**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

CRISTIANE FRANCA LISBOA GOIS

**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE, DEPRESSÃO E SENSO DE
COERÊNCIA DE PACIENTES, ANTES E SEIS MESES APÓS
REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO**

RIBEIRÃO PRETO

2009

CRISTIANE FRANCA LISBOA GOIS

**Qualidade de vida relacionada à saúde, depressão e senso de coerência de
pacientes, antes e seis meses após revascularização do miocárdio**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Processo de cuidar do adulto e do idoso com doenças agudas e crônico-degenerativas.

Orientadora: Profa. Dra. Rosana Aparecida Spadoti Dantas

RIBEIRÃO PRETO

2009

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES TRABALHOS, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Gois, Cristiane Franca Lisboa

Qualidade de vida relacionada à saúde, depressão e senso de coerência de pacientes, antes e seis meses após revascularização do miocárdio / Cristiane Franca Lisboa Gois; orientadora: Rosana Aparecida Spadoti Dantas - Ribeirão Preto / 2009.

94f. : il.; 30 cm.

Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Linha de pesquisa: Processo de cuidar do adulto e do idoso com doenças agudas e crônico-degenerativas.

1. Qualidade de vida. 2. Depressão. 3. Cirurgia torácica.

FOLHA DE APROVAÇÃO

CRISTIANE FRANCA LISBOA GOIS

Qualidade de vida relacionada à saúde,
depressão e senso de coerência de
pacientes, antes e seis meses após
revascularização do miocárdio

Tese apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutor em
Enfermagem Fundamental.

Aprovada em: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof.Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Ao meu marido, José Prata Gois Júnior, por estar ao meu lado me incentivando e compartilhando ativamente das etapas de mais esta conquista.

Aos meus pais, pelo incentivo, amor e torcida.

AGRADECIMENTOS

Agradecimento muito especial à Profa. Rosana Aparecida Spadoti Dantas, orientadora, pelos ensinamentos, compreensão, auxílio e amizade que tanto contribuíram para o meu crescimento acadêmico e pessoal.

À Profa. Lídia Aparecida Rossi, pelo incentivo e carinho dispensado.

À Profa. Cláudia Benedita dos Santos, pela ajuda, sugestões, colaboração e participação.

Ao Prof. Vanderlei José Haas, pela ajuda, colaboração e disposição.

À Profa. Márcia Aparecida Ciol, pelas sugestões.

Ao Dr. Vamberto e Dr. André Schmidt, pela colaboração, viabilizando as coletas de dados dos pacientes.

À Cassandra Fernandes, pela compreensão, apoio e carinho.

Às amigas Maria Elena Echevarría-Guanilo, Idiane Rosseti e Carina Marosti, pela amizade.

À amiga Enilva Rosa, pela grande ajuda na conclusão desta pesquisa e pela amizade.

Aos meus irmãos Cesar e Fabio pelo carinho.

À minha avó Anita Franca *in memoriam*, pelo exemplo que sempre foi para mim de determinação e coragem.

À minha tia Ana, pelo incentivo e apoio constantes.

Aos participantes da pesquisa que permitiram a realização deste estudo.

RESUMO

GOIS, C. F. L. **Qualidade de vida relacionada à saúde, depressão e senso de coerência de pacientes, antes e seis meses após revascularização do miocárdio**. 2009. 94f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

A cirurgia de revascularização do miocárdio (CRVM) é um procedimento indicado para pacientes com *angina pectoris* não controlada com o tratamento clínico e para pacientes com elevado grau de obstrução das artérias principais. A cirurgia visa a melhorar a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) dos pacientes, aliviar os sintomas da angina e aumentar a sobrevida, sobretudo dos pacientes de maior risco. No contexto do paciente coronariopata, a depressão tem sido relacionada como um preditor de pior QVRS, enquanto o senso de coerência (SC) tem sido associado a melhor QVRS e menor depressão. **Objetivos:** Avaliar a QVRS, depressão e SC, antes e seis meses após a CRVM e investigar as associações entre essas variáveis. **Casuística e método:** Estudo observacional e prospectivo, realizado em um hospital-escola no interior do Estado de São Paulo, desenvolvido entre os meses de setembro de 2006 e abril de 2008. A amostra foi constituída por 54 pacientes que fizeram parte das duas avaliações. Foram utilizados três instrumentos de medida: para avaliação da QVRS, o *Medical Outcomes Study 36 - item Short-Form (SF-36)*, para a depressão, o Inventário de Depressão de Beck (IDB) e para o SC, o Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky de 29 itens (QSCA). Os dados foram coletados por meio de entrevistas. Posteriormente, foram sumarizados por meio de estatística descritiva e analisados pelo teste de correlação de Pearson e teste t. A análise de regressão hierárquica foi realizada para verificar as associações entre a depressão, seis meses após a cirurgia, o sexo, idade, depressão pré-operatória e SC, as quais se mostraram estatisticamente significantes nas análises bivariadas. O nível de significância adotado foi 0,05. **Resultados:** Os participantes eram, predominantemente, do sexo masculino, casados e com baixo nível de escolaridade. As médias obtidas, nos oito domínios do SF-36, foram maiores na segunda avaliação, quando comparadas ao pré-operatório, sendo as diferenças estatisticamente significantes. A medida de depressão foi maior antes do que após cirurgia ($p=0,01$) e não houve alteração na medida do SC ($p=0,51$). No pré-

