmonar crónica. Outras doenças prévias seriam também predictoras de uma QDV enfraquecida após 5 anos de cirurgia.

Num estudo que data da mesma altura, Rumsfeld et al (1999) recolheram uma amostra de 2480 pacientes, pretendienddo avaliar a QDVRS como preditora da mortalidade após a cirurgia de revascularização coronária. Este estudo teve como objectivo determinar a relação entre a componente física e a componente mental do SF-36 e a mortalidade no pós-operatório, tendo em conta outras variáveis de risco conhecidas. Neste estudo ocorreram 117 mortes (4,7%), nos 180 dias após a cirurgia de revascularização coronária. A componente física do SF-36 foi um factor de risco estatisticamente significativo para a mortalidade pós-operatória (nos primeiros 6 meses), mesmo depois de ajustados os factores clínicos de risco tradicionais. Relativamente à

componente mental do SF-36, não se verificou uma relação estatisticamente significativa com a mortalidade no pós-operatória. Em conclusão, este estudo revela que a componente física do SF-36 no pré-operatório é um factor preditor, independente de mortalidade após a cirurgia de revascularização coronária.

Karlsson, Berglin, e Larsson, (2000) referem que um dos factores cruciais no impacto sobre a QDV são as estratégias de coping mobilizadas. Realizaram um estudo em que as estratégias de coping eram representadas pelo conceito de sentido de coerência, não negligenciando o facto de o Estatuto Físico, bem como o Estado Emocional, serem também medidas que reflectem a Qualidade de Vida. Com o propósito de estudar o sentido de coerência e, bem ainda, o estado emocional, como medidas indirectas de QDV nos sujeitos submetidos a cirurgia de revascularização coronária, recolheram uma amostra de 111 sujeitos, que foram avaliados em cinco ocasiões diferentes, antes da angiografia, um dia antes da cirurgia e 3, 6 e 12 meses depois, mediante um questionário desenvolvido. Os resultados revelaram alterações ao nível do sentido de coerência um ano após a intervenção em 41% dos pacientes, o que contraria a teoria que defende ser a coerência uma característica estável de personalidade nos adultos; já quanto ao estado depressivo, o stress e a ansiedade diminuíram significativamente depois da cirurgia. Alterações no sentido de coerência estavam significativamente associadas a uma menor experiência de solidão, depressão, stress e ansiedade, bem como a uma menor dor no peito, um ano após a intervenção. Como conclusão, os autores referem que o sentido de coerência e as variáveis emocionais são sugestivas de serem válidas como medidas de QDV em relação à cirurgia de revascularização coronária.

Num estudo efectuado por Melo, Antunes, e Ferreira (2000), em que se pretendia avaliar o impacto da cirurgia de revascularização coronária na QDV dos pacientes, bem como a identificação de variáveis que influenciassem a percepção dos doentes acerca do seu estado de saúde, foi utilizada uma metodologia consistindo na aplicação de dois questionários sobre QDV - Mos health Survey (SF-36) e o Nottingham Health Profile (NHP) - e de um terceiro sobre Estilos de Vida, a 150 doentes, 94% do sexo masculino, em dois momentos distintos, imediatamente antes da cirurgia e seis meses depois. A cirurgia revelou-se eficaz na melhoria da QDV dos doentes, verificando-se percepções mais satisfatórias em todas as dimensões do instrumento. Neste estudo, constatou-se que

um maior nível educacional esteve relacionado com uma percepção mais satisfatória em relação à dimensão energia (NHP), revelando os doentes casados percepções mais positivas nas dimensões dor corporal (SF-36) e isolamento social (NHP). A Angina pré-operatória de maior gravidade determinou scores mais desfavoráveis nas dimensões saúde mental, função social e vitalidade, sendo que todas elas foram avaliadas através do SF-36; a comorbilidade evidenciou um impacto negativo na vitalidade (NHP) e mobilidade física (SF-36); o número de factores de risco, bem como as complicações pós-operatórias, revelaram um impacto negativo nas dimensões energia e reacções emocionais, isolamento social, avaliadas através do NHP, e função física, com o Sf-36. Seis meses após a cirurgia, 62% dos doentes que exerciam uma actividade profissional retomaram o trabalho, verificando-se que a maioria adoptou estilos de vida mais saudáveis, diminuindo o consumo do tabaco e bebidas alcoólicas e adoptando também uma alimentação mais equilibrada.

Deste estudo ressalta o facto da revascularização coronária melhorar de forma substancial a QDV dos doentes, sendo significativo o impacto dos aspectos clínicos nas dimensões psicossociais.

Hunt, Hendrata, e Myles (2000), com o objectivo de avaliarem a relação entre os factores de risco pré-operatórios, a dor crónica pós-operatória, o sono, o género, a idade e a percepção da Qualidade de Vida, fizeram um estudo transversal comparativo envolvendo 110 pacientes que haviam efectuado uma cirurgia de revascularização coronária um ano antes. O Canadian Clinic Clinical Severity Score (CCS) pré-operatório foi utilizado como factor preditor dos resultados ao nível da Qualidade de Vida. O instrumento utilizado para avaliar a QDV foi o SF-36. Verificaram diferenças significativas ao nível da Qualidade de Vida, nomeadamente funcionamento físico, dor corporal, funcionamento social e estado emocional. Foram também estabelecidas relações entre uma QDV pobre e sujeitos que manifestavam dor severa, ou dificuldades ao nível do sono. Os pacientes de baixo risco, determinados pelo CCS, revelavam uma clara melhoria ao nível da QDV, nos 12 meses subsequentes.

Miralda, Cuixart, Sole, Caballero, Castelló, & Peláez (2001) averiguaram quais os determinantes clínicos e não clínicos da QDVRS, depois da cirurgia de revascularização coronária. Recolheram uma amostra de 710 pacientes submetidos a cirurgia de revascularização coronária, a quem foram administrados no pré-operatório, 6 meses e 1

ano depois, 2 questionários, o SF-36, para avaliar a QDVRS, e uma versão modificada do Duke (DASI), instrumento específico para medir a capacidade funcional auto-percebida em sujeitos com patologia cardíaca. Após 6 meses e 1 ano, a população do estudo revelou globalmente uma melhoria significativa na QDVRS em todas as dimensões do Sf-36. No conjunto das 3 avaliações, as mulheres, os pacientes com comorbilidade, bem como os oriundos de meios socialmente mais desfavorecidos revelaram piores pontuações médias. Segundo os autores, os preditores mais importantes da QDVRS após 1 ano de cirurgia, foram os valores pré-operatórios da Componente Física e da Componente Mental do SF-36, bem como a DASI. O sexo feminino, a comorbilidade e a pertença a um meio socialmente desfavorecido associam-se de forma negativa com a Componente Física do SF-36, um ano depois da cirurgia. A idade e a comorbilidade também se associam de forma negativa com a Componente Mental do SF-36. O sexo feminino, o pertencer a um grupo sócio-económico desfavorecido revelam igualmente uma associação negativa com a DASI. As conclusões deste estudo sublinham o facto de a QDV melhorar significativamente 6 meses e 1 ano após a cirurgia de revascularização coronária, ainda que um quarto dos sujeitos do estudo revelem resultados clínicos e de QDV sub-óptimos. O sexo feminino, o pertencer a um meio socialmente desfavorecido e a comorbilidade, são preditores de resultados menos significativos ao nível da Qualidade de Vida.

Stoll, e tal (2000) estudaram a ocorrência de perturbações de stress pós-traumático em sujeitos submetidos a uma cirurgia cardíaca (valvular ou revascularização coronária), comparando a QDVRS em sujeitos que apresentavam e que não apresentavam perturbação de stress pós-traumático. A amostra era de 80 pacientes, 51 submetidos a cirurgia de revascularização coronária e 29 submetidos a cirurgia valvular. Para QDVRS, o instrumento de avaliação foi o SF-36, enquanto para a Perturbação de Stress Pós-traumático se utilizou o *Pos-Traumatic Stress Syndrome 10-Questions Inventory* (que quantifica 20 aspectos da satisfação em relação à vida numa escala de 0 a 10). Para as medidas de QDVRS, foram criados 4 grupos de controlo diferentes: o grupo de controlo 1 era representado por sujeitos saudáveis (sem evidência de doença cardiovascular, diabetes, hipertensão ou cancro), com idade e sexo iguais ao do grupo original; o grupo de controlo 2 era formado por pacientes que haviam sofrido um enfarte do miocárdio recentemente (num período inferior a 1 ano), sendo tratados através de medicação; o grupo de controlo 3, composto por indivíduos com angina

crónica estável, tratados através de medicação, o grupo 4 incluía sujeitos com falha cardíaca moderada (New York Heart Association Class II-III). Estes 4 grupos foram criados de molde a simplificar a interpretação dos resultados dos sujeitos submetidos a cirurgia cardíaca. Para a Perturbação de stress Pós-traumático foi também criado um grupo de controlo 1 de 80 sujeitos submetidos a cirurgia maxilofacial major, o grupo de controlo 2 era formado por sujeitos sem manifestações de doença aguda ou crónica.

Os resultados revelaram que os sujeitos submetidos a uma intervenção cirúrgica obtiveram scores elevados de satisfação em relação à vida, e apenas uma ligeira quebra em relação às componentes Física e Mental do SF-36, quando comparados com o grupo de controlo saudável. Pacientes com evidência de Perturbação de Stress Pós Traumático ($n=15$) revelaram scores do SF-36 mais baixos na Componente Mental, quando comparados com o grupo de pacientes que não evidenciava este tipo de perturbação, sendo a satisfação em relação à vida também mais baixa.

Simchen et al (2001), efectuaram um estudo visando avaliar o efeito das características sócio-demográficas e dos factores clínicos peri-operatórios, 1 ano após a cirurgia de revascularização coronária, em sujeitos que revelavam uma QDV reduzida. A amostra incluía todos os sobreviventes após um ano de cirurgia, com idades compreendidas entre os 45-65 anos. Os pacientes foram entrevistados antes da operação, relativamente às características clínicas e sócio-demográficas. O questionário utilizado para avaliar a QDVRS foi o SF-36, tendo sido enviado para casa dos pacientes um ano após a intervenção. A amostra incluiu 1270 pacientes, 116 dos quais preencheram um questionário também no período pré-operatório. A reduzida QDVRS foi definida como o terceiro tercil mais baixo da distribuição dos scores das duas componentes sumárias do SF-36, escala da componente física (PCS), escala da componente mental (MCS) e de uma questão única que lhes era colocada sobre a saúde em geral ("Em geral diria que a sua saúde é, excelente, muito boa, boa, média, ou má). Foram construídos modelos logísticos para cada um dos 3 resultados. As duas escalas do SF-36 foram dicotomizadas em "*baixo, não baixo*", bem como a questão colocada. Os autores verificaram que os pacientes com 1, 2, ou 3 indicadores de baixo estatuto social tinham scores mais baixos em todas as 8 subescalas do SF-36, sendo estes resultados sugestivos de que um estatuto social mais baixo se associa a uma menor Qualidade de Vida. Os resultados da análise univariada dos factores associados a uma reduzida QDVRS evidenciaram que a reduzida QDVRS se encontra sobretudo nas

pacientes do sexo feminino, imigrantes, ou nas que apresentavam uma educação mais limitada. Também os sujeitos que se encontravam no desemprego antes da cirurgia, assim como os que não praticavam actividade física, tendiam a ter uma evolução negativa ao nível da QDVRS. Relativamente às características clínicas da amostra, os pacientes no percentil mais elevado relativamente à gravidade da doença, os que apresentavam hospitalizações frequentes antes da intervenção cirúrgica, os que manifestavam estados de comorbilidade crónica, bem como os que revelavam hipertensão, angina, evidenciaram também menor QDV um ano depois da intervenção. A análise multivariada dos 3 resultados confirmou a análise univariada. No que respeita ao subgrupo dos 116 pacientes que preencheram o SF-36 no pré e pós-operatório, os resultados revelaram que estes pacientes eram similares à restante amostra, em relação às características clínicas e sócio-demográficas.

Ainda segundo os autores, este estudo identificou pacientes que não beneficiaram de suporte social na comunidade após a hospitalização para revascularização coronária. Por terem recursos limitados, estes grupos deveriam ser etiquetados como prioritários. Encorajando a participação em programas de reabilitação e a criação de linhas telefónicas, talvez a QDVRS pudesse ser melhorada neste tipo de pacientes.

Com o intuito de avaliar o impacto da cirurgia cardíaca coronária, Sader et al (2002) realizaram um estudo prospectivo que pretendia avaliar detalhadamente as funções neurocognitivas, o funcionamento psicossocial e a QDV (SF-36) em 32 pacientes imediatamente antes e 6 meses após a cirurgia. Os autores concluíram assim não existirem diferenças significativas no que respeita às funções neurocognitivas e adaptação psicossocial, antes e depois da cirurgia, embora estes resultados fossem inferiores aos da população em geral. Contudo, em relação à qualidade de vida, avaliada através o SF-36, verificou-se uma melhoria significativa nos scores ($p < 0,05$), no grupo em questão.

Por outro lado, Kiessling, e Henrikson (2004), avaliaram a QDVRS numa amostra de 253 sujeitos com doença coronária, através do Cardiac Health Profile questionnaire (CHP) e do EuroQol-Vas (EQ). Foi utilizado uma análise exploratória de molde a identificar dimensões independentes da QDVRS. A angina foi avaliada mediante a Canadian Cardiovascular Society Classification (CCS). Os resultados encontrados

reflectiram a existência de 4 factores independentes: percepções cognitivas, a função física, social e emocional. O factor de influência mais directa na QDVRS e que explicava 43 % dos resultados mais favoráveis consistia na percepção da função cognitiva que reflectia capacidade de concentração, capacidade de resolução de problemas e memória. A percepção da função física e da saúde em geral explicaria apenas 9% dos resultados e estava directamente relacionada com o CCS. Assim, para os autores, a percepção das funções cognitivas seria o factor com maior peso na QDVRS. Os autores referem ainda que os questionários que avaliam a QDV devem ser mais sensíveis à dimensão relativa às funções cognitivas.

Tung Wei, e Chang (2007) realizaram um estudo onde pretendiam avaliar o impacto da cirurgia cardíaca na QDV de 100 sujeitos, 50 do sexo masculino, 50 do sexo feminino, submetidos a cirurgia cardíaca de revascularização coronária nos últimos 5 anos. A QDV foi avaliada através do SF-36. Foram também avaliadas as dimensões demográficas, bem como a existência de diferenças entre o sexo feminino e masculino. Os sujeitos do estudo obtiveram diferentes níveis de resultados na QDV relacionada com a função física, tendo em conta o género, a situação profissional e conjugal. Em relação à função mental não se verificaram diferenças significativas entre os grupos. Os homens evidenciaram melhores resultados em relação à função física do SF-36, após cirurgia cardíaca, do que as mulheres. Também os sujeitos empregados obtiveram melhores resultados em relação à função física da qualidade de vida, comparativamente com os não empregados. Em relação à situação marital, os que se encontravam casados obtiveram melhores resultados do que os que tinham enviuvado. Em relação ao papel das responsabilidades (tomar conta de idosos e trabalho doméstico), os pacientes com maiores níveis de responsabilidade obtiveram resultados significativamente superiores na QDV em relação aos que não a tinham. Naqueles com responsabilidade na gestão da economia familiar (dinheiro), verificou-se um resultado significativamente superior na função mental da qualidade de vida.

Num outro estudo, Mathisen et al (2007) estudaram a relação entre a avaliação da Qualidade de Vida e os resultados de saúde, pressupondo que esta avaliação interfere na avaliação da cirurgia cardíaca e na Qualidade de Vida Global (felicidade, bem-estar, satisfação com a vida), através de um estudo longitudinal. Foram investigadas as relações entre a percepção geral de saúde e a QDV global antes e depois da cirurgia (3,

6, 12 meses, depois). As percepções gerais de saúde foram medidas através do SF-36, a QDV global foi medida através do Global Quality of Life (GQOL) bem como através do Questionário Quality of Life Survey. Os autores partiram do modelo de Wilson and Cleary, que integra o modelo biomédico e as ciências sociais. Os resultados revelaram que os modelos unidireccionais são inadequados para explicar o impacto da cirurgia cardíaca na QDV global, dado que esta pode também influenciar e ser influenciada pelo resultado no estado de saúde após a cirurgia de revascularização coronária. Na avaliação entre o período pré-operatório e os três meses após a cirurgia, numa fase em que os pacientes ainda estão num período de reabilitação, as percepções gerais de saúde são dominantes. Entre os 6 e os 12 meses após a cirurgia, os coeficientes de regressão vão na mesma direcção das percepções de saúde em geral e da QDV global, sendo as diferenças eram significativas e verificando-se uma correlação entre as duas.

Taillefer, Dupuis, e François (2005) realizaram um estudo com 82 sujeitos submetidos a uma cirurgia valvular, avaliaram os sujeitos antes e três meses depois da cirurgia. A Qualidade de Vida foi avaliada através do QLSI (Quality of Life Systemic Instrument) e do SF-36, os resultados revelaram uma melhoria da QDV em quase todas as subescalas. As mulheres obtiveram melhores resultados do que os homens no lazer, afectividade e no funcionamento social, ocorrendo em relação à saúde mental o contrário, já que o sexo masculino obteve um resultado superior.

Qualidade de Vida, Cirurgia Cardíaca e Género

A doença cardíaca coronária é a maior causa de morte em ambos os sexos: a Organização Mundial de Saúde estima que em todo o mundo morrem cerca de 3-8 milhões de homens e 3-4 milhões de mulheres anualmente (Mackay & Mensah 2004). Nos últimos anos os estudos sobre as diferenças de género têm recebido particular atenção nas políticas de saúde internacional.

Historicamente, a doença cardíaca estava associada aos homens, presentemente houve um aumento significativo desta doença no sexo feminino e a taxa de mortalidade nas mulheres é superior à dos homens (Vaccarino et al, 2001). Apontados como factores relevantes para esta problemática a recuperação física mais lenta, o suporte social pobre, maiores taxas de readmissão e menor QDV (Emery et al, 2004). Salienta-se ainda outra

razão para piores resultados, decorrendo do facto de esta doença surgir nas mulheres numa idade mais tardia, quando a comorbilidade paralela à doença é maior.

Também as funções atribuídas tradicionalmente às mulheres é outro dos factores importantes no seu processo de adaptação após a cirurgia cardíaca. Resultados físicos menos favoráveis, a menor participação num programa de reabilitação pós cirúrgico, bem como o retorno às actividades domésticas antes do recomendado pelos profissionais de saúde foram também sublinhados. O papel social é igualmente mencionado como neutralizador de efeitos na saúde física e no bem-estar psicológico, revelando as mulheres com responsabilidades sociais mais elevadas níveis também superiores de saúde psicossocial e de QDV (Platch, & Heidrich, 2003).

Vários estudos têm salientado que as mulheres com doença cardíaca similar à dos homens, manifestam uma QDV significativamente menor após a intervenção cirúrgica (Emerly et al, 2004, Vaccarino et al, 2003).

O prognóstico após cirurgia de revascularização coronária tem sido descrito como menos favorável para o sexo feminino, sendo maior a mortalidade pós-operatória, bem como a sobrevivência a longo termo. É também descrito nas mulheres uma angina pré operatória mais severa, bem como doenças concomitantes. As diferenças entre homens e mulheres na melhoria na Qualidade de Vida, após cirurgia de revascularização é assunto ainda relativamente pouco estudado. A doença coronária emerge normalmente dez anos mais tarde nas mulheres (Emslie, 2005).

Num estudo prospectivo efectuado por Czajkowski et al (1997) em 759 pacientes (269 mulheres e 490 homens), após cirurgia de revascularização coronária, em que se pretendia comparar as características de homens e mulheres no pré-operatório, mediante questionários e entrevistas, os autores sublinham, como conclusões, o facto de as mulheres terem uma idade superior quando submetidas a este tipo de intervenção cirúrgica e de ser menor o número de casadas, quando comparadas com o sexo oposto. Revelavam um maior número de sintomas depressivos bem como de ansiedade. Beneficiavam de menor apoio psicossocial. A literatura recente tem sido ilustrativa de que os factores psicossociais, tais como o isolamento social e a depressão, aumentam o risco de eventos cardiovasculares e mesmo de morte em pacientes com doença cardíaca coronária. Um menor apoio psicossocial das mulheres em relação aos homens, antes da

cirurgia, pode assim aumentar o risco de acontecimentos peri e pós-operatórios, dificultando a sua recuperação a longo termo.

Com o objectivo de estudar a melhoria na Qualidade de Vida, após cirurgia de revascularização coronária, relativamente ao género, Sjoland (1999) efectuou um estudo com 2121 pacientes, utilizando como instrumento de medida de QDV o Nottingham Health Profile e o Psychological General Well-being Index, 3 meses, 1 ano e 2 anos após a cirurgia. Relativamente aos resultados, salienta-se o facto de as mulheres que submetidas a intervenção serem mais velhas, com doenças concomitantemente associadas no pré-operatório. No pós-operatório, a QDV melhorou significativamente em ambos os sexos. Uma vez que na população em geral são esperados resultados inferiores ao nível da QDV nas mulheres, comparativamente com o sexo oposto, resultados inferiores ao nível da QDV antes e após a intervenção são também esperados nas mulheres, em consequência do género. Uma elevada proporção de doenças paralelas, bem como a idade superior das mulheres operadas, são factores correntemente encontrados em mulheres submetidas a cirurgia de revascularização coronária, o que também se constatou neste estudo. Contudo, a melhoria na QDV das mulheres após cirurgia de revascularização coronária tende a equiparar-se à melhoria verificada no sexo masculino.

Num outro estudo realizado por King (2000), em que foram comparados 60 homens e 60 mulheres submetidos a cirurgia de revascularização coronária ou cirurgia valvular, pretendia-se comparar a recuperação de um e outro grupo. A avaliação foi feita imediatamente antes da cirurgia e 3 meses após a sua ocorrência. Os resultados revelaram que no pré-operatório as mulheres apresentavam maiores limitações funcionais, menor satisfação com a vida e menor suporte social que o sexo masculino. Após 3 meses de cirurgia, a autora constatou um menor número de diferenças significativas. As diferenças no suporte social persistiram; ao nível do estado funcional, o sexo feminino revelou melhorias significativas em relação ao sexo masculino. Relativamente ao estado de saúde global, não foram encontradas diferenças significativas entre um e outro sexo, 3 meses após a cirurgia.