operatório, as mulheres apresentaram menor avaliação da QVRS nos componentes do SF-36, exceto para Aspectos emocionais ($p=0,68$). A idade apresentou correlação moderada e positiva com o Estado geral de saúde ($r=0,342$, $p=0,01$) e com o SC ($r=0,314$, $p=0,02$), enquanto que moderada e negativa com a medida de depressão ($r=-0,307$, $p=0,02$). Após seis meses, os homens apresentaram melhor avaliação em todos os componentes do SF-36, sendo essa diferença estatisticamente significativa para Aspectos físicos ($p=0,04$), Dor ($p=0,02$), Estado geral de saúde ($p=0,01$) e Vitalidade ($p=0,04$). A idade demonstrou correlação positiva e forte com Estado geral de saúde ($r=0,570$, $p=0,00$) e moderada com Saúde mental ($r=0,388$, $p=0,00$). Para testar se a presença de depressão, seis meses após a cirurgia, associava-se com a depressão existente no pré-operatório, bem como com as variáveis sexo e idade, foi realizada regressão linear hierárquica cujo resultado mostrou que 49% da variância da medida de depressão, seis meses após a cirurgia, era explicada por essas variáveis. Com a inclusão da medida de SC no modelo constatou-se que essa variável explicou sozinha 18,7% da variância da medida de depressão, após o ajuste das demais variáveis. **Conclusão:** A QVRS melhora seis meses após a CRVM, assim como há diminuição da depressão, enquanto o SC não apresentou alteração, confirmando a estabilidade do constructo. Após o ajuste no modelo de regressão para as variáveis: sexo, idade e depressão no pré-operatório, o SC explica 18,7% da depressão pós-operatória, resultado importante em se tratando de uma variável psicossocial.

Palavras chave: Qualidade de vida. Depressão. Cirurgia torácica.

ABSTRACT

GOIS, C. F. L. **Patients' health-related quality of life, depression and sense of coherence before myocardial revascularization and six months after it.** 2009, 94f. Thesis (Doctorate) Nursing School of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

The myocardial revascularization surgery (MRS) is a recommended procedure for patients who suffer from *angina pectoris* which is not controlled under clinical treatment and for patients who have an elevated degree of obstruction of the main coronary arteries. The surgery aims at improving patients' health-related quality of life, alleviating the symptoms of the angina and increasing their survival period, particularly of those at greater risk. As to the coronaropathy in patients, depression has been related to a predictor for worse HRQL, whereas the sense of coherence (SC) has been associated with a better HRQL and lower depression. **Objectives:** To evaluate the HRQL, depression and SC before MRS and six months after it and to investigate the associations among these variables. **Casuistics and method:** A prospective and observational study, which was carried out at a hospital school in the countryside of the State of São Paulo and developed between September 2006 and April 2008. The sample was constituted of 54 patients who took part in the two evaluations. Three instruments of measurement were utilized: to evaluate HRQL, the *Medical Outcomes Study 36 - item Short-Form* (SF-36), towards depression, the Beck Depression Inventory (BDI) and regarding SC, the Questionnaire of Sense of Coherence by Antonovsky of 29 items (QSCA). The data were collected by means of interviews. Later, they were summarized through descriptive statistics and analysed by our using the test of correlation by Peterson and the t test. The analysis of hierarchical regression was carried out to verify the associations among the depression, six months after the surgery, sex, age, pre-operative depression and SC, which were shown to be statistically significant in the bivariate analyses. The adopted level of significance was 0,05. **Results:** The participants were predominantly male, married and had a low level of instruction. The averages obtained, in the eight domains of SF-36, were higher in the second evaluation when compared to the pre-operative period, being such differences statistically significant. The measurement of depression was higher before than after the surgery ($p=0,01$) and there was no

alteration in the measurement of SC ($p=0,51$). In the pre-operative period, women presented a lower evaluation of HRQL in the components of SF-36, except towards Emotional aspects ($p=0,68$). Age presented moderate and positive correlation towards the General state of health ($r=0,342$, $p=0,01$) and with the SC ($r=0,314$, $p=0,02$), whereas a moderate and negative one regarding the measurement of depression ($r= -0,307$, $p=0,02$). After six months, men showed a better evaluation in all the components of SF-36, being such a difference statistically significant towards Physical aspects ($p=0,04$), Pain ($p=0,02$), General state of health ($p=0,01$) and Vitality ($p=0,04$). Age demonstrated to have a strong and positive correlation with the General state of health ($r=0,570$, $p=0,00$) and a moderate one with Mental health ($r=0,388$, $p=0,00$). To test if the presence of depression, six months after the surgery, was associated with the existent pre-operative depression, as well as with the variables sex and age, hierarchical linear regression was carried out whose result revealed that 49% of the variance of the measurement of depression, six months after the surgery, was explained by such variables. With the inclusion of SC measurement in the model, it was stated that this variable explained 18,7% of the variance of the measurement of depression by itself, after the adjustment of the other variables. **Conclusion:** The HRQL improves after six months of the MRS, depression diminishes, whereas the SC did not show any alteration, confirming the stability of the construct. After the adjustment in the model of regression towards the variables: sex, age and depression in the pre-operative period, SC explains 18,7% of post-operative depression, an important result regarding it is a psychosocial variable.

Keywords: Quality of life. Depression. Thoracic Surgery.

RESUMEN

GOIS, C. F. L. **Calidad de vida relacionada con la salud, depresión y sentido de coherencia de pacientes antes y seis meses después de la revascularización miocárdica**. 2009. 94f. Tesis (Doctorado) – Facultad de Enfermería de Ribeirao Preto, Universidad de Sao Paulo, Ribeirao Preto, 2009.

La **Cirugía de revascularización del miocardio** (CRVM) es un procedimiento indicado para pacientes con *angina pectoris* no controlada con el tratamiento clínico y para pacientes con elevado grado de obstrucción de las arterias principales. La cirugía objetiva mejorar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes, aliviar los síntomas de angina y aumentar la sobrevida, especialmente de los pacientes de mayor riesgo. En el contexto del paciente con coronariopatía, la depresión ha sido vista como predictor de peor CVRS, en cuando el sentido de coherencia (SC) ha sido asociado a mejor CVRS y menor depresión. Objetivos: Evaluar la CVRS, depresión y SC, antes y seis meses después la CRVM e investigar las asociaciones entre esas variables. Casuística y método: Estudio observacional y prospectivo, realizado en un hospital universitario del interior del Estado de Sao Paulo, desarrollado entre los meses de septiembre de 2006 y abril de 2008. La muestra estuvo constituida por 54 pacientes que hicieron parte de las dos evaluaciones. Fueron utilizados tres instrumentos de medida: para evaluar CVRS, el *Medical Outcomes Study 36 - ítem Short-Form* (SF-36), para la depresión, el Inventario de Depresión de Beck (IDB) y para el SC, el Cuestionario de Sentido de Coherencia de Antonovsky de 29 ítems (CSCA). Los datos fueron recogidos por medio de entrevistas, posteriormente, fueron sumados por medio de estadística descriptiva y analizados por el Test de Correlación de Pearson y Test t. Fue realizado el análisis de regresión jerárquica para verificar las asociaciones entre depresión, seis meses después de la cirugía, sexo, edad, depresión preoperatoria y SC, mostrándose estadísticamente significativas en el análisis divariado. El nivel significativo adoptado fue 0,05. Resultados: Los participantes fueron predominantemente, del sexo masculino, casados y con bajo nivel de escolaridad. Las medias obtenidas, en los ocho dominios del SF-36, fueron mayores en la segunda evaluación, cuando comparadas con el preoperatorio, siendo las diferencias estadísticamente significativas. La medida de depresión fue mayor antes

de la cirugía ($p=0,01$) y no hubo alteración del SC ($p=0,51$). En el preoperatorio las mujeres presentaron menor evaluación de la CVRS en los componentes del SF-36, excepto para Aspectos Emocionales ($p=0,68$). La edad presentó correlación moderada y positiva con el Estado General de Salud ($r=0,342$, $p=0,01$) y el SC ($r=0,314$, $p=0,02$), siendo moderada y negativa con la medida de depresión ($r=-0,307$, $p=0,02$). Después de seis meses, los hombres presentaron mejor evaluación en todos los componentes del SF-36, siendo esa diferencia estadísticamente significativa para Aspectos Físicos ($p=0,04$), Dolor ($p=0,02$), Estado General de Salud ($p=0,01$) y Vitalidad ($p=0,04$). La edad demostró correlación positiva y fuerte con el Estado General de Salud ($r=0,570$, $p=0,00$) y moderada con Salud Mental ($r=0,388$, $p=0,00$). Para investigar si la presencia de depresión, seis meses después de la cirugía, se asoció con la depresión existente en el preoperatorio, bien como con las variables sexo y edad, fue realizada una regresión lineal jerárquica cuyo resultado mostró que 49% de la variancia de la medida de depresión, seis meses después de la cirugía, era explicada por esas variables. Con la inclusión de la medida de SC en el modelo se constató que esa variable explicó solamente 18,7% de la variancia de la medida de depresión, después del ajuste de las demás variables. Conclusión: La CVRS mejora seis meses después de la CRVM, así como hay disminución de la depresión, en cuanto el SC no presentó alteración, confirmando la estabilidad del constructo. Después del ajuste en el modelo de regresión para las variables: sexo, edad y depresión en el preoperatorio, el SC explicó 18,7% de la depresión en el postoperatorio, resultado importante tratándose de una ***variable psicosocial***.

Palabras-clave: Calidad de vida. Depresión. Cirugía Torácica.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização sociodemográfica dos 54 participantes. Ribeirão Preto, 2006-2008.....	27
Tabela 2	Caracterização clínica dos 54 participantes. Ribeirão Preto, 2006-2008.....	28
Tabela 3	Resultados dos testes de comparação entre os grupos (uso ou não de psicofármacos) e as medidas de QVRS, depressão e SC dos participantes, antes da cirurgia cardíaca. Ribeirão Preto, 2006 – 2008	29
Tabela 4	Caracterização dos 54 pacientes, segundo o procedimento cirúrgico da revascularização do miocárdio. Ribeirão Preto, 2006 – 2008.....	30
Tabela 5	Estatística descritiva, consistência interna e comparação entre os escores dos instrumentos SF-36, IDB e QSCA, na primeira e na segunda avaliação dos pacientes. Ribeirão Preto, 2006 – 2008	32
Tabela 6	Distribuição dos 54 pacientes segundo as categorias: sem depressão, depressão leve, depressão moderada e depressão grave considerando, as duas avaliações (antes e após a cirurgia). Ribeirão Preto, 2006 – 2008	33
Tabela 7	Coeficientes de correlação de Pearson entre as medidas de QVRS, depressão e SC, antes da cirurgia. Ribeirão Preto, 2006 – 2008.....	35
Tabela 8	Coeficientes de correlação de Pearson entre as medidas de QVRS, depressão e SC, após a cirurgia. Ribeirão Preto, 2006– 2008.....	35
Tabela 9	Coeficientes de correlação de Pearson entre a idade e as medidas de QVRS, depressão e SC, antes e seis meses após a CRVM. Ribeirão Preto, 2006 – 2008.....	37
Tabela 10	Resultados dos testes de associação entre o sexo e as medidas de QVRS, depressão e SC dos participantes, antes e após a cirurgia cardíaca. Ribeirão Preto, 2006 – 2008	39
Tabela 11	Modelo final da análise de regressão linear hierárquica usando a medida de depressão seis meses após a cirurgia, como variável resposta. Ribeirão Preto, 2006-2008	41