Ainda segundo a autora, este estudo revelou resultados semelhantes aos encontrados na literatura mais recente; as mulheres revelaram-se mais comprometidas

no período pré-operatório do que os homens, contudo, no período pós-operatório, foram encontradas poucas diferenças.

Gjeilo et al (2006), num estudo mais recente, pretenderam comparar 203 pacientes do sexo feminino e masculino com a população em geral, três anos após revascularização coronária, procurando diferenças entre o género e a idade, inferior e superior a 70 anos. A QDV foi avaliada através do SF-36. Os autores verificaram que os pacientes submetidos a revascularização coronária obtiveram melhores resultados na dor corporal que a população geral ($p=0,008$), mas os resultados não diferiram nas restantes subescalas do Sf-36. Os pacientes mais jovens obtiveram scores mais baixos no Sf-36 do que a população em geral com a mesma idade; pelo contrário, os mais idosos (idade superior a 70) obtiveram resultados ligeiramente superiores em todas as dimensões do SF-36, mas o único resultado com significado estatístico foi o da dor corporal, onde os sujeitos submetidos a revascularização coronária obtiveram resultados superiores. As mulheres desta amostra obtiveram também valores inferiores aos da população em geral do sexo feminino; comparativamente com o sexo masculino da população em estudo, obtiveram resultados significativamente inferiores em 3 das 5 subescalas (função física, desempenho físico e vitalidade).

A cirurgia cardíaca nos Idosos

Qualquer definição de terceira idade é arbitrária e influenciada por vários factores, mas o *background* cultural e as questões políticas são dominantes. A chamada terceira idade consiste num grupo da população muito heterogéneo, cujas idades percorrem três ou mais décadas. A prevalência de doenças, sobretudo de doenças cardiovasculares, aumenta com a idade. Desde a década de 80, que o desenvolvimento da cirurgia cardiovascular e valvular, sobretudo ao nível da doença da aorta, tiveram um enorme impacto na QDV e no prognóstico para todas as idades (Pathy, 1999).

Nos pacientes idosos, a cirurgia é ainda a única opção que permite restabelecer as competências funcionais e a Qualidade de Vida.

A cirurgia cardíaca, particularmente para a doença da válvula aórtica, substituição valvular, ou a cirurgia às artérias coronárias, melhora a qualidade de vida, a ponto de ser aceitável o risco para o paciente? Na literatura, é difícil estabelecer um consenso na

cirurgia cardíaca, quanto ao nível da morbidade e mortalidade dos idosos no pré e pós-operatório. Os pacientes com idade igual ou superior a 80 anos apresentam um risco de mortalidade maior do que os da década inferior.

Dado que os recursos na saúde são limitados, é necessário avaliar criticamente os resultados da cirurgia a longo-termo.

Segundo Pathy (1999), a taxa de mortalidade pós operatória ronda os 6,8% nos pacientes com idade superior a 70 anos, descendo esta taxa para os 2,5%, nos pacientes mais novos. Um terço dos idosos submetidos a cirurgia cardíaca apresenta um quadro grave; a hipertensão pulmonar pré-operatória, o reduzido funcionamento do ventrículo esquerdo e as cirurgias de emergência são factores a ter em conta numa potencial fatalidade ou em complicações pós-operatórias. A combinação da cirurgia coronária com a substituição da válvula da aorta está também associada a uma mortalidade mais elevada do que se for efectuado apenas um destes procedimentos. A comorbidade, particularmente quando relacionada com uma insuficiência renal ou com uma doença vascular periférica, implica igualmente riscos operatórios acrescidos. Ainda para o mesmo autor, o mais importante é a melhoria da QDV destes pacientes. O controlo dos sintomas é conseguido nos pacientes submetidos a uma cirurgia da aorta, mesmo nos mais comprometidos, comparativamente aos que são apenas submetidos a tratamentos médicos.

Estudos recentes tem comprovado uma melhoria significativa na QDV dos idosos após a intervenção cirúrgica, valvular, revascularização coronária, bem como uma combinação das duas (revascularização coronária e substituição valvular) (Khan et al, 2000; Fruitman et al, 1999; Shapira et al, 1997; Sundt et al, 2000).

Num estudo mais antigo, efectuado por Shapira et al (1997), foi avaliada a QDV, através de uma versão modificada do Duke University Medical Outcomes Study, após a cirurgia valvular, em 147 idosos com idade superior a 75 anos, em 69 dos quais foi também efectuada, concomitantemente, revascularização coronária. Deste estudo ressalta o facto de a cirurgia valvular estar associada a uma morbidade e mortalidade aceitáveis. A sobrevivência a longo termo e a QDV são excelentes.

Um outro estudo retrospectivo realizado por Fruitman (1999) pretendia também avaliar a QDV de 127 pacientes submetidos a uma intervenção cardíaca,

revascularização coronária, substituição valvular ou a combinação das duas (revascularização coronária e substituição valvular), com idade superior a 80 anos.

A QDV foi avaliada através do Rand SF-36 Health Survey e do Seattle Angina Questionnaire (apenas para os sujeitos submetidos a revascularização coronária, ou revascularização coronária e substituição valvular), 6 meses após a intervenção, através de entrevista telefónica. Neste estudo, os scores do SF-36 foram equivalentes ou mesmo superiores aos da restante população com idade superior a 65 anos. Verificou-se que os octogenários podem ser submetidos a uma intervenção cardíaca, com um risco moderado, revelando uma melhoria significativa ao nível da sintomatologia. A população idosa beneficia e evidencia uma clara melhoria da sua capacidade funcional, bem como da sua Qualidade de Vida.

Khan (1999) realizou um estudo retrospectivo numa amostra de 401 pacientes, submetidos a uma intervenção cardíaca - cirurgia de revascularização coronária, cirurgia valvular, ou cirurgia valvular e de revascularização coronária - com o objectivo de avaliar a sobrevivência a longo-termo, bem como a Qualidade de Vida, incluindo a influencia da comorbilidade, em pacientes com idade igual ou superior a 70 anos. O instrumento utilizado para avaliar a QDV foi o SF-36. O follow-up foi efectuado 6 e 8 anos após a cirurgia, mediante entrevista telefónica. Os scores do SF-36 foram similares ou substantivamente superiores aos da restante população com idade semelhante. A escala da saúde mental obteve scores inferiores aos da restante população em pacientes com comorbilidade. Não se verificaram diferenças significativas relativamente à QDV e ao tipo de intervenção cirúrgica a que os sujeitos foram submetidos em função da idade, género, ou comorbilidade associada. A taxa de sobrevivência após 5 anos era de 85%. A comorbilidade esteve associada a um declínio na sobrevivência.

Ainda num outro estudo retrospectivo, que pretendia avaliar a QDV dos octogenários após substituição da válvula aorta (aquela que é substituída com mais frequência) em 133 pacientes, foi utilizado o Mos SF-36, 1 e 5 anos após a intervenção. Um ano após a intervenção a taxa de sobrevivência era de 80%, 5 anos depois da intervenção esta taxa baixou para 55%. Os scores do SF-36 eram comparáveis aos da restante população, com idade superior a 75 anos. Deste estudo concluí-se que os resultados funcionais após substituição da aorta em pacientes com idade superior a 80 anos são significativos, o risco operatório é aceitável e as taxas de sobrevivência

posteriores são boas. A cirurgia não pode assim ser negada aos idosos, sendo o critério de exclusão apenas baseado na idade dos sujeitos (Sundt e tal, 2000).

Goyal, Henry, e Mohajeri (2005) realizaram um estudo prospectivo e compararam os resultados após intervenção cardíaca em dois grupos, um deles de sujeitos com idade superior ou igual a 80 anos (80-94), o outro composto por sujeitos entre os 70 e os 79 anos. A QDV foi avaliada através de um questionário onde eram consideradas as actividades da vida diária, a dependência em relação a terceiros, sentimentos positivos e negativos gerados por diferentes experiências emocionais do dia-a-dia. A maioria dos octogenários pertencia à classe funcional da associação cardíaca de Nova York Classe III ou IV. Não se verificaram, entre os dois grupos, diferenças significativas na incidência da classe Canadiana III ou IV na angina, na fracção de ejeção ventricular esquerda, diabetes, hipertensão, falha renal, enfarte do miocárdio anterior e urgência da cirurgia, doença vascular periférica. No grupo dos octogenários, 29% eram mulheres. Os autores concluíram que os octogenários devem ser operados, já que as taxas de mortalidade e morbidade são aceitáveis, verificando-se que, após a intervenção, a sua QDV melhora significativamente. A melhoria significativa na QDV justifica a intervenção cirúrgica precoce e agressiva.

Sjorgen e Thulin (2004) estudaram um grupo de octogenários submetidos a uma cirurgia de revascularização coronária, valvular, ou ambas, e compararam os resultados que estes obtinham na QDV, através do SF-36, com a população de octogenários em geral. Verificaram a existência de diferenças significativas na dor física e na função física, sendo que os pacientes submetidos a este tipo de intervenção revelavam uma função física mais baixa, mas, já em relação à dor, mostravam níveis significativamente inferiores aos da população em geral. O este estudo demonstrou que, após a cirurgia, os resultados de QDV nesta população eram semelhantes aos da população em geral.

Rosboroug (2006) mostrou através de um estudo realizado em sujeitos com idade superior a 65 anos que, após cirurgia de revascularização coronária, valvular, ou ambas, apesar dos riscos acrescidos da população mais idosa de mortalidade e morbidade, dada a comorbidade frequentemente associada a estes pacientes (diabetes, doença vascular periférica, disfunção renal, etc.) e apesar de maiores complicações no pós-

operatório, a QDV melhorava 18 meses após a intervenção e a idade não a influenciava de forma independente.

Qualquer medida de QDV após uma intervenção cirúrgica, deve considerar parâmetros como relações familiares, trabalho, lazer, doença psiquiátrica e actividade sexual, bem como o sentir ou não dor. A doença cardíaca afecta todas estas áreas do dia-a-dia e a sua avaliação é tão importante como as medidas de funcionamento físico.

Neste contexto pretendemos desenvolver uma investigação destinada a avaliar o impacto da cirurgia cardíaca na melhoria da QDV dos doentes submetidos a este tipo de intervenção.

Problema

- Qual o impacto que a cirurgia cardíaca têm na percepção da QDV dos doentes submetidos a cirurgia cardíaca (revascularização coronária e cirurgia valvular).

Objectivos

- Avaliar o impacto da cirurgia cardíaca na QDV dos sujeitos submetidos a revascularização coronária;
- Avaliar o impacto da cirurgia cardíaca na QDV dos sujeitos submetidos a cirurgia valvular.
- Avaliar o impacto da cirurgia cardíaca nos sujeitos submetidos a revascularização coronária, segundo o CCS.
- Avaliar o impacto da cirurgia cardíaca nos sujeitos submetidos a revascularização coronária, segundo o número de vasos doentes.
- Avaliar se existem diferenças na QDV dos sujeitos submetidos a cirurgia de revascularização coronária e os sujeitos submetidos a cirurgia valvular.
- Avaliar o impacto da cirurgia cardíaca na QDV dos sujeitos nas diferentes faixas etárias.
- Avaliar o impacto da cirurgia cardíaca na QDV dos sujeitos tendo em conta a sua situação familiar.
- Avaliar o impacto da cirurgia cardíaca na QDV dos sujeitos com diferentes tipos de complicações associadas - comorbilidade - (diabetes, dislipidémia, hipertensão arterial, problemas renais).
- Avaliar o impacto da cirurgia cardíaca na QDV dos sujeitos do sexo masculino.
- Avaliar o impacto da cirurgia cardíaca na QDV dos sujeitos do sexo feminino.
- Avaliar o impacto da cirurgia cardíaca na QDV dos sujeitos com diferentes habilitações literárias.

Questões de Investigação

- Qual o impacto da cirurgia cardíaca na QDV dos sujeitos submetidos a revascularização coronária?
- Qual o impacto da cirurgia cardíaca na QDV dos sujeitos submetidos a cirurgia valvular?
- Qual o impacto da cirurgia cardíaca nos sujeitos submetidos a revascularização coronária, segundo o número de vasos doentes?;
- Qual o impacto da cirurgia cardíaca nos sujeitos submetidos a revascularização coronária, segundo o CCS?;
- Qual o impacto da cirurgia cardíaca na QDV dos sujeitos nas diferentes faixas etárias?
- Qual o impacto da cirurgia cardíaca na QDV dos sujeitos tendo em conta a sua situação familiar?
- Qual o impacto da cirurgia cardíaca na QDV dos sujeitos com diferentes tipos de complicações associadas - comorbilidade – (Fumadores, História Familiar, Diabetes, hipercolesteromia, Dislipidémia, Hipertensão Arterial, Problemas Renais)?
- Qual o impacto da cirurgia cardíaca na QDV dos sujeitos do sexo feminino?
- Qual o impacto da cirurgia cardíaca na QDV dos sujeitos do sexo masculino?
- Qual o impacto da cirurgia cardíaca nos sujeitos com diferentes habilitações literárias?

METODOLOGIA

Estudo desenvolvido no Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa, para avaliação da percepção da QDV dos doentes submetidos a cirurgia cardíaca (cirurgia de revascularização coronária ou valvular), no período imediatamente anterior à intervenção e seis meses após a cirurgia.

O método de estudo é o de comparação intragrupos.

O seu objectivo principal visa o estudo dos aspectos da Qualidade de Vida num grupo de sujeitos submetidos a cirurgia de revascularização coronária ou valvular, tendo sido usado como instrumento de avaliação da Qualidade de Vida (SF-36). Trata-se de um estudo que pretende avaliar a percepção da QDV dos doentes submetidos a cirurgia cardíaca (cirurgia de revascularização coronária, valvular ou ambas), no período imediatamente anterior à intervenção e seis meses após a cirurgia.

As inferências feitas com base nos dados obtidos baseiam-se na suposição de que esses acontecimentos (doença, cirurgia) afectam a Qualidade de Vida dos sujeitos e se repercutem nas suas diferentes dimensões.

Sujeitos

A Amostra é constituída por 108 sujeitos; 82 dos sujeitos da amostra foram submetidos a revascularização coronária e 26 a cirurgia valvular; desta amostra, 7 pacientes faleceram no pós-operatório (2 valvulares e 5 coronários); 6 meses após a cirurgia, não responderam ao questionário que lhes foi enviado 4 doentes valvulares, enquanto em relação aos doentes coronários, foram 9 os inquiridos que não o fizeram.

Seleção e Caracterização da Amostra

A selecção da amostra utilizada neste estudo, bem como a definição de critérios de selecção dos sujeitos, foi realizado com a colaboração de médicos e cirurgiões da consulta de cirurgia cardiotorácica.

Em ambos os grupos, a amostra é intencional e heterogénea, sendo os critérios de inclusão: ser portador de doença coronária ou valvular, submetidos a cirurgia sem carácter de urgência, com idade igual ou superior a 20 anos.

Grupo 1

Composto por sujeitos submetidos a cirurgia coronária

Grupo 2

Composto por sujeitos submetidos a cirurgia valvular

Caracterização da amostra

A Amostra é constituída por 108 sujeitos; 82 dos sujeitos da amostra foram submetidos a revascularização coronária e 26 a cirurgia valvular; da amostra, 7 pacientes faleceram no pós-operatório (2 valvulares e 5 coronários); 6 meses após a cirurgia, não responderam ao questionário que lhes foi enviado, 4 doentes valvulares e 9 doentes coronários.

Quadro 1 Características Sócio-demográficas

	G1 - Coronário	G2- Valvular
Idade	N (82)	N (26)
Média	64,6	62,08
Desvio-Padrão	9,66	14,03
mínimo	41	23
máximo	83	79
Estado Civil		
Casado	68 (83%)	20 (77%)
solteiro	3 (3,7%)	2 (7,7%)
viúvo	8 (9,8)	2 (7,7%)
divorciado	3 (3,7%)	2 (7,7%)
Sexo		
Masculino	66 (80,5%)	16 (61,5)
Feminino	16 (19,5)	10 (38,5)
Escolaridade		
sabe ler e escrever	12 (14,6%)	5 (19,2%)
Ensino Primário	52 (63,4%)	14 (53,8%)
Ensino secundário	3 (7,31%)	4 (16,7%)
Ensino médio	6 (3,73%)	1 (3,8%)
Ensino Superior	4 (4,9%)	
desconhecido	5 (6,1%)	2 (7,7%)
Situação Profissional		
Trabalhador por conta de outrem	32 (39%)	4 (15,4%)
Trabalhador por conta própria	7 (8,5%)	3 (11,5%)
Reformado	34 (41,5%)	13 (50%)
Doméstica	8 (9,8%)	5 (19,2%)
Estudante	0	1 (3,8%)
Desconhecido	1 (1,2)	
Tempo de Internamento		
Inferior ou igual a 8 dias	72 (87,8%)	13 (50%)
Mais de 8 dias	10 (12,2%)	13 (50%)

Grupo 1 –cirurgia Coronária

A amostra de 82 sujeitos é constituída maioritariamente por homens 66 (80,5%), com idades entre os 41 anos e os 83. Ao nível da instrução prevaleceu o correspondente ao ensino primário (63,4%). O estado civil preponderante foi o de casado 66 (82,9%).

Grupo 2 –cirurgia Valvular

A amostra de 26 sujeitos é constituída maioritariamente por homens,16 (61,5%), com idades entre os 23 anos e os 79. Ao nível da instrução prevaleceu o correspondente ao ensino primário 14 (53,8%). O estado civil preponderante foi o de casado 20 (76,9%).

Quadro 2 Características Clínicas Pré-Operatórias

	G1- Coronário	G2 – Valvular
Classificação Funcional de Angina (CCS)		
I		
II	31 (37,8%)	5 (19,2%)
III	40 (48,8%)	4 (15,4%)
IV	2 (2,4%)	2 (7,7%)
desconhecido	9 (10,9%)	12 (46,2%)
Classificação para a Actividade Física New York Heart Assotiation Classification (NYHA)		
I		
II	15 (18,3%)	5 (19,2%)
III	13 (15,9%)	10 (38,5%)
IV	1 (1,2%)	1 (3,8%)
desconhecido	53 (64,6)	10 (38,5%)
Enfarte do miocárdio		
Sim	41 (50%)	7 (26,9%)
Não	39 (47,6%)	19 (73,1)
Desconhecido	2 (2,4)	
Angina		
Não	4 (4,9%)	9 (34,6%)
Instável	30(36,6%)	5 (19,2)
Estável	45 (54,9%)	10 (38,5)
Desconhecida	3 (3,6%)	2 (7,7%)
Problemas Renais		
Sim	3 (3,7)	1 (3,8%)
Não	74 (90,2%)	16 (61,5%)
Desconhecido	8 (9,8%)	10 (38,5%)
Número de Vasos com Doença		
1 vaso	6 (6,3)	
2 vasos	12 (14,6)	
3 vasos	60 (73,2%)	
Desconhecido	4 (4,9%)	

Grupo I- Cirurgia Coronária

No que respeita às características clínicas pré-operatórias, a maioria dos doentes revelava limitações físicas marcadas ou moderadas: 41 (50%) dos sujeitos deste grupo havia já sofrido um enfarte do miocárdio, 75 (91,5%) sofria de angina, sendo que 30 (36,6%) sofria de angina instável, 45 (54,9%) de angina estável, com importantes limitações na actividade física. No que respeita ao CCS (dor anginosa), 40 (48,8%) dos sujeitos encontram-se na classe III, 31 (37,8%) revelaram limitações moderadas classe II, que ocorrem sobretudo em situações de esforço, como subir escadas rapidamente. Ao

nível dos sujeitos submetidos a revascularização coronária, a maioria eram portadores de doença de 3 vasos, 60 (73,2%).

Grupo 2- Cirurgia Valvular

No que respeita às características clínicas pré-operatórias, 7 (26,9%) dos sujeitos deste grupo havia já sofrido um enfarte do miocárdio, 15 (57,7%) sofria de angina, sendo que 5 (19,2%) de angina instável e 10 (38,5%) de angina estável. No que respeita ao CCS (dor anginosa), 5 (19,8,8%) dos sujeitos encontram-se na classe II, 4 (15,8%) na classe III .

Quadro 3 Características Clínicas Pré-Operatórias Factores de Risco

	G1 - Coronário	G2 - Valvular
Hipertensão		
Sim	64 (78%)	14 (53,8%)
Não	17 (20,7%)	12 (46,2%)
Desconhecido	1 (1,2%)	
Fumador		
Sim	39(47,6%)	8 (30,8%)
Não	38 (46,3%)	17 (65,4%)
Desconhecido	5 (6,1%)	1 (3,8%)
Diabetes		
Sim	25(30,5%)	6 (23,1%)
Não	55 (67,1 %)	19 (73,1%)
Desconhecido	2 (2,4%)	1 (3,8%)
Hipercolesteromia		
Sim	58(70,7%)	9 (34,6%)
Não	17 (20,7%)	17 (65,4%)
Desconhecido	7 (8,5%)	
História Familiar		
Sim	18 (22%)	4 (15,4%)
Não	49 (59,8%)	20 (76,9%)
Desconhecido	15 (18,3%)	2 (7,7%)

Grupo I – Cirurgia Coronária

Em relação à comorbilidade, 25 sujeitos (30,5%) dos doentes revelavam diabetes, 3 sujeitos (3,7%) problemas renais, 58 (70,7%) hipercolesteromia, 64 (78%) hipertensão. Em relação à história familiar, 18 sujeitos (22,%) revelavam história familiar positiva. 39 (47,6 %) dos sujeitos eram fumadores ou ex-fumadores.

Grupo II – Cirurgia Valvular

No que respeita à diabetes, 6 sujeitos (23,1%) revelavam diabetes, 1 (3,8%) era portador de problemas renais, 9 (34,6%) tinham hipercolesterolemia, 14 (53,8%) eram hipertensos. Em relação à história familiar, 4 sujeitos (15,4%) revelavam história familiar positiva. 8 (30,8%) dos sujeitos eram fumadores ou ex-fumadores.

Medidas

As variáveis do estudo serão agrupadas em:

- **Variáveis sociodemográficas** – idade, situação familiar, nível de instrução e situação profissional, questionário composto por itens que ajudam a caracterizar a amostra (sexo, idade, escolaridade, estado civil, situação profissional, grupo profissional). Este questionário foi preenchido pelo entrevistado e possibilitou a recolha de dados demográficos para caracterização da amostra.

- **Variáveis clínicas:** *pré-operatórias:* classe funcional da Canadian Cardiovascular Society (CCS) e classificação da angina, NYHA, comorbilidade, enfarte prévio, história familiar, extensão da lesão coronária, número de factores de risco (tabagismo, alimentação excessiva, consumo de bebidas alcoólicas, sedentarismo, história familiar positiva e comorbilidade); *peri-operatórias:* tipo de cirurgia (valvular ou revascularização coronária), número de bypasses, cirurgia a que válvulas (mitral, aorta, tricuspida, pulmonar); *pós-operatórias:* complicações, tempo de internamento. Estes dados referentes à doença e ao tratamento foram obtidos através do processo dos utentes e sistematizados numa ficha de dados clínicos

- **Variáveis relativas à QDVRS** - o instrumento de medição incluiu uma escala genérica de avaliação da QDVRS, versão Portuguesa do MOS Survey SF-36. O questionário foi auto-administrado. A opção de utilizar este Questionário de avaliação da Qualidade de Vida deve-se aos seguintes factores:

1. O Sf-36 pode ser aplicado a pessoas com características distintas (indivíduos com ou sem doença, de ambos os sexos e pertencentes a diferentes grupos etários). É também um instrumento referido em muitos estudos sobre qualidade de vida em doentes cardíacos.

2. As avaliações multidimensionais de saúde assumem extrema importância dado que muitos pacientes revelam problemas de saúde que envolvem condições médicas e psicológicas. Vários estudos indicam que as doenças cardíacas e as suas implicações podem ter repercussões quer físicas quer psíquicas.

Instrumento

O SF 36 é considerado uma medida genérica de saúde, uma vez que se destina a medir conceitos de saúde que representam valores humanos básicos referentes à funcionalidade e ao bem-estar de cada um. Além disso, não é específico de qualquer nível etário, doença ou tratamento. É uma das escalas mais utilizadas para medir a QDV.

O conteúdo do SF-36, tanto referente à saúde física como mental, e a sua relativa simplicidade são factores que facilitam a sua utilização. É uma escala de avaliação funcional, um instrumento genérico de medição do estado de saúde com maior potencial na utilização internacional e na avaliação dos resultados clínicos, permitindo-nos interpretar dados relativos ao estado físico e mental (principalmente nos doentes que sofrem de doenças crónicas) e inferir o efeito do tratamento no estado de saúde em geral.

O original da escala SF-36 (36-item short-form) foi resultado do projecto MOS (Medical Outcomes Study), que investigadores americanos da Rand Corporation construíram na década de 80. Os autores pretenderam desenvolver um instrumento de avaliação da saúde de reduzidas dimensões, que possibilitasse uma recolha e interpretação de dados rápida e simples, mas que simultaneamente reforçasse as qualidades psicométricas de escalas abreviadas de saúde, particularmente da versão anterior deste questionário: «o MOS 20-Item Short-Form Health Survey, SF-20» (Ware, & Sherbourne, 1992, p 474)

O projecto da autoria de John Ware e colaboradores tinha como objectivo avaliar “... se as variações dos resultados dos doentes eram explicadas pelas diferenças nos

sistemas de cuidados de saúde, formação e prática clínica (Ware, & Sherbourn, 1992, citado in Lopes Ferreira, 2000, p.56).

Ainda segundo os mesmos autores, o SF-36 é um instrumento “...que não é específico para qualquer nível etário, gravidade da doença ou tratamento. Destina-se a medir conceitos de saúde que representam valores humanos básicos relevantes à funcionalidade e ao bem-estar de cada um” (Ware, & Sherbourne, 1992, p. 474).

Foi adaptado com base na amostra do «Medical Outcomes Study» (MOS), constituída por 11 186 sujeitos, com idades compreendidas entre os 18 e os 103 anos (média de 47 anos) e oriundos de três cidades distintas dos E.U.A.

Esta escala foi validada e adaptada e aferida para a população portuguesa através de uma investigação coordenada por Lopes Ferreira, no Centro de Investigação em Saúde da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Sendo a versão autorizada pela Scientific Advisory Committé do Medical Outcomes Trust.

É composta por 36 itens, representa oito dos conceitos mais importantes em saúde, agrupados em duas componentes, a física e a mental. Cada uma delas integra 4 desses conceitos.

Descrição da Escala

O SF 36 representa 8 dos conceitos mais importantes em saúde.

Estas 8 escalas podem ser agrupadas em:

Componente Física

- **Função Física (FF)** – Os itens presentes nesta escala avaliam a presença/ausência de limitações em actividades do dia-a-dia, decorrente de problemas de saúde física e a extensão destas limitações. A escala correspondente à função física pretende medir, desde a limitação para executar actividades físicas menores (como tomar banho ou vestir-se), até às actividades mais extenuantes,

passando por actividades intermédias como levantar ou carregar as compras da mercearia, subir lanços de escadas, inclinar-se, ajoelhar-se, baixar-se ou mesmo percorrer uma determinada distância (itens 3a, 3b,3c,3d,3e, 3f,3g,3h,3i e 3j);

- **Desempenho físico (DF)** – Avalia a limitação na saúde em termos de tipo e quantidade de trabalho executado. Inclui a limitação no tipo usual de tarefas executadas, a necessidade de redução da quantidade de trabalho e a dificuldade em realizar tarefas (itens 4a, 4b, 4c e 4d);
- **Dor física (DF)** - As escalas da dor representam, não só a intensidade e o desconforto causados pela dor, mas também a forma como interfere nas actividades normais itens (7 e 8);
- **Saúde em geral (SG)** - A escala de saúde em geral pretende medir o conceito de percepção holística de saúde, incluindo não só a saúde actual mas também a resistência à doença e a aparência saudável (itens 1, 11a, 11b, 11c e 11d).

Componente Emocional

- **Desempenho emocional (DE)** - avalia as limitações causadas pelos problemas emocionais que interferem no trabalho ou nas actividades da vida diária em relação à duração, quantidade e qualidade na execução das tarefas (itens 5a, 5b e 5c).
- **Função social (FS)** - A escala da função social pretende captar a quantidade e a qualidade das actividades sociais, assim como o impacto dos problemas físicos e emocionais nas actividades sociais dos inquiridos (itens 6 e 10).
- **Saúde Mental (SM)** - Esta escala inclui questões referentes a quatro das mais importantes dimensões da saúde mental: ansiedade, depressão, perda de controlo em termos comportamentais ou emocionais e bem-estar psicológico (itens 9b, 9c, 9d, 9f e 9h).
- **Vitalidade** - A escala referente à vitalidade inclui os níveis de energia e de fadiga. Esta escala permite captar melhor as diferenças ao nível do bem-estar (itens, 9a, 9e, 9g, e 9i).
- **Mudança do estado de saúde (MS)** – Não é considerada uma dimensão. Informa da evolução do estado de saúde no último ano, comparando a saúde actual e a saúde anterior (relativa há um ano atrás). É avaliada no item 2.

O SF-36 foi concebido para ser utilizado em diferentes contextos: prática clínica, investigação, estudos da população em geral e avaliação de políticas de saúde. Pode ser aplicado a qualquer indivíduo com idade superior a 14 anos, desde que possua capacidade para ler e compreender as questões colocadas. Pode ser auto-administrado, por entrevista, por correio ou por telefone. Quando aplicado em contexto clínico e por entrevista, deve ser preenchido antes de responder a quaisquer questões colocadas sobre a sua saúde ou doença, para evitar enviesamento causado pela interacção entrevistado entrevistador.

Os itens e escalas do SF-36 são cotados em quatro etapas:

- Codificação das respostas dos sujeitos;
- Recodificação de itens;
- C cálculo de cotações das escalas através da soma de pontuações dos itens de cada escala (resultados brutos);
- Transformação dos resultados brutos das escalas numa escala de 0 a 100 (resultados da escala transformada) através da fórmula:

$$\text{Escala transformada} = \frac{[\text{soma-minimo}] \times 100}{[\text{máximo-minimo}]}$$

Cada dimensão contém entre 2 e 10 itens, pontuados através de uma escala de likert, que varia de 1-3, 1-5 e 1-6.

A cotação da escala é directa, atribuindo os mesmos valores nos itens para as dimensões FF, DF, SG (11a e 11c), VT (9g e 9i), FS (10), DE, MS, SM (9b, 9c, 9f). Para os restantes itens, verifica-se uma inversão da pontuação para as dimensões DC, SG (1), VT (9a e 9e), S (6), SM (9d e 9h).

O resultado é apresentado com o perfil, quanto mais elevado for o valor obtido, melhor a QDV do sujeito.

Consentimento Informado

Todos os questionários tinham uma folha de rosto que informava o participante do estudo, sendo solicitada a sua colaboração no preenchimento do mesmo.

Planificação

O desenho da investigação que realizámos é um estudo observacional descritivo, de comparação entre grupos, que fornece informação sobre a população em estudo, que foca dois grupos, que no decorrer do tempo serão submetidos a determinado acontecimento. Os dados serão recolhidos em dois momentos do período de estudo (Ribeiro, 1999, p.42).

Os dados foram recolhidos em dois momentos do estudo, imediatamente antes e 6 meses após a cirurgia.

Os critérios de inclusão no estudo para o grupo A foram: ambos os sexos, idade igual ou superior a 20 anos, existência de doença coronária.

Os critérios de inclusão no estudo para o grupo B foram: ambos os sexos, idade igual ou superior a 20 anos, existência de doença valvular

Em ambos os grupos, a amostra recolhida é intencional e heterogénea. Todos os sujeitos são passíveis de participar no estudo, conforme vão aparecendo, sendo o único critério de exclusão a cirurgia realizada com carácter de urgência.

Segundo Sampaio e Ferreira, 1997 (cit in Ribeiro, 1999, p.34) designam-se por “variáveis primárias aquelas que podem responder à questão de investigação inicialmente formulada e variáveis secundárias aquelas que completam a resposta mas cuja análise é desprovida de sentido”.

Assim as variáveis primárias serão a doença cardíaca coronária, a doença valvular, a Qualidade de Vida e a Cirurgia.

As variáveis secundárias, susceptíveis de influenciar os resultados do estudo, serão a idade, situação familiar, nível de instrução e situação profissional, questionário composto por questões que ajudam a caracterizar a amostra (sexo, idade, escolaridade, estado civil, situação profissional, grupo profissional);

Existem ainda outras variáveis clínicas: classe funcional da Canadian Cardiovascular Society (CCS) e classificação da angina, NYHA, comorbilidade, enfarte prévio, história familiar, extensão da lesão coronária, função ventricular esquerda, número de factores de risco (tabagismo, alimentação excessiva, consumo de bebidas alcoólicas, sedentarismo, história familiar positiva e comorbilidade); *peri-operatórias*: tipo de cirurgia (valvular ou revascularização coronária), número de bypasses, cirurgia a que válvulas (mitral, aorta, tricuspida, pulmonar); *pós-operatórias*: complicações, tempo de internamento .

PROCEDIMENTO

A recolha de dados do primeiro momento - avaliação da percepção da Qualidade de Vida antes da cirurgia - efectuou-se entre os meses de Julho 2001 e Janeiro de 2002, no serviço de cirurgia cardiotorácica (consulta externa), enquanto o segundo momento - avaliação da percepção da Qualidade de Vida - ocorreu 6 meses após a intervenção, entre Janeiro de 2002 e Julho de 2002. Foi utilizado como instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida o Sf-36, passado no contexto de uma entrevista com o sujeito. A recolha de dados pessoais foi feita com base num questionário demográfico preenchido pelo paciente. Os dados clínicos foram sistematizados numa ficha de registo de processo clínico, consultados com a colaboração do médico e da secretária de unidade.

O procedimento utilizado pode ser dividido em três momentos:

1. Apresentação do investigador na consulta externa antes da cirurgia, breve explicação da finalidade do estudo e solicitação da colaboração do paciente; após ter sido assegurado o anonimato e sigilo de todas as informações. Foi sublinhada a importância da participação de cada doente e referido que o objectivo deste trabalho é avaliar a Qualidade de Vida dos Sujeitos antes e depois da cirurgia e compreender a influência destas variáveis no seu quotidiano, nas actividades do dia-a-dia, na relação com os outros, no modo como pensam e se sentem.

2. Recolha de dados pessoais e passagem do SF-36. A escala era auto-administrada, no caso da pessoa ter um nível escolaridade suficiente, sendo esta

previamente aconselhada a ler com atenção as instruções e a preencher os dados sócio-demográficos do questionário. Nesta altura, era dito aos sujeitos que 6 meses depois receberiam um questionário igual em casa, que deveriam preencher e reenviar.

3. Posteriormente, 6 meses depois o questionário era enviado a cada um dos sujeitos, contendo no interior um envelope com o selo e a morada para a sua devolução. Nos casos em que os sujeitos não respondiam num período de duas semanas, eram contactados telefonicamente e era então reforçado o pedido de colaboração.

A aplicação dos questionários demorou cerca de 30 minutos. Alguns dos participantes solicitaram ajuda, dado o baixo nível de literacia.

RESULTADOS

Depois de cotadas as respostas do Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida SF-36, procedeu-se ao tratamento estatístico dos dados. Foi feita uma análise descritiva dos resultados, utilizando medidas de tendência central (média aritmética) e de dispersão (desvio padrão, amplitude total). Os dados foram organizados e resumidos em tabelas de frequência.

Dado que não puderam ser mantidas constantes todas as condições neste estudo, procedeu-se a uma análise da variância, para avaliar os efeitos das variáveis demográficas e clínicas na qualidade de vida da amostra em estudo.

Para determinar se existem diferenças significativas entre os sujeitos submetidos a cirurgia valvular e os que foram submetidos a cirurgia coronária em cada uma das escalas do SF-36, foi aplicado o teste t de Student para amostras independentes, que nos permite verificar se existem diferenças entre os dois grupos. O nível de significância utilizado foi o de 0,05.

Para determinar se existem diferenças significativas entre os sujeitos submetidos a cirurgia valvular e os que foram submetidos a cirurgia coronária em cada uma das

escalas do SF-36, depois da cirurgia foi aplicado o teste t de Student para amostras emparelhadas.

Para averiguar se cada uma das dimensões do SF-36 e a idade, CCS e factores de risco estão ligados, isto é, se a intensidade de um é acompanhada tendencialmente, em média, pela intensidade do outro, no mesmo sentido ou em sentido inverso, realizou-se o teste de correlações de Pearson.

Para as variáveis ordinais, escolaridade, situação familiar, situação profissional utilizámos o teste Anova, análise da variância, que compara a variância de duas ou mais amostras.

Impacto global na percepção da Qualidade de Vida

Globalmente, verificaram-se percepções significativamente mais satisfatórias 6 meses após a intervenção, tanto nos doentes submetidos a revascularização coronária, como nos sujeitos submetidos a cirurgia valvular, comparativamente com o período pré-operatório ($p < 0,05$).

Em relação à escala do SF-36 (quanto mais elevados forem os valores obtidos nas diversas dimensões do SF-36 melhor é a QDV):

Quadro 4 Comparação das médias nas diferentes dimensões da Qualidade de Vida do SF-36 em sujeitos submetidos a revascularização coronária e sujeitos submetidos a cirurgia valvular no período pré-operatório

SF-36	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
FF					
coronária	79	43,39	28,40		
Valvular	25	44,87	27,26	-0,23	ns
DF					
coronária	74	25,11	34,13		
Valvular	22	28,40	35,60	-,03	ns
DC					
coronária	78	48,18	28,63		
Valvular	20	57,37	29,20	-1,28	ns
SG					
coronária	81	35,38	18,01		
Valvular	24	36,29	23,24	-0,20	ns
VT					
coronária	77	36,58	23,44		
Valvular	21	30,00	21,67	0,16	ns
FS					
coronária	76	55,59	27,86		
Valvular	21	64,28	34,06	-1,20	ns
DE					
coronária	72	37,73	39,95		
valvular	20	48,33	43,89	-1,03	ns
SM					
coronária	77	47,94	22,41		
Valvular	21	49,91	26,16	-0,29	ns
MS					
coronária	80	3,88	0,94		
valvular	22	4,04	1,09	-0,67	ns

FF-Função Física; DF-Desempenho Físico; DC-Dor Corporal; SG-Saúde em Geral; VT-Vitalidade; FS-Função Social; DE-Desempenho Emocional; SM-Saúde Mental; MS-Mudança em Saúde; ns-não significativo.

- não se registaram diferenças significativas entre os doentes coronários e os valvulares em nenhuma das dimensões do SF-36 no período pré-operatório;

Quadro 5 Comparação de médias nas diferentes dimensões da Qualidade de Vida do SF-36 em sujeitos submetidos a revascularização coronária e sujeitos submetidos a cirurgia valvular 6 meses após a intervenção

SF-36	N	M	DP	t	p
FF coronária	67	67,23	22,21		
FF valvular	19	67,03	22,16	0,04	ns
DF coronária	65	49,00	40,07		
DF valvular	18	41,66	34,29	0,16	ns
DC coronária	66	75,37	23,33		
DC valvular	19	74,78	20,31	0,10	ns
SG coronária	67	53,37	17,66		
SG valvular	19	52,05	14,20	0,30	ns
VT coronária	67	56,19	22,41		
VT valvular	19	57,10	22,25	0,16	ns
FS coronária	67	75,00	23,73		
FS valvular	19	82,89	20,07	1,32	ns
DE coronária	66	45,45	39,49		
DE valvular	19	57,89	39,81	1,21	ns
SM coronária	67	66,74	24,55		
SM valvular	19	68,00	15,20	0,21	ns
MS coronária	67	1,74	1,08		
MS valvular	19	1,52	0,69	0,84	ns

FF-Função Física; DF-Desempenho Físico; DC-Dor Corporal; SG-Saúde em Geral; VT-Vitalidade; FS-Função Social; DE-Desempenho Emocional; SM-Saúde Mental; MS-Mudança em Saúde; ns-não significativo.

- 6 meses após a intervenção, também não se verificaram diferenças significativas entre um e outro grupo em nenhuma das dimensões do SF-36;

Cirurgia coronária

Quadro 6 Comparação das médias nas diferentes dimensões da Qualidade de Vida do SF-36 em sujeitos submetidos a revascularização coronária antes e depois da cirurgia

SF-36	N	M	DP	t	p
FF	64	44,19	28,24		
FF 2	64	67,87	21,09	-7,53	0,0001
DF	62	25,94	34,77		
DF2	62	38,70	39,23	-2,02	0,05
DC	62	50,98	29,50		
DC2	62	74,49	23,64	-5,68	0,0001
SG	66	35,94	19,14		
SG2	66	52,94	17,43	-6,65	0,0001
VT	62	38,25	22,76		
VT2	62	56,20	23,01	-5,17	0,0001
FS	62	57,45	27,48		
FS2	62	75,20	24,21	-4,61	0,0001
DE	60	41,38	40,88		
DE2	60	44,44	38,65	-0,37	ns
SM	62	50,26	22,29		
SM2	62	66,70	25,19	-5,62	0,0001
MS	65	3,96	0,918		
MS2	65	1,76	1,086	12,62	0,0001

FF-Função Física; DF-Desempenho Físico; DC-Dor Corporal; SG-Saúde em Geral; VT-Vitalidade; FS-Função Social; DE-Desempenho Emocional; SM-Saúde Mental; MS-Mudança em Saúde; ns-não significativo.

- Relativamente à cirurgia coronária, verificaram-se percepções significativamente mais satisfatórias em sete das dimensões do SF-36 **Função Física, Desempenho Físico, Dor Corporal, Saúde em Geral, Vitalidade, Função Social, Saúde Mental**;

- Também na questão **mudança na saúde**, as diferenças entre o primeiro e o segundo momento foram significativas;

- Não se observaram diferenças significativas em relação ao **Desempenho emocional** onde, apesar de se observarem melhorias, os valores não apresentaram significado estatístico.

Na cirurgia valvular

Quadro 7 Comparação das médias nas diferentes dimensões da Qualidade de Vida do SF-36 em sujeitos submetidos a cirurgia valvular 6 meses antes e 6 meses após a cirurgia

SF-36	N	M	DP	t	p
FF	18	47,36	25,31		
FF 2	18	67,14	22,78	-3,38	0,0001
DF	16	31,25	34,76		
DF2	16	35,93	31,58	-4,69	ns
DC	15	61,80	28,16		
DC2	15	71,66	18,02	-1,192	ns
SG	17	39,05	22,53		
SG2	17	51,71	14,56	-1,952	ns
VT	16	29,06	16,55		
VT2	16	54,06	21,77	-4,213	0,01
FS	16	68,75	31,95		
FS2	16	85,93	17,60	-2,112	0,05
DE	15	55,53	43,03		
DE2	15	53,33	41,40	0,151	ns
SM	16	53,12	23,06		
SM2	16	67,50	13,45	-2,181	0,045
MS	15	4,13	0,91		
MS2	15	1,33	0,49	11,523	0,001

FF-Função Física; DF-Desempenho Físico; DC-Dor Corporal; SG-Saúde em Geral; VT-Vitalidade; FS-Função Social; DE-Desempenho Emocional; SM-Saúde Mental; MS-Mudança em Saúde; ns-não significativo.

- 6 meses após a intervenção, cirúrgica existem diferenças significativas em 3 das escalas, **Função Física, Vitalidade, Saúde Mental e Função Social**, registando-se resultados superiores em todas elas;

- Na questão **mudança em saúde**, existem também diferenças significativas 6 meses após a cirurgia;

- 6 meses após a intervenção não existem diferenças significativas em 4 das escalas, **Desempenho Físico**, **Saúde em geral**, **Dor corporal**, e **Desempenho Emocional**. No caso desta última, para além de não se registarem resultados com significado estatístico, assiste-se a uma correlação negativa, obtendo os sujeitos resultados inferiores 6 meses após a intervenção, em relação ao período pré-operatório, onde os resultados obtidos foram superiores.