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

UPOCC - Unidade Pós-Operatória de Cirurgia Cardíaca

DAC - Doença Arterial Coronariana

CRVM - Cirurgia de Revascularização do Miocárdio

QV - Qualidade de vida

QVRS - Qualidade de vida relacionada à saúde

SC - Senso de coerência

DATASUS - Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde

WHO - *World Health Organization*

IAM - Infarto Agudo do Miocárdio

CDC - *Centers For Disease Control And Prevention*

CEC - Circulação extracorpórea

ACTP - Angioplastia Coronariana Transluminal Percutânea

OMS - Organização Mundial de Saúde

SF-36 - *Medical Outcomes Study Short-Form 36 item*

CO₂ - Gás Carbônico

IDB - Inventário de Depressão de Beck

QSCA - Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky

HCFMRP - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

USP – Universidade de São Paulo

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

USP – Universidade de São Paulo

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

IMC - Índice de massa corpórea

SPSS - *Software Statistical Package for Social Science*

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
1.1. MOTIVAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO.....	1
1.2. A DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS, FISIOPATOLÓGICOS E DO TRATAMENTO	2
1.3. QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE INDIVÍDUOS COM DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA	5
1.4. A RELAÇÃO ENTRE QVRS, DEPRESSÃO E SENSO DE COERÊNCIA EM INDIVÍDUOS CORONARIOPATAS.....	10
2. OBJETIVOS.....	17
2.1. OBJETIVO GERAL.....	17
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
3. CASUÍSTICA E MÉTODO	18
3.1. PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	18
3.2. LOCAL DO ESTUDO.....	18
3.3. POPULAÇÃO	19
3.4. COLETA DE DADOS.....	19
3.4.1. INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	20
3.4.1.1. INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA QVRS	21
3.4.1.2. DEPRESSÃO	22
3.4.1.3. INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DO SENSO DE COERÊNCIA	22
3.5. PRÉ-TESTE.....	23
3.6. PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	24
4. RESULTADOS.....	26
4.1. RESULTADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS	26
4.2. RESULTADOS DAS MEDIDAS DE QVRS, DEPRESSÃO E SC	30

4.3. RESULTADOS DOS TESTES DE ASSOCIAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS QVRS, DEPRESSÃO E SC	33
5. DISCUSSÃO	43
6. CONCLUSÃO	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	56
APÊNDICES	71
APÊNDICE A	71
APÊNDICE B	73
ANEXOS	76
ANEXO A.....	76
ANEXO B.....	77
ANEXO C.....	83
ANEXO D.....	87

1. INTRODUÇÃO

1.1. MOTIVAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO

A prática de enfermagem junto aos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca despertou-nos o interesse em aprofundar nossos conhecimentos sobre os aspectos relacionados à sua recuperação.

Em estudos anteriores, identificamos os possíveis fatores estressantes para o paciente durante a sua permanência na Unidade Pós-Operatória de Cirurgia Cardíaca (UPOCC) (GOIS; DANTAS, 2004), além de explorarmos sua percepção com relação ao período pós-operatório (GOIS, 2005). Esses estudos nos ofereceram subsídios ao planejamento de uma assistência à saúde dirigida ao paciente cardíaco cirúrgico, durante sua hospitalização. Contudo, o nosso conhecimento limitou-se à experiência do perioperatório vivido pelos pacientes. E o reflexo da cirurgia cardíaca mais em longo prazo?

Assim, desenvolvemos outro estudo no qual avaliamos a qualidade de vida global, entendida como a satisfação com diversos aspectos da vida do paciente portador de doença arterial coronariana (DAC) submetido à Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (CRVM) (DANTAS; GOIS; SILVA, 2005), por meio de delineamento descritivo do tipo corte transversal. Esse estudo nos permitiu avaliar a qualidade de vida (QV) de uma parcela desses pacientes, todavia, não nos possibilitou avaliar possíveis relações de causa e efeito entre as variáveis analisadas.

Para o paciente com DAC, a expectativa frente ao tratamento e seus resultados é grande. Nesse sentido a CRVM reflete-se como uma possibilidade de melhorar sua condição clínica. Porém, ao mesmo tempo, também revela o grau da doença, podendo se refletir como uma ameaça à vida, por ser um procedimento invasivo e pela incerteza do depois. As limitações decorrentes da capacidade física alterada, a possível ocorrência de transtorno mental ou mudanças no papel social podem influenciar a QVRS dos pacientes, antes e após a intervenção cirúrgica.

Após a CRVM, é esperado que o paciente vivencie uma realidade diferente, como resultado da sua capacidade cardíaca melhorada ou restaurada.