Variável Sexo

Na cirurgia coronária

Quadro 8 Comparação das médias dos sujeitos em relação ao sexo nas diferentes dimensões da Qualidade de Vida do SF-36 em sujeitos submetidos a cirurgia coronária 6 meses antes da cirurgia

SF-36	N	M	DV	t	p
FF					
Masculino	63	47,94	27,68	2,96	0,04
Feminino	16	25,46	24,46		
DF					
Masculino	59	29,24	36,59	2,11	0,04
Feminino	15	8,89	13,16		
DC					
Masculino	62	54,23	27,90	4,01	0,0001
Feminino	16	24,78	17,56		
SG					
Masculino	65	37,34	18,40	2,01	0,048
Feminino	16	27,42	14,16		
VT					
Masculino	61	39,89	22,48	2,50	0,02
Feminino	16	23,96	23,44		
FS					
Masculino	61	57,38	27,80	1,13	ns
Feminino	15	48,33	27,89		
DE					
Masculino	56	41,96	40,82	1,70	ns
Feminino	16	22,92	33,82		
SM					
Masculino	61	50,64	20,28	2,11	0,04
Feminino	16	37,67	27,50		
MS					
Masculino	65	3,78	0,96	-2,08	0,04
Feminino	15	4,33	0,72		

FF-Função Física; DF-Desempenho Físico; DC-Dor Corporal; SG-Saúde em Geral; VT-Vitalidade; FS-Função Social; DE-Desempenho Emocional; SM-Saúde Mental; MS-Mudança em Saúde; ns-não significativo.

Globalmente, verificaram-se percepções mais satisfatórias nos sujeitos do sexo masculino no período pré-operatório, em todas as dimensões do SF-36, contudo, as diferenças com significado estatístico encontram-se:

- No período pré-operatório, em que existem diferenças significativas entre homens e mulheres nas escalas **Função Física, Desempenho Físico, Dor Corporal, Saúde em Geral, Vitalidade e Saúde Mental**;
- Também na questão **Mudança na Saúde** houve diferenças, mas neste caso em sentido inverso, sendo que o sexo feminino manifestou resultados significativamente superiores aos do sexo masculino.

Quadro 9 Comparação das médias dos sujeitos em relação ao sexo nas diferentes dimensões da Qualidade de Vida do SF-36 em sujeitos submetidos a cirurgia coronária 6 meses depois da cirurgia

SF-36	N	M	DP	t	p
FF2					
Masculino	55	70,45	20,93	2,65	0,01
Feminino	12	52,50	22,81		
DF 2	53	43,39	41,48	1,45	ns
Masculino	12	25,00	30,15		
SG 2					
Masculino	55	53,58	18,09	0,20	ns
Feminino	12	52,43	16,23		
DC2					
Masculino	54	76,78	21,80	1,04	ns
Feminino	12	69,04	29,53		
VT 2					
Masculino	55	58,00	21,48	1,42	ns
Feminino	12	47,91	25,62		
FS 2					
Masculino	55	76,36	22,90	1,08	ns
Feminino	121	68,75	27,43		
DE 2					
Masculino	54	48,14	39,20	1,18	ns
Feminino	12	33,33	40,20		
SM2					
Masculino	55	69,02	24,96	1,64	ns
Feminino	12	56,33	20,35		
MS 2					
Masculino	55	1,76	1,07	0,28	ns
Feminino	12	1,66	1,15		

FF-Função Física; DF-Desempenho Físico; DC-Dor Corporal; SG-Saúde em Geral; VT-Vitalidade; FS-Função Social; DE-Desempenho Emocional; SM-Saúde Mental; MS-Mudança em Saúde; ns-não significativo.

- 6 meses após a intervenção, apenas existe diferença com significado estatístico na escala da **função física**, sendo o sexo masculino aquele que obtém resultados mais favoráveis.

Na Cirurgia Valvular

Quadro 10 Comparação das médias dos sujeitos em relação ao sexo nas diferentes dimensões da Qualidade de Vida do SF-36 em sujeitos submetidos a cirurgia valvular antes da cirurgia

SF-36	N	M	DP	t	p
FF					
Masculino	16	46,83	25,96	0,47	ns
Feminino	9	41,38	30,74		
DF					
Masculino	13	28,84	36,58	0,07	ns
Feminino	9	27,77	36,32		
DC					
Masculino	11	65,59	31,28	1,06	ns
Feminino	9	49,78	26,16		
SG					
Masculino	15	39,73	27,80	0,91	ns
Feminino	9	30,56	14,46		
VT					
Masculino	12	34,58	27,34	1,13	ns
Feminino	9	23,89	8,58		
FS					
Masculino	12	69,79	33,48	0,85	ns
Feminino	9	56,94	35,41		
DE					
Masculino	12	54,54	45,39	0,69	ns
Feminino	9	40,74	43,39		
SM					
Masculino	12	55,83	29,78	1,28	ns
Feminino	9	41,33	18,86		
MS					
Masculino	13	3,76	1,24	-1,47	ns
Feminino	9	4,44	0,73		

FF-Função Física; DF-Desempenho Físico; DC-Dor Corporal; SG-Saúde em Geral; VT-Vitalidade; FS-Função Social; DE-Desempenho Emocional; SM-Saúde Mental; MS-Mudança em Saúde; ns-não significativo.

Em relação à variável sexo (cirurgia valvular):

- Globalmente, não se verificaram diferenças significativas entre o sexo feminino e o sexo masculino, no período pré-operatório em nenhuma das 8 dimensões do SF-36.

Quadro 11 Comparação das médias dos sujeitos em relação ao sexo nas diferentes dimensões da Qualidade de Vida do SF-36 em sujeitos submetidos a cirurgia valvular 6 meses após a cirurgia

SF-36	N	M	DP	t	p
FF2					
Masculino	11	70,00	24,68	0,67	ns
Feminino	8	62,95	18,93		
DF 2					
Masculino	10	35,7	37,33	-0,57	ns
Feminino	8	46,87	31,16		
SG2					
Masculino	11	52,54	16,72	0,17	ns
Feminino	8	51,37	17,90		
DC2					
Masculino	11	77,27	20,16	0,61	ns
Feminino	8	71,37	21,38		
VT 2					
Masculino	11	56,36	24,90	-0,17	ns
Feminino	8	58,12	19,62		
FS 2					
Masculino	11	86,36	18,07	0,88	ns
Feminino	8	78,12	22,90		
DE 2					
Masculino	11	45,45	40,20	-1,68	ns
Feminino	8	75,00	34,50		
SM2					
Masculino	11	66,90	14,65	-0,35	ns
Feminino	8	69,50	16,82		
MS 2					
Masculino	11	1,81	0,751	2,41	0,03
Feminino	8	1,12	0,353		

FF–Função Física; DF–Desempenho Físico; DC–Dor Corporal; SG–Saúde em Geral; VT–Vitalidade; FS–Função Social; DE–Desempenho Emocional; SM–Saúde Mental; MS–Mudança em Saúde; ns–não significativo.

- Não se verificaram diferenças significativas entre o sexo feminino e o sexo masculino no 6 meses após a intervenção cirúrgica, em nenhuma das 8 dimensões do SF-36, no caso da cirurgia valvular.
- Verifica-se apenas uma diferença estatisticamente significativa na **Mudança na saúde**, obtendo os sujeitos do sexo masculino resultados significativamente superiores nesta questão.

Impacto das variáveis Sócio-demográficas na Qualidade de Vida

Como já foi previamente referido, para as variáveis ordinais, sexo, escolaridade, situação familiar, utilizámos o teste Anova, análise da variância, teste que compara a variância de duas ou mais amostras. Para a variável idade fez-se uma análise correlacional.

Variáveis Sócio-Demográficas

Salientamos que, embora os valores das correlações sejam fracos a moderados (Pestana & Gageiro, 2005, p 180), serão analisados em relação à idade, CCS, e factores de risco.

Idade

Quadro 12 Quadro de correlações entre as diversas dimensões medidas pelas escalas do SF-36 e a idade, nas cirurgias coronária e valvular antes da cirurgia

Dimensões do SF-36	Idade	Idade
	Cirurgia coronária <i>r</i>	Cirurgia valvular <i>r</i>
Função Física	-0,17	-0,06
Desempenho Físico	0,04	0,08
Dor Corporal	-0,17	-0,28
Saúde Geral	-0,22*	-0,25
Vitalidade	-0,15	0,13
Função Social	-0,16	-0,24
Desempenho Emocional	-0,03	-0,14
Saúde Mental	-0,15	-0,80
Mudança na Saúde	-0,07	-0,14

* $p < 0,05$

Antes da cirurgia

Na cirurgia coronária

- Existe apenas uma correlação significativa entre a **Saúde em Geral** e a idade, ou seja quanto melhor a saúde em geral menor a idade;
- Não existem correlações significativas em nenhuma das restantes do dimensões do SF-36, em relação a esta variável.

Na cirurgia valvular

- Não existem correlações significativas em nenhuma das dimensões do SF-36, em relação a esta variável, antes da cirurgia;

Quadro 13 Quadro de correlações entre as diversas dimensões medidas pelas escalas do SF-36 e a idade, nas cirurgias coronária e valvular depois da cirurgia

Dimensões do SF-36	<i>Idade</i>	<i>Idade</i>
	<i>Cirurgia coronária</i>	<i>Cirurgia valvular</i>
	<i>r</i>	<i>r</i>
Função Física	-0,22	-0,37
Desempenho Físico	-0,07	-0,39
Dor Corporal	-0,11	-0,01
Saúde Geral	-0,09	0,12
Vitalidade	-0,06	-0,19
Função Social	-0,15	-0,27
Desempenho Emocional	-0,19	-0,46*
Saúde Mental	-0,07	-0,24
Mudança na Saúde	0,05	0,05

* $p < 0,05$

6 meses depois:

Na cirurgia coronária

- Não existem correlações significativas em nenhuma das dimensões do SF-36, em relação a esta variável depois da cirurgia.

Na cirurgia valvular

- 6 meses depois da cirurgia, apenas existe diferença no **desempenho emocional**, em que se regista uma correlação negativa entre o desempenho emocional e a idade (*coeficiente de correlação de pearson* (r) = -0,46 para um $p = 0,04$) sendo o nível de significância de 0,05. Ou seja, quanto melhor o desempenho emocional, menor a idade.

Para as variáveis ordinais, **escolaridade, situação profissional e situação familiar**, utilizámos o teste Anova, análise da variância, teste que compara a variância de duas ou mais amostras.

Escolaridade

Na cirurgia coronária

Quadro 14 Anova para comparação das médias nas diversas dimensões da QDV do SF-36 e a escolaridade antes da cirurgia coronária

SF-36	N	M	DP	F	p
FF					
Sabe ler e escrever	11	29,85	26,14	1,56	ns
Ensino primário	51	48,13	28,58		
Ensino secundário	8	40,63	24,99		
Ensino superior	4	55,00	21,21		
DF					
Sabe ler e escrever	11	25,00	38,73	0,38	ns
Ensino primário	47	25,53	35,16		
Ensino secundário	7	21,42	26,73		
Ensino superior	4	43,75	42,70		
DC					
Sabe ler e escrever	11	34,05	16,01	2,55	ns
Ensino primário	50	49,85	29,51		
Ensino secundário	8	49,50	30,65		
Ensino superior	4	78,86	31,42		
SG					
Sabe ler e escrever	12	26,25	17,85	1,99	ns
Ensino primário	52	38,87	18,17		
Ensino secundário	8	31,88	9,61		
Ensino superior	4	40,00	10,00		
VT					
Sabe ler e escrever	11	22,27	24,53	1,95	ns
Ensino primário	50	39,77	23,98		
Ensino secundário	8	31,25	12,59		
Ensino superior	4	40,00	10,80		
FS					
Sabe ler e escrever	11	48,86	27,64	2,93	0,04
Ensino primário	48	58,07	28,39		
Ensino secundário	8	32,81	19,97		
Ensino superior	4	75,00	14,43		
DE					
Sabe ler e escrever	9	33,33	40,82	0,84	ns
Ensino primário	48	39,93	39,91		
Ensino secundário	7	28,57	40,50		
Ensino superior	4	66,67	47,14		
SM					
Sabe ler e escrever	11	37,82	30,43	0,97	ns
Ensino primário	50	49,95	20,44		
Ensino secundário	8	46,00	15,09		
Ensino superior	4	51,00	24,74		
MS					
Sabe ler e escrever	12	3,83	0,94	0,11	ns
Ensino primário	52	3,92	0,97		
Ensino secundário	8	3,75	0,88		
Ensino superior	4	4,00	0,82		

FF-Função Física; DF-Desempenho Físico; DC-Dor Corporal; SG-Saúde em Geral; VT-Vitalidade; FS-Função Social; DE-Desempenho Emocional; SM-Saúde Mental; MS-Mudança em Saúde; ns-não significativo.

- No que respeita à escolaridade, apenas se verificam diferenças significativas na **Função Social** ($p=0,04$). Contudo através do teste Post Hoc (Scheffe), que compara os diferentes grupos entre si estas diferenças não são significativas.

Escolaridade

Na cirurgia coronária

Quadro 14 Anova para comparação das médias nas diversas dimensões da QDV do SF-36 e a escolaridade antes da cirurgia coronária

SF-36	N	M	DP	F	p
FF					
Sabe ler e escrever	11	29,85	26,14	1,56	ns
Ensino primário	51	48,13	28,58		
Ensino secundário	8	40,63	24,99		
Ensino superior	4	55,00	21,21		
DF					
Sabe ler e escrever	11	25,00	38,73	0,38	ns
Ensino primário	47	25,53	35,16		
Ensino secundário	7	21,42	26,73		
Ensino superior	4	43,75	42,70		
DC					
Sabe ler e escrever	11	34,05	16,01	2,55	ns
Ensino primário	50	49,85	29,51		
Ensino secundário	8	49,50	30,65		
Ensino superior	4	78,86	31,42		
SG					
Sabe ler e escrever	12	26,25	17,85	1,99	ns
Ensino primário	52	38,87	18,17		
Ensino secundário	8	31,88	9,61		
Ensino superior	4	40,00	10,00		
VT					
Sabe ler e escrever	11	22,27	24,53	1,95	ns
Ensino primário	50	39,77	23,98		
Ensino secundário	8	31,25	12,59		
Ensino superior	4	40,00	10,80		
FS					
Sabe ler e escrever	11	48,86	27,64	2,93	0,04
Ensino primário	48	58,07	28,39		
Ensino secundário	8	32,81	19,97		
Ensino superior	4	75,00	14,43		
DE					
Sabe ler e escrever	9	33,33	40,82	0,84	ns
Ensino primário	48	39,93	39,91		
Ensino secundário	7	28,57	40,50		
Ensino superior	4	66,67	47,14		
SM					
Sabe ler e escrever	11	37,82	30,43	0,97	ns
Ensino primário	50	49,95	20,44		
Ensino secundário	8	46,00	15,09		
Ensino superior	4	51,00	24,74		
MS					
Sabe ler e escrever	12	3,83	0,94	0,11	ns
Ensino primário	52	3,92	0,97		
Ensino secundário	8	3,75	0,88		
Ensino superior	4	4,00	0,82		

FF-Função Física; DF-Desempenho Físico; DC-Dor Corporal; SG-Saúde em Geral; VT-Vitalidade; FS-Função Social; DE-Desempenho Emocional; SM-Saúde Mental; MS-Mudança em Saúde; ns-não significativo.

• No que respeita à escolaridade, apenas se verificam diferenças significativas na **Função Social** ($p=0,04$). Contudo através do teste Post Hoc (Scheffe), que compara os diferentes grupos entre si estas diferenças não são significativas.

Quadro 15 Anova para comparação das médias nas diversas dimensões da QDV do SF-36 e a escolaridade 6 meses depois da cirurgia coronária

SF-36	N	M	DP	F	p
FF					
Sabe ler e escrever	6	67,50	30,12	0,53	ns
Ensino primário	44	67,27	21,22		
Ensino secundário	9	76,67	16,39		
Ensino superior	4	65,80	17,32		
DF					
Sabe ler e escrever	6	50,00	47,43	0,30	ns
Ensino primário	42	37,10	40,24		
Ensino secundário	9	44,44	44,68		
Ensino superior	4	29,17	34,35		
DC					
Sabe ler e escrever	6	81,83	21,19	1,34	ns
Ensino primário	43	73,44	23,10		
Ensino secundário	9	71,94	26,49		
Ensino superior	4	95,38	9,25		
SG					
Sabe ler e escrever	6	50,17	24,64	0,44	ns
Ensino primário	44	55,11	16,96		
Ensino secundário	9	48,30	17,55		
Ensino superior	4	53,50	18,70		
VT					
Sabe ler e escrever	6	55,83	37,07	0,97	ns
Ensino primário	44	59,20	21,54		
Ensino secundário	9	45,56	15,50		
Ensino superior	4	52,50	17,08		
FS					
Sabe ler e escrever	6	77,08	32,01	0,10	ns
Ensino primário	44	75,57	23,80		
Ensino secundário	9	73,61	17,05		
Ensino superior	4	81,25	23,94		
DE					
Sabe ler e escrever	6	66,67	51,64	1,06	ns
Ensino primário	43	39,53	37,98		
Ensino secundário	9	51,85	37,68		
Ensino superior	4	33,33	38,49		
SM					
Sabe ler e escrever	6	64,00	29,72	0,63	ns
Ensino primário	44	69,55	25,78		
Ensino secundário	9	59,56	15,03		
Ensino superior	4	58,00	22,98		
MS					
Sabe ler e escrever	6	1,50	0,55	0,99	ns
Ensino primário	44	1,93	1,23		
Ensino secundário	9	1,33	0,71		
Ensino superior	4	1,5	0,58		

FF-Função Física; DF-Desempenho Físico; DC-Dor Corporal; SG-Saúde em Geral; VT-Vitalidade; FS-Função Social; DE-Desempenho Emocional; SM-Saúde Mental; MS-Mudança em Saúde; ns-não significativo

Depois da cirurgia

- não existem diferenças significativas ao nível da Qualidade de Vida seis meses após a intervenção cirúrgica em relação à escolaridade.

Cirurgia Valvular

Quadro 16 Anova para comparação das médias nas diversas dimensões da QDV do SF-36 e a escolaridade antes da cirurgia valvular

SF-36	N	M	DP	F	p
FF					
Sabe ler e escrever	4	37,5	37,97	0,89	ns
Ensino primário	4	51,73	25,94		
Ensino secundário	5	134,5	25,64		
DF					
Sabe ler e escrever	4	6,25	12,50	2,43	ns
Ensino primário	12	27,03	34,87		
Ensino secundário	5	55,00	41,08		
DC					
Sabe ler e escrever	4	31,12	11,26	2,77	ns
Ensino primário	10	61,35	37,73		
Ensino secundário	5	73,00	24,80		
SG					
Sabe ler e escrever	4	23,75	4,78	1,68	ns
Ensino primário	13	35,69	26,69		
Ensino secundário	5	52,40	23,27		
VT					
Sabe ler e escrever	4	25,00	4,08	2,46	ns
Ensino primário	11	24,09	17,86		
Ensino secundário	5	48,00	31,74		
FS					
Sabe ler e escrever	4	37,50	33,85	2,96	ns
Ensino primário	11	67,04	32,73		
Ensino secundário	5	87,50	21,65		
DE					
Sabe ler e escrever	4	8,33	16,67	7,42	0,01
Ensino primário	10	46,67	42,16		
Ensino secundário	5	93,30	14,91		
SM					
Sabe ler e escrever	4	38,00	14,79	4,93	0,02
Ensino primário	11	45,27	22,83		
Ensino secundário	5	76,80	20,27		
MS					
Sabe ler e escrever	4	4,00	0,82	0,43	ns
Ensino primário	11	4,18	0,98		
Ensino secundário	5	3,6	1,67		

FF-Função Física; DF-Desempenho Físico; DC-Dor Corporal; SG-Saúde em Geral; VT-Vitalidade; FS-Função Social; DE-Desempenho Emocional; SM-Saúde Mental; MS-Mudança em Saúde; ns-não significativo.

Antes da cirurgia

• No que respeita à escolaridade, existem diferenças significativas em relação ao **Desempenho Emocional** ($p=0,005$), e à **Saúde Mental** ($p=0,02$).

Através do teste Post Hoc Scheffe, verifica-se.

1. em relação ao **Desempenho emocional**, as diferenças registadas são entre os sujeitos do ensino secundário e os que apenas sabem ler e escrever ($p=0,006$), obtendo os primeiros um resultado significativamente superior;

2. Em relação à **Saúde Mental** as diferenças encontradas são entre os que sabem ler e escrever e os que possuem o ensino secundário ($p=0,04$), obtendo

estes últimos um resultado significativamente superior. Registam-se ainda diferenças entre os sujeitos que têm o ensino primário e os sujeitos que frequentaram o ensino secundário, sendo que estes obtiveram um resultado significativamente superior.

Quadro 17 Anova para comparação das médias nas diversas dimensões da QDV do SF-36 e a escolaridade 6 meses depois da cirurgia valvular

SF-36	N	M	DP	F	p
FF					
Sabe ler e escrever	3	46,67	23,62	1,88	ns
Ensino primário	12	72,91	18,40		
Ensino secundário	4	64,66	27,80		
DF					
Sabe ler e escrever	3	33,33	38,19	0,46	ns
Ensino primário	11	38,63	19,60		
Ensino secundário	4	58,25	18,31		
DC					
Sabe ler e escrever	3	82,00	31,18	0,28	ns
Ensino primário	12	72,25	19,60		
Ensino secundário	4	77,00	18,31		
SG					
Sabe ler e escrever	3	48,00	3,61	1,49	ns
Ensino primário	12	56,08	16,06		
Ensino secundário	4	43,00	18,31		
VT					
Sabe ler e escrever	3	56,67	20,82	0,78	ns
Ensino primário	12	61,25	21,33		
Ensino secundário	4	45,00	27,39		
FS					
Sabe ler e escrever	3	58,33	26,02	3,37	ns
Ensino primário	12	87,50	16,86		
Ensino secundário	4	87,50	14,43		
DE					
Sabe ler e escrever	3	55,36	50,92	0,11	ns
Ensino primário	12	55,56	38,49		
Ensino secundário	4	67,67	47,14		
SM					
Sabe ler e escrever	3	69,33	14,05	0,68	ns
Ensino primário	12	70,33	15,20		
Ensino secundário	4	60,00	17,28		
MS					
Sabe ler e escrever	3	1,00	0,00	1,12	ns
Ensino primário	12	1,68	0,78		
Ensino secundário	4	1,50	0,58		

FF-Função Física; DF-Desempenho Físico; DC-Dor Corporal; SG-Saúde em Geral; VT-Vitalidade; FS-Função Social; DE-Desempenho Emocional; SM-Saúde Mental; MS-Mudança em Saúde; ns-não significativo.