Contudo, o paciente é quem melhor pode avaliar o impacto das mudanças após a cirurgia. Nesse sentido, alguns pesquisadores têm desenvolvido estudos para avaliar a QVRS dos pacientes revascularizados em espaços de tempo variados, como meio de obter informações sobre o resultado do tratamento ou intervenção.

Assim, a fim de analisarmos a QVRS do indivíduo submetido à CRVM, desenvolvemos o presente estudo, a partir de um delineamento longitudinal, o qual nos possibilitou avaliar a associação da QVRS com variáveis que têm sido consideradas como suas preditoras: depressão e senso de coerência (SC).

1.2. A DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS, FISIOPATOLÓGICOS E DO TRATAMENTO

Dentre as doenças cardiovasculares, a DAC representa a causa mais comum de isquemia do músculo cardíaco (HOVNANIAN et al., 2003). Quatro milhões de pessoas morrem anualmente na Europa em consequência de doenças cardiovasculares, sendo a doença arterial isquêmica a causa mais comum de mortes na Finlândia (KATTAINEN; MERILANINEN; SINTONEN, 2006). Enquanto nos Estados Unidos estima-se que 80 milhões de pessoas adultas (uma em três pessoas) tenham uma ou mais doenças cardiovasculares, com 16 milhões e 800 mil diagnosticadas com DAC (FERGUSON et al., 2008).

No Brasil, entre os anos de 1995 e 1999, as doenças circulatórias foram responsáveis por, aproximadamente, 32% das mortes, com taxas de mortalidade em torno de 157 por 100 mil habitantes (MELLO-JORGE; GOTLIEB; LAURENTI, 2001). De acordo com dados disponibilizados pelo Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), no ano de 2004, as doenças cardiovasculares foram responsáveis por 285.543 óbitos, com 145.857 sendo registrados no Sudeste do Brasil (BRASIL, 2005), sendo a doença cardíaca isquêmica responsável pelo maior número de óbitos (8.212, 12,88%) por causas específicas no município de São Paulo em 2007 (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2007).

Por outro lado, apesar das elevadas taxas, a frequência de mortes por DAC tem diminuído na América do Norte e em muitos países da Europa Ocidental

como resultado dos avanços no diagnóstico e tratamento, dentre outros fatores (WORLD HEALTH ORGANIZATION- WHO, 2004).

A DAC é uma condição patológica das artérias coronarianas, decorrente do acúmulo anormal de placa de ateroma na parede endotelial das artérias coronárias, alterando sua estrutura e função, com estreitamento da luz do vaso e redução do fluxo sanguíneo para o miocárdio (ROSAMOND et al., 2007). Pode manifestar-se de diferentes formas, variando de uma angina do peito até o infarto agudo do miocárdio (IAM) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA- SBC, 2004).

A angina do peito (*angina pectoris*) é caracterizada por dor ou desconforto passageiro no tórax, mandíbula, região epigástrica, ombro, dorso, ou membros superiores. Esses sintomas estão relacionados ao esforço físico, estresse, ou espasmo arterial e diminuem com o repouso (ZORNOFF et al., 2005). A isquemia do miocárdio, evento fisiopatológico final da DAC, também pode manifestar-se de forma assintomática, sendo denominada de isquemia miocárdica silenciosa, causando a maior parte dos eventos isquêmicos totais (HOVNANIAN et al., 2003).

A DAC é uma doença que está relacionada a alguns fatores de risco. Dentre eles estão os que não podem ser modificados como idade, sexo, história familiar de DAC. Há, também, aqueles fatores passíveis de serem alterados como a hipertensão arterial, dislipidemia, sedentarismo e tabagismo (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – CDC, 2005).

Com relação à terapêutica, existem algumas alternativas como o tratamento medicamentoso, a Angioplastia Coronariana Transluminal Percutânea (ACTP) e a CRVM. A escolha pelo tratamento está vinculada ao grau de obstrução arterial e às condições das artérias coronarianas e do músculo cardíaco (FAVARATO, 2004).

A CRVM está indicada para pacientes com *angina pectoris* não controlada com o tratamento clínico, pacientes com elevado grau de obstrução de artérias principais, significando risco de vida (PÊGO-FERNANDES; GAIOTTO; GUIMARÃES-FERNANDES, 2008), bloqueio da artéria coronária principal esquerda de 50% ou mais, obstrução triarterial proximal cuja estenose seja maior que 50 % nas artérias coronárias principais, pacientes que apresentem doença em vários vasos e função do ventrículo esquerdo diminuída, angina instável e angina estável

crônica que interfira no estilo de vida e que não responda ao tratamento clínico ou técnicas intervencionistas (WOODS; FROELICHER; MOTZER, 2005).

A cirurgia visa a melhorar a qualidade de vida (QV) dos pacientes, aliviar os sintomas da angina, restabelecer a capacidade física, além de aumentar a sobrevida, sobretudo dos pacientes de maior alto risco (SOUZA; GOMES, 2008). Na CRVM, é realizada uma esternotomia mediana e o paciente é colocado em desvio cardiopulmonar (circulação extracorpórea - CEC). É inserido um enxerto venoso e/ou arterial distal à lesão da artéria coronária, desviando o sangue da artéria obstruída para um novo vaso (STOLF; JATENE, 1998).

A escolha do enxerto a ser utilizado, venoso ou arterial, está relacionada aos benefícios da cirurgia em longo prazo. Os enxertos mais utilizados são: arteriais (torácica interna esquerda (mamária), radial, gastroepiploica, ulnar, e epigástrica) e venosos, utilizando a veia safena magna (SBC, 2004). O enxerto realizado com a artéria torácica interna esquerda é o único que tem demonstrado excelentes resultados devido à manutenção da sua perviedade em longo prazo, sendo considerado “padrão-ouro” (SOUZA; GOMES, 2008). O enxerto radial também é considerado de qualidade, quando utilizado em casos selecionados (POSSATI et al., 2003). Os realizados com gastroepiploica direita e epigástrica inferior são utilizados em casos especiais devido aos seus resultados não serem satisfatórios em longo prazo (SOUZA; GOMES, 2008). O enxerto com a veia safena tem sido amplamente utilizado, todavia, sua falência e diminuição da perviedade são fatores que necessitam de atenção. A trombose é o elemento principal responsável pela oclusão precoce desse tipo de enxerto, ocorrente nas primeiras semanas do pós-operatório. A hiperplasia íntima é considerada a causa mais importante para a falência dos enxertos venosos em médio prazo (dois a 24 meses). A recidiva dos sintomas de isquemia é causada pela aterosclerose cujo desenvolvimento nos enxertos venosos é de cinco a dez anos (SOUZA; GOMES, 2008).

Em estudo realizado com pacientes coronariopatas submetidos à CRVM, utilizando apenas enxertos arteriais (mamária, gastroepiploica direita e epigástrica inferior), os pesquisadores concluíram que o uso exclusivo desses enxertos em pacientes com obstrução triarterial apresenta bons resultados em curto e médio prazos (LISBOA et al., 2004).

1.3. QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE INDIVÍDUOS COM DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA

Qualidade de vida relacionada à saúde (*health-related quality of life*) é um termo que tem sido utilizado muitas vezes como sinônimo de qualidade de vida (*quality of life*) ou estado de saúde (*perceived health status*).

Fleck (2008) analisou diversos conceitos mais amplos de saúde como, por exemplo, o proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que define saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade (OMS, 1946). Ele concluiu que as medidas de estado de saúde passaram a ter muitos pontos em comum com as medidas de QV. Entretanto, salientou que autores como Gill e Feinstein diferenciaram QV de estado de saúde, ao afirmarem que a QV ao invés de ser uma descrição do estado de saúde é, na verdade, o reflexo da maneira como o paciente percebe e reage ao seu estado de saúde e a outros aspectos não médicos da sua vida (GILL; FEINSTEIN, 1994).

A avaliação da QV, da QVRS ou do estado de saúde percebido de indivíduos com condições crônicas tem sido objeto de investigação na área da saúde, sendo considerada como importante indicador dos resultados terapêuticos em diferentes situações clínicas. Não apenas os aspectos relacionados à redução dos sintomas e prolongamento da vida estão sendo investigados, mas, também, a sobrevida do doente e como ela se apresenta para ele próprio e para a sociedade.

No contexto dos estudos clínicos, as investigações estão centradas na evolução dos aspectos que são afetados pela doença em si e /ou pelo seu tratamento. Esses aspectos devem incluir tanto os benefícios como os prejuízos da terapêutica adotada, tais como os efeitos colaterais e a toxicidade das drogas. Muitas vezes o tratamento indicado não representa a cura da doença, mas o alívio dos sintomas ou o aumento da sobrevida (FAYERS; MACHIN, 2007).

Em se tratando de DAC que é uma doença que tem um potencial de comprometer o indivíduo, não só no aspecto físico, como também no mental, essa avaliação torna-se de extrema importância. Mensurar os resultados apresentados pelos pacientes submetidos à CRVM é essencial para avaliação de sua eficácia terapêutica (BARNASON et al., 2000), uma vez que o procedimento pode afetar a

vida dos indivíduos, comprometendo sua capacidade psicológica, social, intelectual e a realização de atividades físicas (ELLIOTT; LAZARUS; LEEDER, 2006). Sabe-se que um precário estado funcional pré-operatório pode permanecer ou deteriorar após a cirurgia (MCCARTHY et al., 1995), todavia, para a maioria dos casos há melhora após um período de recuperação (BARNASON et al., 2000; FAVARATO et al., 2007; GJEILO et al., 2008; HAWKES; MORTENSEN, 2006; KIEBZARK et al., 2002; ROSS; OSTROW, 2001; VACCARINO et al., 2003a).

A CRVM, como forma de tratamento, não é uma intervenção curativa e deve ser acompanhada por outras medidas terapêuticas como medicamentos e mudanças no estilo de vida, visando ao controle da progressão da doença coronariana. Para avaliar a influência da CRVM sobre diferentes aspectos da QVRS, sugere-se que as medidas de avaliação devam ser aplicadas antes da cirurgia e em diferentes períodos após o procedimento (RACZYNSKI; OBERMAN, 1990). Resultados após a CRVM têm tradicionalmente sido avaliados com base em taxas de mortalidade e morbidade (KURKI et al., 2002; SHROYER et al., 2003). Esses são importantes resultados adversos mensuráveis objetivamente, todavia tais medidas sozinhas não são completas (MYLES; VIIRA; HUNT, 2006) e, por isso, tem sido enfocada a importância de avaliações mais subjetivas, como a de QVRS. No que se refere a essa avaliação, a literatura nos mostra que, na década de 1980, a sua investigação estava, principalmente, vinculada à avaliação da capacidade física em conexão com a produção no trabalho e aspectos concernentes à patologia em si (BOWLING, 2001).