Depois da Cirurgia

- não existem diferenças significativas ao nível da Qualidade de Vida seis meses após a intervenção cirúrgica, em relação à escolaridade, em nenhuma das 8 dimensões do SF-36, no que respeita à situação profissional.

Situação Familiar

Na cirurgia coronária

Quadro 18 Anova para comparação das médias nas diversas dimensões da QDV do SF-36 e a situação familiar 6 meses antes da cirurgia coronária

SF-36	N	M	DP	F	p
FF					
Casado	66	45,89	28,88	1,03	ns
Solteiro	3	29,63	8,02		
Viúvo	8	31,33	29,07		
Divorciado	2	30,00	14,14		
DF					
Casado	63	26,32	33,14	1,05	ns
Solteiro	3	0,00	0,00		
Viúvo	6	33,33	51,64		
Divorciado	2	0,00	0,00		
DC					
Casado	65	49,01	28,15	0,19	ns
Solteiro	3	37,33	25,00		
Viúvo	8	47,25	35,74		
Divorciado	2	41,50	41,72		
SG					
Casado	67	34,72	17,18	1,81	ns
Solteiro	3	35,00	18,03		
Viúvo	8	46,41	21,79		
Divorciado	3	20,00	20,00		
VT					
Casado	64	55,95	27,76	0,37	ns
Solteiro	3	54,13	26,02		
Viúvo	8	60,94	28,69		
Divorciado	2	25,00	35,36		
FS					
Casado	63	55,95	25,76	0,90	ns
Solteiro	3	54,17	26,02		
Viúvo	8	60,94	28,69		
Divorciado	2	25,00	35,36		
DE					
Casado	60	38,33	39,69	1,51	ns
Solteiro	3	0,00	0,00		
Viúvo	7	38,09	44,84		
Divorciado	2	75,00	35,36		
SM					
Casado	64	46,68	22,25	0,47	ns
Solteiro	3	50,67	18,04		
Viúvo	8	56,50	26,67		
Divorciado	2	50,00	25,46		
MS					
Casado	66	3,89	0,95	0,33	ns
Solteiro	3	4,33	0,58		
Viúvo	8	3,75	1,66		
Divorciado	3	3,67	0,58		

FF-Função Física; DF-Desempenho Físico; DC-Dor Corporal; SG-Saúde em Geral; VT-Vitalidade; FS-Função Social; DE-Desempenho Emocional; SM-Saúde Mental; MS-Mudança em Saúde; ns-não significativo.

- Em relação à situação familiar, (casado, solteiro, divorciado ou viúvo), não existem diferenças significativas nas oito dimensões do SF-36 antes da cirurgia.

Quadro 19 Anova para comparação das médias nas diversas dimensões da QDV do SF-36 e a situação familiar 6 meses depois da cirurgia coronária

SF-36	N	M	DP	F	p
FF					
Casado	55	70,07	20,33	3,51	0,02
Solteiro	3	75,00	21,79		
Viúvo	6	52,50	26,22		
Divorciado	3	37,03	24,58		
DF					
Casado	54	41,05	41,14	0,64	ns
Solteiro	3	58,33	52,04		
Viúvo	6	30,56	29,19		
Divorciado	2	12,50	17,67		
DC					
Casado	54	74,46	22,55	1,70	ns
Solteiro	3	100,0	0,00		
Viúvo	6	66,17	30,09		
Divorciado	3	85,67	24,83		
SG					
Casado	55	51,55	17,48	1,85	ns
Solteiro	3	66,33	19,14		
Viúvo	6	69,78	18,31		
Divorciado	3	49,00	3,61		
VT					
Casado	55	56,36	23,06	0,06	ns
Solteiro	3	53,33	12,50		
Viúvo	6	54,17	25,86		
Divorciado	3	60,00	12,50		
FS					
Casado	55	75,46	23,68	1,44	ns
Solteiro	3	87,50	12,50		
Viúvo	6	77,08	25,86		
Divorciado	3	50,00	12,50		
DE					
Casado	54	47,53	39,71	0,92	ns
Solteiro	3	55,56	50,92		
Viúvo	6	38,89	38,97		
Divorciado	3	11,11	19,25		
SM					
Casado	55	67,71	24,82	0,89	ns
Solteiro	3	78,67	8,33		
Viúvo	6	60,67	30,40		
Divorciado	3	49,33	8,33		
MS					
Casado	55	1,83	1,15	0,85	ns
Solteiro	3	1,33	0,58		
Viúvo	6	1,67	0,41		
Divorciado	3	1,67	0,58		

FF-Função Física; DF-Desempenho Físico; DC-Dor Corporal; SG-Saúde em Geral; VT-Vitalidade; FS-Função Social; DE-Desempenho Emocional; SM-Saúde Mental; MS-Mudança em Saúde; ns-não significativo.

Depois da Cirurgia

- Depois da cirurgia, apenas na função física se verificam diferenças significativas. Contudo, através do teste Post Hoc (Scheffe), que compara os grupos entre si, estas diferenças não são significativas, o que parece estar relacionado com o número reduzido de sujeitos que compunha as restantes categorias - solteiros, divorciados ou viúvos.

- Nas restantes dimensões do SF-36 não se verificaram diferenças. Sendo a nossa amostra constituída quase na totalidade por sujeitos casados (83%),

provavelmente por ser muito reduzido o número de sujeitos que compunha as restantes categorias - solteiros, divorciados ou viúvos.

Na cirurgia valvular

Quadro 20 Anova para comparação das médias nas diversas dimensões da QDV do SF-36 e a situação familiar antes da cirurgia valvular

SF-36	N	M	DP	F	p
FF					
Casado	19	49,02	28,76	0,27	ns
Solteiro	2	35,00	21,21		
Viúvo	2	33,75	5,36		
Divorciado	2	55,00	42,43		
DF					
Casado	17	29,41	37,74	0,24	ns
Solteiro	1	0,00			
Viúvo	2	25,00	0,000		
Divorciado	2	37,50	53,03		
DC					
Casado	15	50,67	28,11	1,83	ns
Solteiro	1	75,00			
Viúvo	2	59,25	31,47		
Divorciado	2	97,00	4,24		
SG					
Casado	18	32,28	23,67	0,72	ns
Solteiro	2	50,00	35,36		
Viúvo	2	42,50	24,75		
Divorciado	2	52,50	17,68		
VT					
Casado	16	32,19	22,05	0,70	ns
Solteiro	1	0,00			
Viúvo	2	25,00	21,21		
Divorciado	2	32,50	24,75		
FS					
Casado	16	61,72	35,79	1,05	ns
Solteiro	1	25,00			
Viúvo	2	93,75	8,84		
Divorciado	2	75,00	17,68		
DE					
Casado	15	40,00	45,77	1,08	ns
Solteiro	1	33,33			
Viúvo	2	83,33	23,57		
Divorciado	2	83,33	23,57		
SM					
Casado	16	52,06	28,46	0,61	ns
Solteiro	1	25,00			
Viúvo	2	58,00	14,14		
Divorciado	2	34,00	2,83		
MS					
Casado	17	4,06	1,09	0,25	ns
Solteiro	1	4,00			
Viúvo	2	4,50	0,71		
Divorciado	2	3,50	2,12		

FF-Função Física; DF-Desempenho Físico; DC-Dor Corporal; SG-Saúde em Geral; VT-Vitalidade; FS-Função Social; DE-Desempenho Emocional; SM-Saúde Mental; MS-Mudança em Saúde; ns-não significativo.

- Em relação à situação familiar, (casado, solteiro, divorciado ou viúvo), não existem diferenças significativas nas oito dimensões do SF-36 antes da cirurgia.

Quadro 21 Anova para comparação das médias nas diversas dimensões da QDV do SF-36 e a situação familiar 6 meses depois da cirurgia valvular

SF-36	N	M	DP	F	p
FF					
Casado	14	67,86	24,78	0,33	ns
Solteiro	1	75,00			
Viúvo	2	71,83	0,56		
Divorciado	2	52,50	17,68		
DF					
Casado	13	38,46	34,78	1,25	ns
Solteiro	1	0,00			
Viúvo	2	50,00	0,00		
Divorciado	2	75,00	35,35		
DC					
Casado	14	74,96	23,62	0,02	ns
Solteiro	1	69,50			
Viúvo	2	75,50	8,49		
Divorciado	2	75,50	8,49		
SG					
Casado	14	53,35	15,04	0,31	ns
Solteiro	1	40,00			
Viúvo	2	47,50	10,61		
Divorciado	2	53,50	19,09		
VT					
Casado	14	59,29	23,60	1,06	ns
Solteiro	1	30,00			
Viúvo	2	42,50	10,6		
Divorciado	2	70,00	0,00		
FS					
Casado	14	79,46	21,71	0,56	ns
Solteiro	1	100,00			
Viúvo	2	87,50	17,68		
Divorciado	2	93,75	8,84		
DE					
Casado	14	57,14	40,15	0,38	ns
Solteiro	1	33,33			
Viúvo	2	83,33	23,57		
Divorciado	2	50,00	70,71		
SM					
Casado	14	69,14	14,75	1,09	ns
Solteiro	1	64,00			
Viúvo	2	52,00	22,63		
Divorciado	2	78,00	8,49		
MS					
Casado	14	1,5	0,65	2,28	ns
Solteiro	1	3,8	0,71		
Viúvo	2	1,5	0,00		
Divorciado	2	1,00			

FF-Função Física; DF-Desempenho Físico; DC-Dor Corporal; SG-Saúde em Geral; VT-Vitalidade; FS-Função Social; DE-Desempenho Emocional; SM-Saúde Mental; MS-Mudança em Saúde; ns-não significativo.

Depois da Cirurgia

- Depois da cirurgia não existem diferenças significativas em nenhuma das dimensões do SF-36. Sendo a nossa amostra constituída quase na totalidade por sujeitos casados (77%), o número de sujeitos que compunha as restantes categorias - solteiros, divorciados ou viúvos é muito reduzido.

*Situação Profissional***Cirurgia Coronária****Quadro 22** Anova para comparação das médias nas diversas dimensões da QDV do SF-36 e a situação profissional antes da cirurgia coronária

SF-36	N	M	DP	F	p
FF					
Trabalhador por conta de outrem	31	49,09	25,30	1,59	ns
Trabalhador por conta própria	6	42,87	37,74		
Reformado	33	43,91	27,99		
Doméstica	8	25,00	29,15		
DF					
Trabalhador por conta de outrem	30	27,50	34,96	0,71	ns
Trabalhador por conta própria	5	40,00	45,41		
Reformado	31	24,19	35,05		
Doméstica	7	11,90	15,11		
DC					
Trabalhador por conta de outrem	32	49,94	27,40	2,70	0,05
Trabalhador por conta própria	5	45,20	21,69		
Reformado	32	53,92	30,50		
Doméstica	8	23,06	18,28		
SG					
Trabalhador por conta de outrem	32	40,59	17,08	2,58	ns
Trabalhador por conta própria	7	25,71	27,15		
Reformado	33	35,27	15,76		
Doméstica	8	25,00	17,11		
VT					
Trabalhador por conta de outrem	32	39,74	22,72	0,86	ns
Trabalhador por conta própria	4	28,75	23,23		
Reformado	32	38,02	23,53		
Doméstica	8	26,67	24,61		
FS					
Trabalhador por conta de outrem	32	39,74	22,72	1,21	ns
Trabalhador por conta própria	4	28,75	23,23		
Reformado	32	38,02	23,53		
Doméstica	8	26,67	24,60		
DE					
Trabalhador por conta de outrem	30	41,67	39,82	0,93	ns
Trabalhador por conta própria	5	46,67	50,55		
Reformado	28	39,29	42,60		
Doméstica	8	16,67	17,82		
SM					
Trabalhador por conta de outrem	32	50,33	20,03	0,69	ns
Trabalhador por conta própria	4	61,00	16,12		
Reformado	32	46,16	23,56		
Doméstica	8	45,00	25,09		
MS					
Trabalhador por conta de outrem	32	3,84	0,92	0,21	ns
Trabalhador por conta própria	7	3,86	0,69		
Reformado	33	3,85	1,06		
Doméstica	7	4,14	0,69		

FF-Função Física; DF-Desempenho Físico; DC-Dor Corporal; SG-Saúde em Geral; VT-Vitalidade; FS-Função Social; DE-Desempenho Emocional; SM-Saúde Mental; MS-Mudança em Saúde; ns-não significativo.

Antes da cirurgia:

- Relativamente à situação profissional, verifica-se apenas uma diferença significativa na **Dor Corporal** entre as várias situações profissionais. Contudo, através do teste Post Hoc (Scheffe), que compara os grupos entre si, estas

diferenças não são significativas, o que parece estar relacionado com o número reduzido de sujeitos que compunha as restantes categorias - trabalhador por conta própria e domésticas.

- Não se verificam diferenças entre as várias situações profissionais (sujeitos trabalhadores por conta de outrem, os reformados, as domésticas e os trabalhadores por conta própria), em relação à QDV em sete das dimensões do SF-36.

Quadro 23 Anova para comparação das médias nas diversas dimensões da QDV do SF-36 e a situação profissional 6 meses depois da cirurgia coronária

SF-36	N	M	DP	F	p
FF					
Trabalhador por conta de outrem	28	72,86	19,02	4,88	0,004
Trabalhador por conta própria	6	55,19	31,94		
Reformado	27	70,50	19,27		
Doméstica	5	39,00	15,57		
DF					
Trabalhador por conta de outrem	28	43,75	43,60	1,11	ns
Trabalhador por conta própria	5	50,00	46,77		
Reformado	26	39,42	37,53		
Doméstica	5	10,00	22,36		
DC					
Trabalhador por conta de outrem	28	72,48	18,34	1,23	ns
Trabalhador por conta própria	6	77,25	38,89		
Reformado	26	81,81	20,91		
Doméstica	5	64,30	32,12		
SG					
Trabalhador por conta de outrem	28	53,50	16,98	0,55	ns
Trabalhador por conta própria	6	51,17	18,11		
Reformado	27	55,85	19,23		
Doméstica	5	45,23	13,84		
VT					
Trabalhador por conta de outrem	28	60,54	23,07	3,41	0,02
Trabalhador por conta própria	6	46,67	14,02		
Reformado	27	59,63	19,90		
Doméstica	5	31,00	22,19		
FS					
Trabalhador por conta de outrem	28	80,36	21,89	1,44	ns
Trabalhador por conta própria	6	66,47	31,29		
Reformado	27	77,46	22,06		
Doméstica	5	60,00	27,10		
DE					
Trabalhador por conta de outrem	28	50,00	37,95	0,99	ns
Trabalhador por conta própria	6	55,56	50,18		
Reformado	26	47,31	38,36		
Doméstica	5	20,80	44,72		
SM					
Trabalhador por conta de outrem	28	70,43	24,76	0,71	ns
Trabalhador por conta própria	6	58,00	32,96		
Reformado	27	68,00	23,14		
Doméstica	5	57,60	16,34		
MS					
Trabalhador por conta de outrem	28	1,61	0,88	0,9	ns
Trabalhador por conta própria	6	1,50	0,55		
Reformado	27	2,00	1,39		
Doméstica	5	1,40	0,55		

FF-Função Física; DF-Desempenho Físico; DC-Dor Corporal; SG-Saúde em Geral; VT-Vitalidade; FS-Função Social; DE-Desempenho Emocional; SM-Saúde Mental; MS-Mudança em Saúde; ns-não significativo.

Depois da cirurgia

- 6 meses depois da cirurgia, verificam-se diferenças significativas na **Função Física** ($p=0,03$) e na **Vitalidade** ($p=0,02$).

Através dos testes Post Hoc Scheffe, verifica-se que:

1. Na **Função Física**, as diferenças são entre os trabalhadores por conta de outrém e as domésticas ($p=0,023$), obtendo os primeiros um resultado significativamente superior. Surgem ainda diferenças entre as domésticas e os reformados ($p=0,02$), obtendo os segundos um resultado significativamente superior.

2. Na **Vitalidade**, as diferenças que se salientam são entre os trabalhadores por conta de outrém e as domésticas ($p=0,04$), obtendo os primeiros um resultado significativamente superior.

Cirurgia Valvular

Quadro 24 Anova para comparação das médias nas diversas dimensões da QDV do SF-36 e a situação profissional antes da cirurgia valvular

SF-36	N	M	DP	F	p
FF					
Trabalhador por conta de outrem	4	38,33	33,25	0,38	ns
Trabalhador por conta própria	3	53,33	20,21		
Estudante	1	20,00			
Reformado	13	48,34	26,22		
Doméstica	4	40,00	37,42		
DF					
Trabalhador por conta de outrem	3	33,33	57,74	1,30	ns
Trabalhador por conta própria	3	8,33	14,43		
Estudante					
Reformado	12	39,58	36,08		
Doméstica	4	6,25	12,50		
DC					
Trabalhador por conta de outrem	3	71,66	43,98	1,70	ns
Trabalhador por conta própria	3	52,50	26,02		
Estudante					
Reformado	10	65,00	26,93		
Doméstica	4	31,21	12,39		
SG					
Trabalhador por conta de outrem	3	57,33	34,15	0,89	ns
Trabalhador por conta própria	3	45,00	27,84		
Estudante	1	25,00			
Reformado	13	32,23	23,94		
Doméstica	4	30,00	7,07		
VT					
Trabalhador por conta de outrem	3	51,67	42,52	1,33	ns
Trabalhador por conta própria	3	26,67	30,55		
Estudante					
Reformado	11	28,18	14,01		
Doméstica	4	21,25	7,50		
FS					
Trabalhador por conta de outrem	3	70,83	40,18	0,19	ns
Trabalhador por conta própria	3	70,83	40,18		
Estudante					
Reformado	11	64,77	32,99		
Doméstica	4	53,13	41,30		
DE					
Trabalhador por conta de outrem	3	68,67	57,74	0,56	ns
Trabalhador por conta própria	3	44,44	50,92		
Estudante					
Reformado	10	53,33	39,13		
Doméstica	4	25,00	50,00		
SM					
Trabalhador por conta de outrem	3	45,33	45,49	0,11	ns
Trabalhador por conta própria	3	55,00	36,76		
Estudante					
Reformado	11	51,00	22,83		
Doméstica	4	45,00	21,51		
MS					
Trabalhador por conta de outrem	3	2,33	1,53	3,86	0,02
Trabalhador por conta própria	2	3,5	0,71		
Estudante	1	4,00			
Reformado	12	4,42	0,67		
Doméstica	4	4,50	1,00		

FF-Função Física; DF-Desempenho Físico; DC-Dor Corporal; SG-Saúde em Geral; VT-Vitalidade; FS-

Função Social; DE-Desempenho Emocional; SM-Saúde Mental; MS-Mudança em Saúde; ns-não significativo.

Antes da cirurgia

• Relativamente à situação profissional, só na **mudança na saúde** ($p=0,021$) se verificam diferenças entre as diferentes situações profissionais (sujeitos trabalhadores por conta de outrem, os reformados, as domésticas e os trabalhadores por conta própria). Por ser muito reduzido o número de sujeitos que compunha as várias categorias (excepto nos reformados), não foi possível a realização dos testes Post Hoc, Nas restantes dimensões do SF-36, não se verifica qualquer diferença.

Quadro 25 Anova para comparação das médias nas diversas dimensões da QDV do SF-36 e a situação profissional 6 meses depois da cirurgia valvular

SF-36	N	M	DP	F	p
FF					
Trabalhador por conta de outrem	3	71,67	28,43	0,49	ns
Trabalhador por conta própria	2	82,50	10,60		
Reformado	10	62,14	25,79		
Doméstica	4	68,06	10,61		
DF					
Trabalhador por conta de outrem	3	50,00	50,00	0,12	ns
Trabalhador por conta própria	2	50,00	70,71		
Reformado	9	38,89	28,26		
Doméstica	4	37,50	32,27		
DC					
Trabalhador por conta de outrem	3	83,67	15,37	0,69	ns
Trabalhador por conta própria	2	84,75	21,57		
Reformado	10	68,50	19,81		
Doméstica	4	78,80	26,22		
SG					
Trabalhador por conta de outrem	3	64,67	4,04	1,55	ns
Trabalhador por conta própria	2	38,50	2,12		
Reformado	10	50,90	15,44		
Doméstica	4	52,25	14,06		
VT					
Trabalhador por conta de outrem	3	80,00	10,00	1,34	ns
Trabalhador por conta própria	2	55,00	35,36		
Reformado	10	52,00	22,39		
Doméstica	4	53,75	18,87		
FS					
Trabalhador por conta de outrem	3	95,83	7,22	1,35	ns
Trabalhador por conta própria	2	100,00	0,00		
Reformado	10	75,25	21,61		
Doméstica	4	81,25	21,65		
DE					
Trabalhador por conta de outrem	3	33,33	57,14	1,60	ns
Trabalhador por conta própria	2	66,67	47,14		
Reformado	10	50,00	36,00		
Doméstica	4	91,67	16,67		
SM					
Trabalhador por conta de outrem	3	80,00	8,00	1,57	ns
Trabalhador por conta própria	2	70,00	8,49		
Reformado	10	61,60	17,61		
Doméstica	4	74,00	7,66		
MS					
Trabalhador por conta de outrem	3	2,00	1,00	1,72	ns
Trabalhador por conta própria	2	2,00	1,41		
Reformado	10	1,5	0,53		
Doméstica	4	1,00	0,00		

FF-Função Física; DF-Desempenho Físico; DC-Dor Corporal; SG-Saúde em Geral; VT-Vitalidade; FS-Função Social; DE-Desempenho Emocional; SM-Saúde Mental; MS-Mudança em Saúde; ns-não significativo.

Depois da cirurgia

- Não se registam diferenças significativas em nenhuma das dimensões do SF-36, 6 meses após a cirurgia valvular.

Variáveis Clínicas

Na cirurgia coronária

Antes da cirurgia

No que respeita ao CCS (classe II, III, IV), ver no Quadro em baixo:

No período pré-operatório, registam-se correlações negativas em relação:

- à **Função Física**, ou seja quanto melhor a **função física**, menor o CCS (*coeficiente de correlação de pearson $r=-0,24$, $p=0,04$*).
- à **Dor Corporal**, ou seja, quanto menor a dor corporal, menor o CCS (*coeficiente de correlação de pearson $r=-0,44$, $p=0,0001$*).
- ao **Desempenho Emocional**, quanto melhor for o Desempenho Emocional, menor o CCS (*coeficiente de correlação de pearson $r=-0,28$, $p=0,03$*).

Quadro 26 correlações entre as diversas dimensões medidas pelas escalas do SF-36 e o CCS na cirurgia coronária antes da cirurgia e 6 meses depois

Dimensões do SF-36	CCS coronário antes da cirurgia	CCS coronário 6 meses depois da cirurgia
	<i>r</i>	<i>r</i>
Função Física	-0,24*	-0,23
Desempenho Físico	-0,35**	-0,14
Dor Corporal	-0,44**	-0,47
Saúde Geral	1,24	0,12
Vitalidade	-0,18	-0,29*
Função Social	-0,16	0,22
Desempenho Emocional	-0,28*	-0,14
Saúde Mental	-0,13	-0,17
Mudança na Saúde	0,19	-0,06

*para $p<0,05$ **para $p<0,01$

6 meses após a cirurgia

Cirurgia coronária

Em relação ao pós-operatório, 6 meses após a intervenção, existe uma correlação negativa entre a **Vitalidade** e o CCS, isto é, quanto maior a Vitalidade, menor o CCS ($r = -0,29$, $p = 0,02$).

Vasos coronários com doença

Cirurgia Coronária

Quadro 27 Correlações das diversas dimensões medidas pelas escalas do SF-36 e o número de vasos coronários com doença, na cirurgia coronária antes da cirurgia e 6 meses depois

Dimensões do SF-36	<i>Cirurgia Coronária</i> Extensão da Lesão Coronária <i>Antes da cirurgia</i>	<i>Cirurgia Coronária</i> Extensão da Lesão Coronária <i>6 meses depois</i>
	<i>r</i>	<i>r</i>
Função Física	0,04	0,09
Desempenho Físico	-0,02	-0,04
Dor Corporal	-0,11	-0,06
Saúde Geral	0,11	-0,02
Vitalidade	0,04	0,04
Função Social	-0,07	-0,71
Desempenho Emocional	-0,02	-0,07
Saúde Mental	0,07	-0,13
Mudança na Saúde	0,07	-0,11

- Relativamente à extensão da lesão, não existem correlações significativas em relação à **Qualidade de Vida** dos sujeitos, em nenhuma das dimensões do SF-36, antes e depois da cirurgia.

*Factores de risco***Quadro 28** Correlações entre as diversas dimensões medidas pelas escalas do SF-36 e os factores de risco associados na cirurgias coronária e valvular antes da cirurgia

Dimensões do SF-36	<i>Factores de risco</i> <i>Cirurgia coronária</i>	<i>Factores de risco</i> <i>Cirurgia valvular</i>
	<i>r</i>	<i>r</i>
Função Física	0,02	0,51
Desempenho Físico	-0,06	0,21
Dor Corporal	0,06	0,16
Saúde Geral	0,03	0,26
Vitalidade	-0,49	0,07
Função Social	-0,09	-0,08
Desempenho Emocional	0,06	0,01
Saúde Mental	0,13	0,23
Mudança na Saúde	0,05	-0,17

• No que concerne aos factores de risco (Tabagismo, Diabetes, História Familiar, Hipertensão, Hipercolesteromia, Doença Renal), existe uma fraca associação linear entre as várias dimensões de QDV do SF-36, não sendo nenhuma estatisticamente significativa, não se registando antes da cirurgia correlações significativas em nenhuma das dimensões do Sf-36.

Quadro 29 Correlações entre as diversas dimensões medidas pelas escalas do SF-36 e os factores de risco associados, nas cirurgias coronária e valvular 6 meses depois da cirurgia

Dimensões do SF-36	<i>Factores de risco</i> <i>Cirurgia coronário</i>	<i>Factores de risco</i> <i>Cirurgia Valvular</i>
	<i>r</i>	<i>r</i>
Função Física	0,35**	-0,13
Desempenho Físico	0,30*	-0,31
Dor Corporal	0,12	-0,28
Saúde Geral	0,28*	-0,53*
Vitalidade	0,31*	-0,62**
Função Social	0,10	-0,21
Desempenho Emocional	0,17	-0,44
Saúde Mental	0,05	0,44
Mudança na Saúde	0,07	0,31

*para $p < 0,05$ **para $p < 0,01$

Na cirurgia coronária

6 meses depois da cirurgia verificam-se correlações positivas significativas em relação às seguintes dimensões de QDV do SF-36:

1. **Função Física** - Uma melhor Função Física corresponde a um maior o número de factores de risco associados ($r=0,35$, $p=0,004$);
2. **Desempenho Físico** - Um melhor o Desempenho Físico corresponde a um maior número de factores de risco associados ($r=0,30$, $p=0,02$);
3. **Saúde em Geral** - Uma melhor a Saúde em Geral implica um maior número de factores de risco associados ($r=0,28$, $p=0,03$);
4. **Vitalidade** - Uma melhor a vitalidade está associada a um maior o número de factores de risco associados ($r=0,31$, $p=0,01$).

Os valores para as restantes escalas do SF-36 não são estatisticamente significativos, os da correlação caindo na zona de aceitação da hipótese nula – formuladas para as escalas dor corporal, função social, desempenho emocional, saúde mental, mudança na saúde.

Na cirurgia valvular

Após a cirurgia, verifica-se uma correlação negativa significativa em relação à **Saúde em Geral**, ou seja, quanto melhor a saúde em geral menor o número de factores de risco associados ($r=-0,53$ $p=0,02$).

Como se pode observar através do Quadro 16, os valores para as restantes escalas do SF-36 não são estatisticamente significativos, os da correlação caindo na zona de aceitação da hipótese nula – formuladas para as escalas função física, desempenho físico, dor corporal, vitalidade, função social, desempenho emocional, saúde mental, bem como para a questão mudança na saúde.

DISCUSSÃO

A gravidade das doenças cardíacas traduz-se nas elevadas taxas de mortalidade e morbidade, limitações físicas e no desempenho emocional e social, conduzindo a uma diminuição da QDV dos doentes. Os pacientes com doença coronária beneficiam cirurgicamente através de *bypass* às artérias ou de uma angioplastia coronária. A avaliação da QDV tem um papel muito importante na decisão cirúrgica e a sua avaliação deve ser preponderante relativamente aos resultados da cirurgia. Em certos grupos de doentes, a cirurgia cardíaca é ainda o método de tratamento mais eficaz. Os benefícios da cirurgia, relativamente à sobrevivência, ao alívio das manifestações de angina e à melhoria da condição física dos doentes, encontram-se amplamente documentados. No entanto, a percepção que o doente tem acerca do seu estado de saúde, nomeadamente em relação à evolução da qualidade de vida, é geralmente desconhecida.

Nos últimos anos, os resultados técnicos da cirurgia cardíaca melhoraram, significativamente, ao nível da longevidade e da redução de sintomas cardíacos. Contudo, pouca atenção tem sido dada aos aspectos emocionais, psicossociais, bem-estar subjectivo, conceitos estritamente relacionados com a qualidade de vida. Parece não existir ainda uma correlação perfeita entre a melhoria somática e a qualidade de vida. Afigura-se-nos necessário esclarecer a equipa técnica, médico, cirurgião, da importância de determinados factores, nomeadamente os psicossociais, na melhoria destes pacientes, de molde a que não se centrem apenas no sucesso cirúrgico. Este processo deve ter um início precoce, devendo psicólogos treinados, assistentes sociais,

famílias e pacientes fazer parte da equipa médico-cirúrgica, para chegarem a um resultado mais positivo. Em relação a qualquer tratamento instituído para melhorar a QDV, é necessário reflectir sobre o impacto que a doença, ou o seu tratamento, tem nas diferentes dimensões da QDV e não simplesmente na capacidade funcional (Fallowfield, 1990). Em relação ao nosso estudo, os resultados obtidos permitem-nos inferir o impacto positivo da cirurgia cardíaca coronária na qualidade de vida dos doentes.

O instrumento utilizado como mensuração da qualidade de vida, o SF-36, é uma escala genérica, não desenhada especificamente para doentes com doença cardíaca, não constituindo uma medida de doença, mas um indicador de conceitos gerais de saúde. Explora diferentes aspectos da QDV (Ware et al, 1995), sendo que os aspectos pré e pós-operatórios podem ser facilmente comparados.

No período pré e pós-operatório não se registaram diferenças significativas entre os doentes coronários e os valvulares na QDV, em nenhuma das dimensões do SF-36, tal como já referido por Chocron et al (2000), Yun et al (1999). Yun et al (1999), de molde a avaliar a QDV, utilizaram o SF-36, imediatamente antes da cirurgia, 3, 12 e 24 meses depois. Os sujeitos da amostra foram submetidos a cirurgia de revascularização coronária, cirurgia valvular ou a uma combinação das duas. Verificou-se que a QDV melhorou significativamente após a cirurgia, em todas as dimensões do SF-36. Apesar da melhoria após a intervenção, houve factores que tiveram uma influência relativa na Qualidade de Vida, nomeadamente, diabetes, idade, sexo feminino. Ainda em relação às mulheres, verificou-se que nos 3, 12 e 24 meses após a cirurgia, obtinham piores resultados em todas as escalas do SF-36, excepto no desempenho emocional, sendo o resultado obtido nesta escala superior ao do sexo masculino. Deste estudo ressalta o facto de a QDV melhorar através de procedimentos cirúrgicos, não existindo diferenças significativas entre os três procedimentos, excepto no que respeita à dor corporal, no pré-operatório dos sujeitos submetidos a cirurgia de revascularização coronária, provavelmente devido à angina. Apesar da melhoria nos atributos mentais se manter nos 2 anos após a cirurgia, assiste-se a uma ligeira deterioração na função física, após um ano de cirurgia. Também os doentes com comorbilidade (diabetes mellitus) revelaram uma melhoria significativa na QDV, contudo, esta diferença era significativamente menor quando comparada com o grupo de sujeitos sem diabetes.

Nos doentes coronários, 6 meses após a cirurgia, não se registaram diferenças em apenas uma das dimensões do SF-36 - **desempenho emocional**. Apesar de se verificar uma melhoria e esta, não tem significado estatístico. O impacto desta doença na QDV reflecte-se particularmente nas situações de depressão, ansiedade e nas actividades da vida diária. A doença cardíaca implica repercussões físicas e psíquicas que podem ser extremamente marcadas para os doentes. O medo real ou potencial de desencadear uma crise de angina pode implicar uma atitude emocional negativa, implicando sentimentos de depressão e ansiedade que podem interferir. À medida que a doença evolui, o doente vai aprendendo a viver com as suas limitações, embora os seus medos possam tornar-se exacerbados. Os resultados obtidos parecem reforçar esta ideia. As 3 questões na escala do **Desempenho Emocional** (5a, diminuição do tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades; 5b, fez menos do que queria; 5c, não trabalhou tão cuidadosamente como era costume) prendem-se com uma atitude emocional negativa, que implica sentimentos de ansiedade e depressão e provavelmente um medo exagerado face ao esforço, temendo que este conduza a um episódio de angina ou mesmo a um enfarte do miocárdio. É compreensível que uma pessoa, ao ser confrontada com uma doença cujo curso evolutivo é desconhecido e não totalmente previsível, manifeste preocupações dessa natureza, o que se reflecte no seu desempenho emocional. Em vários estudos já referidos (Yun e tal, 1999; Melo et al, 2000; Miralda et al, 2000; Hunt et al 2000), os resultados encontrados reflectiram melhoria em todas as dimensões do SF-36.

Miralda e al (2000) referem no seu estudo que, 6 meses e 1 ano após a intervenção, a população do estudo revelou globalmente uma melhoria significativa na QDVRs em todas as dimensões do Sf-36. Em todas as 3 avaliações, as mulheres, os pacientes com comorbilidade, bem como os oriundos de meios socialmente mais desfavorecidos revelaram piores pontuações médias.

Em relação aos doentes valvulares, verificaram-se percepções significativamente mais satisfatórias, 6 meses após a intervenção, em 43 das 8 dimensões do SF-36: **Função Física, Vitalidade, Saúde Mental e Função Social**. Também na questão **Mudança na Saúde** os resultados foram significativamente mais satisfatórios. Nas restantes dimensões apesar de se observarem melhorias, os valores não apresentaram significado estatístico. No que respeita à dimensão **Desempenho emocional**, para além de não se registarem resultados com significado estatístico, assiste-se a uma correlação negativa, obtendo os sujeitos resultados inferiores 6 meses após a intervenção, em

relação ao período pré-operatório, onde os resultados alcançados foram superiores. Os resultados foram mais expressivos (Chocron et al, 2000; Yun et al, 1999) noutros estudos anteriores, em que os sujeitos da amostra foram submetidos a cirurgia de revascularização coronária, cirurgia valvular ou a uma combinação das duas. Verificou-se que a QDV melhorou significativamente depois da cirurgia. Apesar da melhoria após a intervenção, houve factores que tiveram uma influência relativa na Qualidade de Vida, nomeadamente, diabetes, idade, sexo feminino. Ainda em relação às mulheres, verificou-se que nos 3, 12 e 24 meses após a cirurgia, obtinham piores resultados em todas as escalas do SF-36, excepto no desempenho emocional, sendo o resultado obtido nesta escala superior ao do sexo masculino. Deste estudo ressalta o facto da QDV melhorar através de procedimentos cirúrgicos, não existindo diferenças significativas entre os três procedimentos.

Taillefer, Dupuis, e François (2005), realizaram um estudo com 82 sujeitos submetidos a uma cirurgia valvular, avaliaram os sujeitos antes e três meses depois da cirurgia, a Qualidade de Vida foi avaliada através do QLSI (Quality of life Systemic Instrument) e do SF-36, os resultados revelaram uma melhoria da QDV em todas as subescalas. As mulheres obtiveram melhores resultados do que os homens no lazer, afectividade e no funcionamento social, ocorrendo o contrário em relação à saúde mental, em que o sexo masculino obteve um resultado superior.

Em relação à variável sexo nos doentes coronários, verificaram-se, globalmente, percepções mais satisfatórias nos sujeitos do sexo masculino no período pré-operatório, em todas as dimensões do SF-36, contudo, as diferenças com significado estatístico encontram-se nas escalas da **Função Física, Desempenho Físico, Dor Corporal, Saúde em Geral, Vitalidade e Saúde Mental**; 6 meses após a intervenção, apenas existe diferença com significado estatístico na escala da **função física**, sendo o sexo masculino a quem obteve resultados mais favoráveis. Estes resultados podem ser explicados pelo número de sujeitos num e noutro grupo. Sendo a amostra maioritariamente por sujeitos do sexo masculino (80,5%). Tung et al (2007) realizaram um estudo onde pretendiam avaliar o impacto da cirurgia cardíaca na QDV de 100 sujeitos, 50 do sexo masculino, 50 do sexo feminino, submetidos a cirurgia cardíaca de revascularização coronária nos últimos 5 anos. A QDV foi avaliada através do SF-36. Foram também avaliadas as variáveis sócio-demográficas, bem como a existência de diferenças entre o sexo feminino e masculino. Neste estudo, tal como no nosso, os

homens evidenciaram melhores resultados em relação à função física do SF-36, após cirurgia cardíaca, do que as mulheres. Num estudo realizado por King (2000), em que foram comparados 60 homens e 60 mulheres submetidos a cirurgia de revascularização coronária ou cirurgia valvular, pretendia-se comparar a recuperação de um e outro grupo. A avaliação foi feita imediatamente antes da cirurgia e 3 meses após a ocorrência da mesma. Os resultados revelaram que no pré-operatório as mulheres apresentavam maiores limitações funcionais, menor satisfação com a vida e menor suporte social que o sexo masculino. Após 3 meses de cirurgia, a autora constatou um menor número de diferenças significativas. As diferenças no suporte social persistiram; ao nível do estado funcional, o sexo feminino revelou melhorias significativas em relação ao sexo masculino. Relativamente ao estado de saúde global, não foram encontradas diferenças significativas entre um e outro sexo, 3 meses após a cirurgia. Ainda segundo a autora, este estudo revelou resultados semelhantes aos encontrados na literatura mais recente; as mulheres revelaram-se mais comprometidas no período pré-operatório do que os homens, contudo, no período pós-operatório, foram encontradas poucas diferenças. Gjeilo et al (2006), num estudo mais recente, pretenderam comparar 203 pacientes do sexo feminino e masculino com a população em geral, três anos após revascularização coronária, procurando diferenças entre o género e a idade. A QDV foi avaliada através do SF-36. Os autores verificaram que as mulheres da amostra obtiveram também valores inferiores aos da população em geral. Em relação à variável sexo, comparativamente com o sexo masculino da população em estudo, as mulheres registaram resultados significativamente inferiores em 3 das 8 subescalas (função física, desempenho físico e vitalidade).

Em relação à variável sexo nos sujeitos submetidos a cirurgia valvular, não se verificaram diferenças significativas entre o sexo feminino e o sexo masculino, no período pré e pós-operatório, em nenhuma das 8 dimensões do SF-36; 6 meses após a cirurgia verifica-se apenas uma diferença estatisticamente significativa na questão **Mudança na Saúde**, obtendo os sujeitos do sexo masculino resultados significativamente superiores nesta questão.

Em contraponto, muitos são os estudos que têm salientado que as mulheres com doença cardíaca similar à dos homens manifestam uma significativamente menor QDV após a intervenção cirúrgica (Herlitz et al, 1999, Yun et al 1999, Chocron et al 2000,

Miralda et al 2000, Vaccarino et al, 2003, Emerly et al, 2004). De entre as razões para estes resultados menos favoráveis, aponta-se o facto de as mulheres aparecerem com esta doença numa idade mais tardia, numa altura em que a comorbilidade associada à doença é superior, bem como o facto de as mulheres também experimentarem mais restrições nas actividades do dia-a-dia, manifestando ainda maior susceptibilidade a sintomatologia ansiosa e depressiva do que os homens.

Com o objectivo de averiguar os efeitos das variáveis clínicas na QDV dos sujeitos submetidos a cirurgia coronária e valvular, utilizou-se o teste de correlações de Pearson.

Relativamente ao número de vasos coronários com doença, não existem correlações significativas em relação à **Qualidade de Vida** dos sujeitos, em nenhuma das dimensões do SF-36, antes e depois da cirurgia.

Os resultados sugerem que, em relação ao CCS Canadian Cardiovascular Society Classification (II, III, IV) dos doentes coronários no período pré-operatório, existe uma correlação negativa em relação à **Função Física**, ou seja, quanto melhor esta for, menor será o CCS ($r=-0,24$, $p=0,04$). Verifica-se ainda uma correlação negativa entre a **Dor Corporal** e o CCS, ou seja, quanto menor a dor corporal, menor o CCS ($r=-0,44$, $p=0,00$), bem como entre o **Desempenho Emocional** e o CCS, quanto melhor for o Desempenho Emocional, menor o CCS ($r=-0,28$ $p=0,03$). Kiessling & Henriksson (2004), num estudo em que pretendiam avaliar a QDV de sujeitos com doença cardíaca coronária, referiram que os resultados que são inerentes à escala da função física estão directamente relacionados com o CCS dos pacientes.

Em relação ao pós-operatório, 6 meses após a intervenção, existe uma correlação negativa entre a **Vitalidade** e o CCS, isto é, quanto maior esta, menor o CCS ($r=-0,29$, $p=0,02$). Num estudo semelhante, Hunt et al (2000), analisando o Cleveland Canadian Cardiovascular Society Classification CCS, encontraram os mesmos resultados em relação ao **funcionamento físico, dor corporal e desempenho emocional**; no estudo mencionado também o **funcionamento social** se encontrava afectado nas classes mais elevadas do CCS.

Os nossos resultados são semelhantes aos encontrados por Chocron et al, (2000), Hunt et al (2000). Chocron et al (2000) realizaram um estudo prospectivo em 215 pacientes, avaliando a QDV imediatamente antes da cirurgia e 6 meses depois; 50% dos

sujeitos sofriam de doença cardíaca coronária, 40% de doença valvular. Aplicou o questionário para avaliar a QDV (Nottingham Health Profile-NHP) imediatamente antes da intervenção cirúrgica e 3 meses após a sua ocorrência, verificando que existia uma clara melhoria da QDV em todas as dimensões avaliadas pelo NHP (energia, mobilidade física, reacção emocional, dor, sono e isolamento social), em cerca de 80% dos pacientes. Deste estudo conclui-se que as operações cardíacas melhoram a Qualidade de Vida. A melhoria é semelhante para os pacientes submetidos a um e outro tipo de cirurgia, revascularização coronária ou cirurgia valvular. Neste estudo os factores que mais influenciaram a QDV foram a idade (menor QDV em idade mais avançada), bem como a classe funcional CCS (III ou IV), sendo a pertença a uma das duas indicadora de uma QDV diminuta. Os autores verificaram ainda que ser mulher é um factor preditor de uma melhoria menos significativa na QDV, em resultado do isolamento social em que as mulheres se encontram. As mulheres apresentam ainda maiores restrições nas suas actividades e revelam maiores níveis de ansiedade e depressão do que os homens. Por outro lado, Hunt et al (2000), com o objectivo de avaliarem a relação entre os factores de risco pré-operatórios, a dor crónica pós-operatória, o sono, o género, a idade e a percepção da Qualidade de Vida, realizaram um estudo transversal comparativo, envolvendo 110 pacientes que haviam efectuado uma cirurgia de revascularização coronária um ano antes. O Canadian Cardiovascular Society Classification (CCS) pré-operatório foi utilizado como factor preditor dos resultados ao nível da Qualidade de Vida. O instrumento utilizado para avaliar a QDV foi o SF-36. Verificaram diferenças significativas ao nível da Qualidade de Vida, nomeadamente funcionamento físico, dor corporal, funcionamento social e estado emocional. Foram também estabelecidas relações entre uma QDV pobre e sujeitos que manifestavam dor severa, ou dificuldades ao nível do sono. Os pacientes de baixo risco, determinados pelo CCS, revelavam uma clara melhoria, ao nível da QDV, nos 12 meses subsequentes.

No que concerne aos factores de risco (Tabagismo, Diabetes, História Familiar, Hipertensão, Hipercolesteromia, Doença Renal), existe uma fraca associação linear entre as várias dimensões de QDV do SF-36, não sendo nenhuma estatisticamente significativa. Antes da cirurgia não se registam correlações significativas em nenhuma das dimensões do Sf-36. No nosso estudo, 6 meses após a cirurgia nos doentes valvulares, verifica-se uma correlação negativa significativa em relação à **Saúde em**

Geral, ou seja, quanto melhor esta, menor o número de factores de risco associados ($r = -0,53$ $p=0,02$).