Um dos meios de avaliação do estado de saúde percebido ou da QVRS é o uso de escalas ou questionários. O *Medical Outcomes Study 36 - item Short-Form* (SF-36) (WARE; SHERBOURNE, 1992) é um instrumento que foi planejado para prover avaliação geral de estado de saúde sem ser específico para uso em determinada idade, doença ou grupo de tratamento. Foi traduzido e validado para o português (CICONELLI et al., 1999) e, desde então, tem sido usado em diversas amostras da população brasileira (DANTAS; CIOL, 2008; DANTAS; SAWADA; MALERBO, 2003; GALLANI et al., 2003, GONÇALVES et al., 2006, FAVARATO et al., 2006, FAVARATO et al., 2007). Embora o SF-36 tenha sido desenvolvido para a avaliação do estado de saúde, autores o utilizam enquanto medida de avaliação de qualidade de vida (**QV**) (FALCOZ et al., 2003; FALCOZ et al., 2006; FAVARATO et al., 2006; FAVARATO et al., 2007; GONÇALVES et al., 2006; HAWKES;

MORTENSEN, 2006; HUNT; HENDRATA; MYLES, 2000; IMMER et al., 2003; KRITTAYAPHONG et al, 2000; MYLES; VIIRA; HUNT, 2006; PUSKAS et al., 2004; ROSS; OSTROW, 2001), ou da qualidade de vida relacionada à saúde (**QVRS**) (BALDASSARRE et al., 2002; BARRY et al., 2006; ELLIOTT; LAZARUS; LEEDER, 2006; GJEILO et al., 2008; JENSEN et al., 2006; KIEBZARK et al., 2002; MOTALLEBZADEH et al., 2006; RUMSFELD et al., 2001), ou mesmo **estado de saúde** (LINDSAY et al., 2000, VACCARINO et al., 2003a; VACCARINO et al., 2003b). O SF-36 foi considerado como um instrumento válido para avaliação de pacientes com DAC em estudos internacionais (FAILDE; RAMOS, 2000; KIEBZARK et al., 2002; KRITTAYAPHONG et al., 2000) e nacionais (DANTAS; CIOL, 2008; FAVARATO et al., 2006; FAVARATO et al., 2007; GALLANI et al., 2003).

Trata-se de um questionário genérico para avaliação de saúde de fácil administração e entendimento. Tem como características prover avaliação geral do estado de saúde, com ênfase nas funções física, mental e social. Pode ser administrado por entrevista (pessoal, por telefone), autoadministrável, via computador, com tempo de preenchimento em torno de dez minutos, e pode ser usado para indivíduos acima de 14 anos, sendo considerado um instrumento válido, tanto nacionalmente (CINONELLI et al., 1999) como internacionalmente (AARONSON et al., 1998; FAILDE e RAMOS, 2000). Quanto à confiabilidade, tem apresentado uma boa consistência interna, com alfa de Cronbach entre 0,72 e 0,96 em alguns estudos desenvolvidos com populações de pacientes tanto não cardíacos (ALONSO et al., 1999) quanto cardíacos (FAILDE; RAMOS, 2000).

No estudo de Barnason et al. (2000), foram avaliados 47 pacientes antes da cirurgia e três, seis e doze meses após a CRVM. No pré-operatório, sete dos oito domínios do SF-36 apresentaram valores médios mais baixos que os das avaliações subsequentes, sendo que Aspectos físicos (M=28,80), Vitalidade (M=39,11) e Dor (M=59,30) foram os mais comprometidos. Após seis meses, houve aumento estatisticamente significativo em todos os domínios, com destaque para os componentes Aspectos emocionais (M=97,77) e Aspectos sociais (M=93,88). Entretanto, não houve diferença estatisticamente significativa nas avaliações dos oito componentes, aos seis e doze meses após a cirurgia.

Em um estudo realizado no Brasil com uma população de pacientes cardíacos submetida a três diferentes tratamentos (ACTP, CRVM ou tratamento clínico), com idade média de 58,5 anos para homens e 61,8 anos para mulheres, os

domínios do SF-36 mais comprometidos, no pré-operatório de CRVM foram: Aspectos físicos ($M^1=18$), Capacidade funcional ($M=46$) e Aspectos emocionais ($M=49$), enquanto seis e doze meses após a cirurgia houve melhora na QVRS dos pacientes em todos os domínios, com destaque para Aspectos sociais (médias de 79 e 82, respectivamente) (FAVARATO et al., 2007).

Em outro estudo brasileiro, foram avaliados 124 indivíduos submetidos à CRVM com tempo médio de dois anos e seis meses. Os autores obtiveram valores para os domínios do SF-36 que variaram, em média, entre 62,5 e 77,2, com os domínios Dor ($M=62,5$) e Saúde mental ($M=62,7$) sendo os mais afetados (DANTAS; CIOL, 2008). Tais resultados foram melhores que os obtidos em outro estudo brasileiro realizado com indivíduos coronariopatas em tratamento clínico (GALLAN et al., 2003). No entanto, os pacientes revascularizados, avaliados por Favarato et al. (2007), doze meses após a cirurgia, apresentaram melhor avaliação da QVRS (melhores valores nos domínios do SF-36) do que aqueles analisados por Dantas e Ciol (2008), com um tempo médio de dois anos e seis meses de cirurgia, exceto nos domínios Aspectos físicos e Aspectos emocionais.