Em relação aos sujeitos submetidos a revascularização coronária, 6 meses após a cirurgia, os doentes com mais factores de risco associados revelaram correlações positivas significativas em relação às seguintes escalas do SF-36: **Função Física** - quanto melhor a Função Física, maior o número de factores de risco associados ($r = 0,35$, $p=0,004$); **Desempenho Físico** - quanto melhor o Desempenho Físico, maior o número de factores de risco associados ($r = 0,30$, $p=0,02$); **Saúde em Geral** - quanto melhor a Saúde em Geral, maior o número de factores de risco associados ($r = 0,28$, $p=0,03$); **Vitalidade** - quanto melhor a Vitalidade, maior o número de factores de risco associados ($r = 0,31$, $p=0,01$). Os valores para as restantes escalas do SF-36 não são estatisticamente significativos, inscrevendo-se os relativos à correlação na zona de aceitação da hipótese nula – formuladas para as escalas dor corporal, função social, desempenho emocional, saúde mental, mudança na saúde.

Estes resultados entram em clara contradição com os resultados revelados por outros estudos (Chocron et al, 2000; Herlitz, 1999; Hunt et al, 2000; Miralda et al, 2000; Sinchen et al, 2001; Yun et al, 1999). Como interpretá-los? Provavelmente, face a um maior número de factores de risco, os sujeitos manifestam menos expectativas que os restantes, daí a obtenção de melhores resultados nas dimensões respeitantes à função física, desempenho físico, saúde em geral e Vitalidade. Taylor (1983, Taylor & Armor 1996) referem, em estudos realizados em relação ao cancro da mama, bem como em estudos relativos a pacientes cardíacos e a outras patologias, que, face a acontecimentos stressantes, os sujeitos respondem com percepções positivas distorcidas sobre si próprios, com uma percepção exagerada de auto-controlo e com expectativas optimistas face ao futuro. Segundo a autora, estas 3 ilusões caracterizam as crenças dos sujeitos e tornam-se extremamente importantes no processamento da informação (Taylor, 1983). Taylor e Armor (1996) conceptualizaram o trauma como um acontecimento negativo disruptivo para o funcionamento mental, marcado por sintomatologia ansiosa e depressiva, bem como por outros estados mentais negativos. Questionaram-se sobre o tipo de crenças e percepções associadas ao retorno a um funcionamento psíquico equilibrado e normal. Face a acontecimentos traumáticos, os sujeitos respondem com esforços cognitivos adaptativos, sendo capazes de voltar a um nível de funcionamento psíquico superior, e, nos casos dos doentes com doença física (cancro, patologia cardíaca, HIV), os doentes referiam melhorias significativas na sua QDV após a o

aparecimento da doença, assinalando que passaram a dar uma maior importância a outros aspectos da sua vida. Segundo Taylor (1983), esta adaptação psicológica ocorria através de uma procura de sentido na experiência ou evento traumático, de um esforço para retomar o controlo e numa tentativa de recuperar um sentido positivo do self, que foram denominados *ilusões positivas* (Taylor & Armor, 1996).

No que respeita às variáveis sócio-demográficas nos sujeitos submetidos a revascularização coronária, as análises de variância indicam que, em relação à situação familiar (casado, solteiro, divorciado ou viúvo), não existem diferenças significativas nas oito dimensões do SF-36 antes da cirurgia. Depois da cirurgia, apenas na função física se verificam diferenças significativas. Contudo, através dos testes Post Hoc (Scheffe), que compara os grupos entre si, estas diferenças não são significativas, parecendo o facto de não existirem diferenças entre estas diversas variáveis estar relacionado com o reduzido número de sujeitos que compunha as restantes categorias - solteiros, divorciados ou viúvos. Nas restantes dimensões do SF-36, não se verificaram diferenças. Da nossa amostra constituída quase na totalidade por sujeitos casados (83%) resultará provavelmente o facto de não existirem diferenças entre estas diversas categorias, por ser muito reduzido o número de sujeitos que compunha as restantes - solteiros, divorciados ou viúvos.

Em relação à situação familiar (casado, solteiro, divorciado ou viúvo), na cirurgia valvular não existem diferenças significativas nas oito dimensões do SF-36 antes da cirurgia. Depois da cirurgia, também não existem diferenças significativas em nenhuma das dimensões do SF-36. Tal como ocorre nos sujeitos submetidos a revascularização coronária, sendo a nossa amostra constituída quase na totalidade por sujeitos casados (77%), advirá provavelmente a inexistência de diferenças entre as diversas categorias, por ser muito reduzido o número de sujeitos que compunha as restantes - solteiros, divorciados ou viúvos.

Ao nível da escolaridade, na cirurgia coronária, imediatamente antes de ela ocorrer, apenas se verificam diferenças significativas na **Função Social** ($p=0,04$). Contudo, através dos testes Post Hoc (Scheffe), que comparam os grupos entre si, estas diferenças não são significativas. Após a cirurgia não se verificam diferenças em nenhuma das dimensões do SF-36, em relação a esta variável. Na cirurgia valvular, no período que imediatamente a precede, existem diferenças significativas em relação ao **Desempenho**

Emocional ($p=0,005$) e à **Saúde Mental** ($p=0,02$). Através dos testes Post Hoc Scheffe, verifica-se que em relação ao **Desempenho Emocional**, as diferenças surgem entre os sujeitos do ensino secundário e os que apenas sabem ler e escrever, obtendo os primeiros um resultado significativamente superior. Em relação à **Saúde Mental**, as diferenças encontradas são entre os que sabem ler e escrever e os que possuem o ensino secundário, obtendo estes últimos um resultado significativamente superior. Registam-se ainda diferenças entre os sujeitos que têm o ensino primário e os sujeitos que frequentaram o ensino secundário, sendo que estes obtiveram um resultado significativamente superior. Nos seis meses após a cirurgia, não existem diferenças significativas ao nível da Qualidade de Vida.

Ainda em relação às variáveis demográficas, no que diz respeito à situação profissional dos sujeitos submetidos a revascularização coronária, antes da cirurgia não se verificam diferenças entre as diversas situações profissionais (sujeitos trabalhadores por conta de outrem, os reformados, as domésticas e os trabalhadores por conta própria); 6 meses depois da cirurgia, verificam-se diferenças significativas na **Função Física** ($p=0,03$) e na **Vitalidade** ($p=0,02$). Através dos testes Post Hoc Scheffe, verifica-se que na **Função Física**, as diferenças são entre os trabalhadores por conta de outrem e as domésticas ($p=0,02$), obtendo os primeiros um resultado significativamente superior. Surgem ainda diferenças entre as domésticas e os reformados ($p=0,02$), obtendo os segundos um resultado significativamente superior. Este resultado foi também encontrado em relação às diferenças de género, sendo que o que parece emergir se afigura mais uma diferença a este nível do que ao nível da situação profissional. Na **Vitalidade**, as diferenças que se salientam são entre os trabalhadores por conta de outrem e as domésticas ($p=0,04$), obtendo os primeiros um resultado significativamente superior.

No que concerne à cirurgia valvular, relativamente à situação profissional, só na **mudança na saúde** ($p=0,02$) se verificam diferenças entre as diversas situações profissionais (sujeitos trabalhadores por conta de outrem, os reformados, as domésticas e os trabalhadores por conta própria) antes da cirurgia. Nas restantes dimensões do SF-36, não se regista qualquer diferença; após a cirurgia, não ocorrem diferenças significativas em nenhuma das dimensões do SF-36.

As variáveis demográficas relativas à idade, situação profissional, situação familiar, escolaridade parecem não ter uma influência significativa nos níveis de QDV ($p=0,005$), sobretudo no período pós-operatório. Garcia Riano (1991) sugere que os factores que contribuem para a QDV, bem como o peso atribuído a cada um deles possam mudar em função de variáveis como a idade, a cultura ou o sexo, o que não implica necessariamente que os níveis de QDV alcançados sejam diferentes. Esta forma de perspectivar a relação entre variáveis psicossociais e a QDV é interessante, contudo é necessária uma maior investigação com pacientes com doença cardíaca para clarificar a relação existente entre aquelas.

Em relação à idade, foi efectuada uma análise correlacional, antes da cirurgia encontrou-se apenas uma correlação significativa entre a **Saúde em Geral** e a idade, nos doentes coronários, ou seja quanto melhor a saúde em geral menor a idade, não sendo encontradas diferenças significativas na QDV nas restantes dimensões do SF-36. Após a cirurgia não foram encontradas correlações significativas. Nos doentes valvulares, também não foram encontradas diferenças no período pré operatório, enquanto 6 meses após a cirurgia se verifica um menor desempenho emocional nos sujeitos mais idosos. Desde a década de 80, que o desenvolvimento da cirurgia cardiovascular e valvular, sobretudo ao nível da doença da aorta, tiveram um enorme impacto na QDV e no prognóstico para todas as idades (Pathy,1999). Nos pacientes idosos, a cirurgia é ainda a única opção que permite restabelecer as competências funcionais e a Qualidade de Vida. Estudos recentes têm comprovado uma melhoria significativa na QDV dos idosos após a intervenção cirúrgica, valvular, revascularização coronária, bem como uma combinação das duas (revascularização coronária e substituição valvular), (Fruitman et al, 1999; Goyal, et al, 2005; Khan et al; Shapira et al, 1997; Sundt et al, 2000). Um estudo retrospectivo realizado por Fruitman (1999) pretendia também avaliar a QDV de 127 pacientes submetidos a uma intervenção cardíaca, revascularização coronária, substituição valvular ou a combinação das duas (revascularização coronária e substituição valvular), com idade superior a 80 anos. A QDV foi avaliada pelo SF-36 Health Survey e do Seattle Angina Questionnaire (apenas para os sujeitos submetidos a revascularização coronária, ou revascularização coronária e substituição valvular), 6 meses após a intervenção, através de entrevista telefónica. Neste estudo, os scores do SF-36 foram equivalentes ou mesmo superiores aos da restante população com idade superior ou igual a 65 anos. A população idosa beneficia e evidencia uma clara melhoria da sua capacidade funcional,

bem como da sua Qualidade de Vida. Num estudo mais recente, Gjeilo et al (2006) pretenderam comparar 203 pacientes do sexo feminino e masculino com a população em geral, três anos após revascularização coronária, procurando diferenças entre o género e a idade, inferior e superior a 70 anos. A QDV foi avaliada através do SF-36. Os autores verificaram que os pacientes submetidos a revascularização coronária obtiveram melhores resultados na dor corporal que a população geral ($p=0,008$), mas os resultados não diferiram nas restantes subescalas do Sf-36. Os pacientes mais jovens obtiveram scores mais baixos no S f-36 do que a população em geral com a mesma idade. Pelo contrário, os mais idosos (idade superior a 70) obtiveram resultados ligeiramente superiores em todas as dimensões do SF-36, quando comparados com a população em geral da mesma faixa etária, mas o único resultado com significado estatístico foi o da dor corporal, onde os sujeitos submetidos a revascularização coronária registaram resultados superiores.

Em suma, a doença cardíaca, sobretudo a doença coronária (que constituía maioritariamente a nossa amostra) está associada a factores de risco relacionados com estilos de vida pouco saudáveis, revelando este estudo o impacto positivo da cirurgia cardíaca na qualidade de vida dos doentes.

Contudo, apesar das melhorias verificadas, este impacto não foi tão grande quanto o esperado inicialmente, sendo que em duas dimensões do SF-36, função física e desempenho emocional, não se registaram diferenças entre o período pré-operatório e pós-operatório (6 meses após a intervenção). O que pode estar relacionado com a falta de conhecimentos que os doentes revelam em relação ao seu estado de saúde. Frequentemente, alguns destes doentes só tomam conhecimento do seu real estado de saúde dias antes da intervenção, o que não lhes permite, provavelmente, reflectir muito sobre o assunto. No pós-operatório, confrontam-se, porventura, com algumas mudanças que devem fazer nas suas vidas e nos seus estilos de vida, o que poderá explicar não ser a melhoria no plano emocional tão significativa quanto o esperado. Assume assim extrema importância a realização de um programa de reabilitação cirúrgico, de molde a esclarecer o doente sobre o que deve ou não esperar, contribuindo assim para o estabelecimento de expectativas realistas. Após a cirurgia, os doentes deveriam adquirir comportamentos mais saudáveis, o que reforça a importância da reabilitação pós-operatória, com especial enfoque ao nível da promoção da saúde. Num dos estudos já aludidos anteriormente, Chocron et al (2000) referem que os sujeitos da sua amostra

foram submetidos a um programa de reabilitação, com uma durabilidade de 3 a 6 semanas, em que se incluía exercício, planificação de uma dieta saudável e indicações para deixar de fumar. No seu decurso, a medicação dos sujeitos foi sendo reduzida. Neste estudo, uma das questões colocadas pelos autores respeitava ao peso de cada um dos factores - cirurgia versus programa de reabilitação - na melhoria da QDV, sendo que provavelmente tal melhoria se devia a um todo (cirurgia/programa de reabilitação), sendo um indissociável do outro. Após a cirurgia, um programa de educação e intervenção que englobe um regime médico, uma definição dos riscos para a saúde, o exercício físico, o regresso à actividade laboral, bem como a redução do stress emocional, deve ser posto em prática. A reabilitação cardíaca é um processo activo, através do qual os sujeitos com doença cardíaca alcançam a optimização do seu estado físico, médico, psicológico, social, emocional, vocacional e económico (Dracup, 1985, citado por Taylor 1995). Os objectivos da reabilitação são a diminuição dos sintomas, redução da gravidade da doença, limitação da sua progressão, bem como a promoção de um ajustamento psicológico e social. Os componentes de um programa de reabilitação cardíaca devem incluir exercício físico, apoio psicológico, bem como grupos de suporte, aconselhamento nutricional e formação acerca da doença cardíaca coronária (Dracup, 1984, citado por Taylor, 1995), ou seja, implicam uma alteração no estilo de vida, traduzido na adopção de um mais saudável, adequado à doença e promotor de saúde (Ribeiro, 1997). Em suma, a adesão a uma constelação de comportamentos conducentes a uma boa saúde (McQueen, 1987).

Sader et al (2002) e Harrison (2005) referem que a depressão e a ansiedade são sintomas psíquicos muito frequentes em pacientes com doença cardíaca, susceptíveis de afectar os resultados dos tratamentos. As evidências sugerem que a depressão clínica pode ser um factor de risco para o desenvolvimento de uma doença cardíaca, tal como para os doentes portadores de doença cardíaca conhecida, a depressão pode funcionar como um factor preditor da mortalidade. O autor refere que um programa de reabilitação deve incluir o apoio psicológico, bem como a educação (de forma a modificar o estilo de vida) e o exercício. Ainda segundo o mesmo autor, este programa permite reduzir a mortalidade em 20-25%, nos três anos seguintes. A reabilitação viabiliza o aumento da capacidade funcional bem como da QDV, nos domínios físico e emocional.

Síntese

Antes da cirurgia um número considerável de pacientes revelou dificuldades em áreas específicas (percepção da saúde, bem estar físico, dor corporal), bem como medos e preocupações relacionados com o estado de saúde, evolução da doença e suas consequências. A amostra de pacientes que efectuaram cirurgia de revascularização coronária ou cirurgia valvular revela uma melhoria significativa na QDV. Sendo assim, embora pareça necessário fazer alguns reajustes (que traduzem movimentos reactivos de adaptação à doença e ao tratamento), a doença cardíaca e o seu tratamento não estão associados a distúrbios psíquicos graves, nem a uma QDV precária.

Contudo, este tipo de doença têm diferentes repercussões na QDV, sendo que os diferentes sujeitos parecem perceber de forma diferente o reflexo, nas suas vidas, da doença e do seu tratamento, em função das suas capacidades físicas e dos recursos internos (psíquicos) e externos (apoio psicossocial) de que dispõem.

A QDVRS é definida por Wood-Dauphinee e Kuchl (1992) como a percepção subjectiva que o indivíduo tem do seu próprio bem-estar físico, psicológico e social, tendo em conta as repercussões da doença e o seu tratamento.

A percepção de saúde não é somente a dimensão objectiva centrada na capacidade funcional, satisfação das necessidades e capacidade de realizar as suas aspirações, manifesta também uma vertente subjectiva que diz respeito à forma como cada um se sente física e psicologicamente, bem como nas relações que estabelece com o meio. Um dos conceitos mais conhecidos de saúde, é definido como um bem-estar físico, mental e social, e não apenas como ausência de doença ou incapacidade (WHO, 1948). A saúde é assim caracterizada como uma interdependência das dimensões física mental e social e envolve a percepção que o sujeito tem em relação ao seu estado de saúde e acerca de si próprio.

Os resultados deste estudo, com medidas estandardizadas de saúde e de qualidade de vida apoiam as conclusões de trabalhos anteriores, segundo as quais os sujeitos com doença cardíaca que sofreram cirurgia relatam uma QDV satisfatória, superior à que

usufruíam antes da intervenção cirúrgica de revascularização coronária ou valvular (Booth et al, 1991; Caine et al, 1999; Chocron et al, 1996; Gustfsson et al; 1999; Hunt et al, 2000; Karlsson et al, 2000; Kiessling & Henrikson, 2004; Lukkarinen, 1998; Melo et al, 2000; Pocock et al, 1996; Simchen et al, 2001; Stool et al, 2001; Tung et al, 2007; Wiklund et al, 1999; Yun et al, 1999). Em todos estes estudos a taxa de mortalidade foi baixa.

Taylor et al (1996) referem que as doenças crónicas podem afectar menos a QDV dos doentes do que inicialmente se pensa, provavelmente devido a alterações de expectativas, crenças ou valores, a melhorias efectivas em determinados aspectos das suas vidas (reforço de certos vínculos afectivos), ou a uma reestruturação de prioridades e objectivos de vida.

Para outros autores (Hurny, Piasetsky, Bagin, & Holland, 1987), os pacientes tendem a responder de uma forma socialmente desejável, fornecendo respostas de acordo com as expectativas que têm sobre aquilo que imaginam que os médicos ou investigadores gostariam de ouvir.

Apesar de não existir uma resposta definitiva para esta questão, os estudos sugerem que os doentes cardíacos não avaliam passivamente o seu estado de saúde e a sua QDV, mas processam activamente os acontecimentos e circunstâncias da sua vida. Numa avaliação de QDV, com instrumento auto-administrado, as respostas pressupõem frequentemente o processamento da informação inerente a cada questão (afirmação descritiva e atribuição de um valor ou peso associado a essa afirmação). A forma como a informação é interpretada ou enquadrada pode ter impacto nos julgamentos feitos pelos pacientes.

Os resultados de estudos com doentes cardíacos fornecem a perspectiva de uma visão multifacetada do processo de avaliação de QDV nestes pacientes. Contudo, a generalidade das concepções existentes não tem como referência um modelo teórico suficientemente elaborado que viabilize uma melhor compreensão do papel de cada uma das dimensões (cognitiva e afectiva) que intervêm na QDV, bem como das relações existentes entre ambas as componentes.

Apesar da amostra do nosso trabalho não ser muito extensa, sobretudo em relação aos doentes valvulares, esperamos que este trabalho tenha dado um contributo para a compreensão da influência destes acontecimentos nas diferentes dimensões da QDV.

O conhecimento e repercussões da doença cardíaca, o seu tratamento e impacto nas diferentes componentes da QDV é um passo importante na definição de estratégias visando a sua melhoria e o bem-estar dos pacientes. É também fundamental a identificação de áreas em que o sujeito manifesta mais dificuldades, permitindo uma intervenção precoce e a elaboração de estratégias que ajudem o indivíduo no processo de adaptação à doença, nas suas várias fases (diagnóstico, tratamento e reabilitação).

Em relação às diferentes dimensões da QDV, poder-se-á porventura desenvolver/potenciar diversas estratégias e recursos pessoais, no sentido de melhorar as áreas em que os sujeitos manifestem maior fragilidade (através de programas de reabilitação). A apreciação dos diferentes níveis obtidos permite analisar a pertinência e a possibilidade de actuar em determinadas áreas e estimar a melhoria nas diferentes dimensões conducentes a uma melhoria na QDV, de acordo com as condições do sujeito e o seu curso de vida.

Comentário final e perspectivas de trabalho futuro

Em relação ao instrumento utilizado SF-36, versão portuguesa, é um questionário que permite aferir o estado de saúde em sujeitos com e sem doença. Esta estrutura de questionário permite, por sua vez, comparar aspectos de saúde deste grupo de pacientes com os da população em geral (sem doença), bem como avaliar e comparar a QDV num e noutro grupo.

A identificação de características de saúde e de QDV dos doentes cardíacos e a consequente elaboração de modelos acerca da forma como a doença afecta essas características constituem passos importantes na concepção de estratégias de promoção da saúde e QDV.

Este tipo de estudos poderá ter implicações no campo da saúde, favorecendo a melhoria dos cuidados prestados, tanto mais que, nas diferentes fases do processo de tratamento, os cuidados aos pacientes envolvem profissionais com diferentes tipos de formação.

Referências

- Brauwald, E. (1997). *Heart Disease: A textbook of Cardiovascular Medecine*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Booth, D., Deupree, R, Hultgren, H., DeMaria, A., Stewart, S., & Luchi, R. (1991). Quality of Life After Bypass Surgery for Unstable Angina. 5 -Year Follow-up Results of a Veterans Affairs Cooperative Study. *Circulation*, 83 (1), 87-95.
- Bubein, R., Knotts-Dolson, S, Plum, V., & Kay, N. (1996). Effect of Radiofrequency Catheter Ablatio on Health-Related Quality of Life and Activities of Daily Living in Patients with recurrent arrhythmias. *Circulation*, 94 (7), 1585-1591.
- Caine, N., Sharples, D., & Wallwork, J. (1999). Prospectiv Study of health related quality of life before and after coronary artery bypass grafting surgery. *Heart*, 181, 347-351.
- Calman, K.(1987). Definitions and dimensions of quality of life. In N Aaronson & I.Beckmann (Eds.). *The Quality of life of Cancer Patients*. New York: Raven Press.
- Campbell, A., Converse, P., & Rogers, W. (1976). *The Quality of American life*. New York: Russel Sage Foundation.
- Chocron, S., Etievent, J., Viel, J., Dussaucy, A., Clement, F., Alwan, K., Neidhardt, M., & Schipman, N. (1996). Prospective Study of Quality of Life Before and After Open Heart Operations. *The Annals of Thoracic Surgery*, 61, 153-7.
- Chocron, S., Etievent, J., Viel, J., Dussaucy, A., Clement, F., Kaili, D., & Yan, Y.; (2000). Preoperative Quality of Life as a Predictive Factor of 3-Year Survival After Open Heart Operations. *The Annals of Thoracic Surgery*, 69, 722-7.
- Courvreur, C. (1999). *Qualidade de Vida: A arte para viver no séc. XXI*. Lisboa: Lusociência.

Cramer, A. & Spilker, (1998). *Quality of Life and Pharmacoeconomics: An Introduction*. Philadelphia: Lippincott- Raven Publishers.

Czajkowski, S., Terrin, M., Lindquist, R., Hoogwerf, B., Dupuis, G., ShumaKer, S., Gray, J., Herd, J., Treat-Jacobson, D., Zyzansky, S., & Knaterud, G. (1997). Comparison of Preoperative Characteristics of Men and Women Undergoing Coronary Artery Bypass Grafting (The Pos Coronary Artery Bypass Graft (CABG) Biobehavioral Study). *American Journal of Cardiology*, 179, 1017-1024.

Direcção Geral de Saúde (2008). Electronic Reference formats recommended by the American Psychological Association. Consultado em 12 de Abril de 2008 através http://www.d.gsaude.min-saude.pt/phs/vol 1_311htm

Dixon T., Lim, L., Powwell, H., & Fisher J.D. (2000). Psychosocial experiences of cardiac patients in early recovery: a community-based study. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 1368-1375.

Donald, Anna (2008). Electronic Reference formats recommended by the American Psychological Association. Consultado em 12 de Abril de 2008 através <http://www.evidence-based-medicine.co.uk/ebmilless/whatisQol.pdf>

Edél-Gustafsson, U., Hetta, J., Arén, B. (1999). Sleep and quality of life assessment in patients undergoing coronary artery bypass grafting . *Journal of Advanced Nursing*, 29 (5), 1213-1220.

Emery, C.F., Frid, D.J., Engeberetson, O., Alonzo, A., Fish, A., & Ferketich, K. (2004). Gender differences in quality of life among cardiac patients. *Psychosomatic Medicine*, 166, 190-197.

Emslie, C. (2005). Women, men and coronary heart disease: a review of qualitative literature. *Journal of Advanced Nursing*, 51 (4), 382-395.

Evers, G. (2003). Comments on "The quality of life: design and evaluation of a self-assessment instrument for use with cancer patients". *International Journal Nursing Studies*, 40, 521-3.

Fallowfield, L. (1990). *The Quality of Life: The missing measurement in health psychology*. London: Souvenir Press

Farquhar, M. (1995). Definitions of quality of life: a taxonomy. *Journal of Advanced nursing*, 22, 502-508.

Ferreira, P. (2000). Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36, parte I - Adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 55-66.

Ferreira, P. (2000). Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 119-127.

Fleck, M.P.A., Leal, O., Louzada, S., Xavier M., Chachamovich E., Vieira, G., Santos, L., Pinzon, V. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(1) 19-28.

Fruitman, D., MacDougall, C., & Ross, D. (2000). Cardia Surgery in Octogenarians: Can elderly Patients Benefit? Quality of Life After Cardiac Surgery. *Annals of Thoracic Surgery*, 68, 2129-35.

Garcia-Riaño, D. (1991). Calidad de vida: aproximacion histórico conceptual. *Boletín de Psicología*, 30, 55-94.

Gill, T., & Freistein, A. (1994). A Critical Appraisal of the Quality of Quality of Life Measurements. *The Journal of the American Medical Association*, 272 (8), 619-626.

Gjeilo, K., Wahba, A., & Klepstad, P. (2006). Health Related Quality of life Three years after coronary surgery. A comparison with the general population. *Scandinavian Cardiovascular Journal*, 40, 29-36.

Goldmann, D., & Horowitz, D. (2001). Sistema Cardiovascular. In Goldmann, D., & Horowitz, D. *Enciclopedia Médica da Família* (pp 396-429). Porto: Civilização

Goyal, S., Henry, & M., Mohajeri (2005). Outcome and Quality of life After Cardiac Surgery in Octogenarians. *ANZ Journal Of Surgery*, 75, 429-435.

Harrison (2005). Psychological assesmente during cardiac rehabilitation. *Art & Science. Clinical, Research, Education*, 34, 33-36.

Herlitz, J., Wiklund, I., Caidahl, K., Karlson, B., Sjolund, H. Hartford, M., Haglid, M., & Karlsson, T. (1999). Determinants of an impaired Quality of Life five years after coronary bypass surgery. *Heart*, 81, 342-346.

Hunt, J., Hendrata, M., & Myles, P. (2000). Quality of Life 12 months after coronary artery bypass graft surgery. *Heart & Lung*, 129 (6), 401-411.

Hurny, C., Piasetssky, E. Bagin, R., & Holland, J. (1987). High social desirability in patients being treated for advanced colorectal or blader cancer: eventual impact on the assesmente of quality of life. *Journal of Psychosocial Oncology*, 5, 19-29.

Ibañez, E., & Andreu, Y. (1988). Calidad de Vida y psicologia Oncologica. *Anuario de Psicología*, 38, 9-21.

Kaplan, R. (1985). *Quality of Life Measurement. Measurement Strategies in Health Psychology*. Willey Interscience Publication. John Wiley & Sons: Singapore.

Karlsson, I., Berglin, E., Larsson, P. (2000). Sense of coherence: quality of life before and after coronary artery bypass surgery – a longitudinal study. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (6), 1383-1392.

Kiessling, A., & Henrikson, P.(2004). Perceived cognitive function is a major determinant of health related quality of life in a non-selected population of patients with coronary artery disease – a principal components analysis. *Quality of life Research*, 13, 1621-1631.

Khan, J., Magnetti, S., Davis, E., & Zhang, J.(2000). Late Outcomes of Open heart Surgery in Patients 70 Years or Older. *Annal of Thoracic Surgery*, 69, 165-70.

King, K. (2000). Gender and Short-Term Recovery from Cardiac Surgery. *Nursing Research*, 149 (1), 29-36.

Kinney, M., Burfitt, S., Stullanbarger, E., Rees, B., & Debolt M. (1996). Quality of Life in Cardiac Patient Research: A Meta-Analysis. *Nursing Research*, 45 (3), 173-180.

Kluthcovsky, A., & Takayanagui, A. (2007). Qualidade de Vida – Aspectos conceituais. *Revista Salus-Guarapuava-PR*, 1 (1), 13-5.

Koivula, M., Paunonem-Ilmonen, M., Tarkka, M., Tarkka, M., & Laippala, P. (2001). Fear and anxiety in patients awaiting coronary artery bypass grafting. *Heart and Lung*, 30, 302-311.

Koivula, M., Paunonem-Ilmonen, M., Tarkka, M.T., Tarkka, M., & Laippala, P. (2001). Social Support and its relation to fear and anxiety in patients awaiting coronary artery bypass grafting. *Journal of Clinical Nursing*, 11, 622-633.

Lamberg, L. (1996). Treating Depression in Medical Conditions May improve Quality of Life. *The Journal of the American Medical Association*, 11 (276), 857-858.

Lukkarién, H. (1998). Quality of Life in Coronary Artery Disease. *Nursing Research*, 47 (6), 337-343.

MacKay, J., & Mensah, G. (2004). Atlas of Heart Disease and Stroke. WHO, Geneve.

Matarazzo, J. (1982). Behavioral health's challenge to academic, scientific, and professional psychology. *American Psychologist*, 37, 1-14.

Mathiesen, L., Andersen, M., Veenstra, M., Wahl, A., Hanestad, R., & Fosse, E. (2007). Quality of Life can both influence and be an outcome of general health perceptions after heart surgery. *Health and Quality of Life Outcomes*. Retrieved April 26, 2008 from EBSCOHost Academic Search Elite from <http://www.hqlo.com/content/5/1/27>

McIntyre, T. (1994). Psicologia da saúde: unidade na diversidade. In T. McIntyre (Ed.), *Psicologia da Saúde – áreas de intervenção e perspectivas futuras* (17-32). Braga: APPORT.

McHorney, C., Ware, J., & Raczek, A. (1993). The Mos 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and the clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Medical Care*, 31 (3), 247-263.

Melo, E., Antunes, M., & Ferreira, P. (2000). Qualidade De vida em doentes submetidos a revascularização coronária. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 19 (9), 889-906.

Miguel, M. & Borges, L. (2002). Aspectos Psicológicos da Doença Crónica. *Boletim do Hospital Pulido Valente*, 3 (XV), 101-106.

Minayo, M., Hartz Z., & Buss, P (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciências da Saúde Coletiva*, 5 (1), 7-18.

Miralda, C., Cuixart, C., Solé, A., Caballero, J., Castelló, P., & Peláez, I. (2001). *Revista Espanhola de Cardiologia*, 54 (5), 607-616.

Oxlad, M, Stubberfield, J., Stuklis, R., Edwards, J., & Tracey, W. (2006). Psychological Risk Factors for Increased Post-Operative Length of Hospital Stay Following Coronary Artery Bypass Graft Surgery. *Journal of Behavioural Medicine*, 29 (2), 179-190.

Oxlad, M., & Wade, T. (2006). Application of a chronic illness model as a means of understanding pre-operative psychological adjustment in coronary artery bypass graft patients. *British Journal of Health Psychology, 11*, 401-419.

Pestana, M., & Gageiro, J. (2005). *Análise de dados para Ciências Sociais. A complementariedade do SPSS*. Lisboa: Sílabo

Plach, Napholz, & Kelberg (2003). Depression during early recovery from heart surgery among early middle-age, midlife, and elderly women. *Health Care for Women International, 24*, 327-339.

Pathy, J. (1999). Cardiac Surgery in elderly patients: benefits and resource priorities. *Hearth, 82*, 121-122.

Paúl, C. & Fonseca, A. M. (2001). *Psicossociologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.

Perski, A., Feleke, E., Anderson, G., Samad, B., Westerlund, H., Eriksson, C., & Rehnqvist, N. (1998). Emotional distress before coronary bypass grafting limits the benefits of surgery. *American Heart Journal, 136* (3), 510-517.

Perski, A., Osuchwki, K., Andersson, L., Sanden, A., Feleke, E., & Anderson, G. (1999). Intensive rehabilitation of emotionally distressed patients after coronary bypass grafting. *Journal of internal Medicine, 246*, 253-263.

Platch, K.; Heidrich, M. (2003). Relationship of social role quality to psychological well-being in women after heart surgery. *Research in Nursing & Health, 26*, 190-202.

Pocock, S., Henderson, R., Seed, P., Treasure, T., & Hampton, J. (1996). Quality of Life, Employment Status, and Anginal Symptoms After Coronary Angioplasty or Bypass Surgery- 3- Year Follow-up in the Randomized Intervention Treatment of Angina (RITA) Trial. *Circulation, 94*, 135-142.

Ribeiro, J.L.P. (1994). A importância da Qualidade de vida para a Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*, 2/3 (XII), 179-209. Lisboa: ISPA.

Ribeiro, J.L.P. (1997). A Promoção da Saúde e da qualidade de vida em pessoas com doenças crónicas. In Ribeiro, J.L.P. & Leal, I. (Eds). *Actas do 2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde. Lisboa: ISPA.

Ribeiro, J.L.P. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA.

Ribeiro, J.L.P. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.

Ribeiro, J.L.P. (2001). Qualidade de Vida e Doença Oncológica. In Dias M. & Durá, E. (coordenação) . *Territórios da Psicologia Oncológica* (pp. 75-98). Lisboa: Climepsi.

Ribeiro, J.L.P. (2004). Quality of life is a primary end-point in clinical settings. *Clinical Nutrition*, 23, 121-130.

Ribeiro, J.P.L. (2006). Relação entre a Psicologia Positiva e as suas Variáveis Protectoras e a Qualidade de Vida e Bem-Estar como Variáveis de Resultado. In Leal, I. (Org.).(pp 231-244). *Perspectivas em Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto

Ribeiro, J.L.P. (2007). *Introdução à Psicologia da Saúde* Lisboa (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.

Robert, M. (1998). *Fondements et étapes de la Recherche Scientifique en Psychologie*. Paris: Maloine.

Rosborough, D. (2006). Cardiac Surgery in Elderly Patients: Strategies to optimize Outcomes. *Critical Care Nurse*, 26, 24-36.

Rumsfeld, J., Whinney, S., McCarthy, J., Shroyer, A., Villa Nueva, C.; O' Brien, M., Henderson, W., Grover, F., Sethi, G., & Hammermeister, K. (1999). Health-Related Quality of Life as a Predictor of Mortality Following Coronary Artery Bypass Graft Surgery. *The Journal of the American Medical Association*, 281 (14), 298-1303.

Sader, M., Fracp, I., Miller, L., Caine D., McCredie, R., Corrr, M., Robertson, M., Watson, J., & Celermajer, D. (2002). Neuropsychological vand Psychiatric Outcomes Following Coronary Surgery or Angioplasty: A Comparative Study. *Heart, Lung and Circulation*, 11, 95-101.

Sarafino, E. (1990). Health P sychology: biopsychosocial i nteractions. New: Jo hn Wiley & Sons.

Saunders, C. (2000). Depression, Heart disease and Older People.

URL:<http://www.proquest.umi.com/24vol34>

Saur, C.Granger, B., & Muhlbaier, H. (2001). Depressive symptoms and outcome of coronary artery bypass grafting. *American Journal of Critical Care*, 10, 4-10.

Scharloo, M., Kaptein, A.A., Weinnam, J.A., Willems, L.N.A., & Rooijman, H.G.M. (2000). Physical and psychological correlates of functioning in patients with crhonic obstructive pulmonary disease. *Journal of Astthma*, 37 (1), 17-29.

Shapira, O., Kelleher, R., Zelingher, J., Whalen, D., Fitzgerald, C., Aldea, G., & Shemin, R. (1997). Prognosis and Quality of Life after Valve Surgery in Patients older than 75 years. *Chest*, 122(4), 885-94.

Simchen, E., Galay, N., Braun, D., Zitser-Gurevich, Y., Shabtai, E., & Naveh, I. (2001). Sociodemographic and Clinical Factors Associated With Low Quality of Life one Year After Coronary Bypass Operations: The Israeli Coronary Artery Bypass Study. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 121(5), 909-919.

Sjogren, J., & Thulin, L. (2004). Quality of life in the very elderly after cardiac surgery: A comparison of SF-36 between Long- Term Survivors and an age-matched population. *Gerontology*, *50*, 407-410.

Sjolund, H., Wiklund, I., Caidahl, K., Hartford, M., Karlsson, T., & Herlitz, J. (1999). Improvement in Quality of life differs between Women and men after coronary artery bypass surgery. *Journal of Internal Medicine*, *245*, 445-454.

Stoll, C., Schelling, G., Goetz, A., Kilger, E., Bayer, A., Kapfhammer, H., Rothenhäusler, H., Kreuser, E., Reichart, B., Klaus, P. (2000). Health-Related Quality of Life and Post-Traumatic Stress Disorder in Patients After Cardiac and Intensive Care Treatment. *The journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, *120* (3), 505-512.

Sundt, T., Bailey, M., Moon, M., Mendeloff, E., Huddleston, C., Pasque, M., Barner, H., Gay, W. (2000). Quality of Life After Aortic Valve Replacement at the Age of > 80 Years. *Circulation*, *102*(III): III-70-III-74.

Taillefer, M.C., Dupuis, G., Hardy, J.F., & LeMay, S. (2005). Quality of life before and after heart valve surgery is influenced by gender and type of valve. Quality of life before and after heart valve surgery is influenced by gender and type of valve. *Quality of Life Research*, *14*, 769-778.

Taylor, S. (1983). Adjustment to Treathening Events. A Theory for cognitive Adaptation. *American Psychologist*, *38*, 1161-1173.

Taylor, S. (1995). *Health Psychology*. Singapore: McgramHill Inc.

Taylor, S., & Armor, D. (1996). Positive Illusions and Coping with Adversity. *Journal of Personality*, *64*(4), 873-898.

Treasure, T. (1999). The measurement of health related quality of life. *Heart*, *181*, 331-332.

Tung, H., Wei, J., & Chang, C. (2007). Gender differences in Quality of Life for Post Coronary Artery Bypass Surgery Grafting Patients in Taiwan. *Journal of Nursing Research*, 115 (4), 275-284.

Ware, J., & Sherbourne, C. (1992). The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30 (6), 473-481.

WHOQOL (1995). Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41, 1403-1409.

WHOQOL (1998). Development and General psychometric properties. *Social Science & Medicine*, 46, 1569-1585.

Wilner, A., & Rodewald, G. (1990). *Impact of Cardiac Surgery on the Quality of life: Neurological and Psychological Aspect*. Londres: Plenum Press.

Wood-Dauphine, & Kuchler (1992). Quality of life as a Rehabilitation Outcomes: Are we missing de boat? *Canadian Journal of Rehabilitation*, 6(1), 3-12.

Vaccarino, V., Lin, Z.Q., Kasl, S.V., Mattera J.A., Roumain, S.A., & Abramson, J.L. (2003). Sex differences in health status after coronary artery bypass surgery. *Circulation*, 108, 2642-2647.

Veenhoven, Ruuth, (1996). Happy Life-Expectancy. A comprehensive measure of quality of life in nations. *Social Indicator Research*, 39, 1-58.

Veenhoven, Ruuth (2000). The Four Qualities of Life. *Journal of Happiness Studies*, 1, 1-39.

Yun, K., Sintek, C., Fletcher, A., Pfeffer, A., Kochamba, G., Mahrer, P., & Khonsari, S. (1999). *The Annals of Thoracic Surgery*, 68, 1314-1320.

ANEXOS I

Questionário Demográfico

Variáveis Clínicas

O objectivo deste questionário é avaliar o impacte da cirurgia na qualidade de vida do doente.

Quando responder tenha em atenção a sua própria experiência.

Não se esqueça de responder a todas as questões colocadas; lembre-se que não existem boas ou más respostas, é somente a sua opinião que nos interessa conhecer.

Os dados deste questionário são confidenciais.

Siga cuidadosamente as instruções que são fornecidas em cada folha.

NOME: _____

IDADE: _____ ESCOLARIDADE: _____

PROFISSÃO: _____ ESTADO CIVIL: _____

Morada : _____

Código Postal : _____

Nº. de Processo: _____

Características Clínicas Pré-Operatórias

Classificação Funcional CCS

Classe I

Classe II

Classe III

Classe IV

Comorbilidade (Diabetes, dislipidemia, hipertensão, doença arterial carotídea, doença arterial periférica, obesidade)

Sem comorbilidade

Uma doença

Duas ou mais doenças

Enfarte Prévio

Recente

Antigo

Não

História Familiar

Sim

Não

Extensão da Lesão Coronária

1 Vaso

2 Vasos

3 Vasos

Extensão da Lesão Coronária

Mais que 60%

Entre 40 e 59%

Entre 30 e 39%

Menos de 30%

Número de Factores de Risco (consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo, alimentação qualitativamente excessiva, sedentarismo, percepção de exposição ao stress, história familiar positiva, comorbilidade)

Menos de 4 factores

4 ou mais factores

Características Clínicas Peri Pós-Operatórias

Número de Bypass

Entre 1-3

4 ou mais

Número de CEC (circulação extracorpórea)

Menos de 30 m

Entre 30 e 60 m

Entre 60 e 90 m

Entre 90 e 120 m

Complicações Pós-Operatórias

Sem Alterações

Alterações do ritmo

Insuficiência renal aguda

Enfarte perioperatório

Mediastinite

Outros

Suporte inotrópico

Não

Menos de 12 h

Entre 12 e 24 h

24 h ou mais

Tempo de Internamento

8 dias ou menos

Mais de 8 dias

ANEXO II

Questionário de Qualidade de Vida SF-36

Apêndice - Adaptação portuguesa do MOS SF-36 (versão 1)

QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE (SF-36)

INSTRUÇÕES: As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

Para as perguntas 1 e 2, por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

1. Em geral, diria que a sua saúde é:				
Óptima	Muito boa	Boa	Razoável	Fraca
1	2	3	4	5

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual:				
Muito melhor	Com algumas melhoras	Aproximadamente igual	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?			
	<i>(Por favor assinale com um círculo um número em cada linha)</i>		
	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
a. Actividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes.	1	2	3
b. Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	1	2	3
c. Levantar ou pegar nas compras de mercearia	1	2	3
d. Subir vários lanços de escada	1	2	3
e. Subir um lanço de escadas	1	2	3
f. Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	1	2	3
g. Andar mais de 1 Km.	1	2	3
h. Andar vários quarteirões ou grupos de casas	1	2	3
i. Andar um quarteirão ou grupo de casas	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se sozinho/a	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

Por favor, em cada linha, ponha um círculo à volta do número 1 se a resposta for Sim e à volta do número 2 se a resposta for Não

	Sim	Não
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou em outras actividades	1	2
b. Fez menos do que queria?	1	2
c. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou em outras actividades	1	2
d. Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades diárias (por exemplo, foi preciso esforçar-se mais).	1	2

5. Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

Por favor, em cada linha, ponha um círculo à volta do número 1 se a resposta for Sim e à volta do número 2 se a resposta for Não

	Sim	Não
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou em outras actividades	1	2
b. Fez menos do que queria?	1	2
c. Não executou o trabalho ou outras actividades tão cuidadosamente como era costume	1	2

Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8, por favor ponha um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?

Nenhumas	Muito fracas	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito fortes
1	2	3	4	5	6

8. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas.

Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu.

Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Bastante tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Se sentiu cheio/a de vitalidade? ...	1	2	3	4	5	6
b. Se sentiu muito nervoso/a?	1	2	3	4	5	6
c. Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	1	2	3	4	5	6
d. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a? ...	1	2	3	4	5	6
e. Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f. Se sentiu triste e em baixo?	1	2	3	4	5	6
g. Se sentiu estafado/a?	1	2	3	4	5	6
h. Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5	6
i. Se sentiu cansado/a?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
1	2	3	4	5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações.

Ponha um círculo para cada linha.

	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
a. Parece que adoeço mais facilmente do que os outros	1	2	3	4	5
b. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	1	2	3	4	5
c. Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar.	1	2	3	4	5
d. A minha saúde é óptima	1	2	3	4	5