Cabe ressaltar que a maioria dos estudos brasileiros tem sido realizada com pacientes de baixo nível socioeconômico e sem outros recursos para seu atendimento de saúde, além daqueles oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (DANTAS; CIOL, 2008; FAVARATO et al., 2007; GALLANI et al., 2003). A relação entre condições crônicas, como a DAC e baixo nível socioeconômico tem sido considerada na determinação de uma reabilitação precária para os pacientes (OMS, 2003).

Elliott; Lazarus; Leeder (2006) observaram que pacientes submetidos à cirurgia cardíaca (sendo 75% CRVM) demonstraram, após seis meses da cirurgia, aumento significativo em seis dos oito domínios do SF-36, exceto nos domínios Saúde mental e Aspectos sociais, os quais demonstraram deterioração. Para os autores, uma possível explicação para esses achados é que os pacientes tinham uma expectativa maior sobre os resultados da cirurgia e da recuperação após o tratamento.

Um amplo estudo multicêntrico realizado nos Estados Unidos com 1.744 indivíduos, antes e após seis meses da CRVM, identificou melhora na QVRS no pós-

¹ M= Média.

operatório destacando que o estado de saúde pré-operatório foi o maior determinante de mudança, independente da presença de angina ou de outra característica clínica. Indivíduos, com valor menor do que 44 na medida sumária mental e menor do que 38 na medida sumária física, apresentaram uma melhora na QVRS. Por outro lado, aqueles com maiores escores no pré-operatório apresentaram discreta ou nenhuma melhora (RUMSFELD et al., 2001).

No estudo de Kiebzak et al. (2002), os autores aplicaram o instrumento, antes e doze meses após a CRVM. Antes da cirurgia, com exceção da Saúde mental, todos os valores médios dos domínios do SF-36 apresentaram-se baixos, comparados com os resultados obtidos entre pacientes com hipertensão e insuficiência cardíaca congestiva. Após doze meses, os pacientes apresentaram aumento dos valores em seis dos oito domínios, não detectando melhora na avaliação dos domínios Estado geral de saúde e Aspectos emocionais. Eles concluíram que o SF-36 pode ser usado efetivamente para mensurar alterações na QVRS entre indivíduos submetidos à CRVM, sendo um instrumento sensível para detectar mudanças (KIEBZAK et al., 2002).

Alguns autores têm explorado as relações entre as variáveis que podem influenciar a determinação da QVRS dos pacientes submetidos à CRVM, aplicando o SF-36 como instrumento de medida. Dentre as variáveis temos: o sexo (FAVARATO et al., 2007; GJEILO et al., 2008; NAJAFI et al., 2008; VACCARINO et al., 2003a,b); a idade (BALDASSARRE et al., 2002, NAJAFI et al., 2008), escolaridade (NAJAFI et al., 2008) e comorbidades como diabetes (NAJAFI et al., 2008; SAHAKYAN et al., 2006).

Além das variáveis já citadas temos que a CEC, durante a CRVM, pode comprometer o sistema neurológico e afetar, por conseguinte, o estado de saúde. A CEC consiste em desviar o sangue, total ou parcialmente, para um aparelho que irá oxigenar o sangue e retirar o CO₂ e, em seguida, o sangue irá retornar para o sistema arterial do paciente. A CEC permite um campo cirúrgico “limpo” desprovido de sangue e, ao mesmo tempo, mantém a perfusão tecidual e dos órgãos. Todavia, com a CEC podem ocorrer: hemólise, aumento da permeabilidade da membrana capilar, desvios hidroeletrolíticos, hipóxia ou anóxia, formação de trombos ou êmbolos, dissecação cardíaca e vascular, elevação das catecolaminas e do hormônio antidiurético e resposta inflamatória sistêmica que poderão trazer complicações ao paciente (FORTUNA, 2002).

Fortuna (2002) faz considerações dizendo que, no período perioperatório, pode haver comprometimento cerebral, o qual pode ser restrito ou difuso. Acrescenta que pacientes acima de 50 anos ou que tenham lesões vasculares cerebrais anteriormente são os que mais apresentam essa complicação, principalmente quando o tempo de CEC for longo e superior a duas horas.

De acordo com a literatura, não há consenso sobre o comprometimento da QVRS do paciente, quando avaliamos a CRVM com e sem CEC. Estudos prospectivos desenvolvidos com grupos de pacientes que foram submetidos à CRVM, com e sem CEC, não revelaram diferenças na QVRS entre os grupos (JÄRVINEN et al., 2004; MOTALLEBZADEH et al., 2006; PUSKAS et al., 2004). Enquanto outros autores sugerem que o estado de saúde em médio prazo é superior entre pacientes submetidos à CRVM sem CEC, sendo os domínios Aspectos emocionais e Aspectos físicos mais comprometidos entre os indivíduos do grupo com CEC (IMMER et al., 2003). Tal observação pode ser explicada por alguns fatores relacionados ao dano cerebral causado pela CEC, como embolia cerebral (WATTERS et al., 2000), edema cerebral e resposta inflamatória (ASCIONE et al. 2000).

A maioria dos estudos utilizou o SF-36 como medidas sumárias: saúde física e saúde mental. Dentre os estudos pesquisados, os que utilizaram o SF-36, antes e também seis meses após a CRVM, analisando cada um dos oito domínios separadamente, foram aqueles desenvolvidos por Barnason et al. (2000), Elliott; Lazarus; Leeder (2006), Favarato et al. (2007), Gjeilo et al. (2008) e Hawkes; Mortensen (2006).

1.4. A RELAÇÃO ENTRE QVRS, DEPRESSÃO E SENSO DE COERÊNCIA EM INDIVÍDUOS CORONARIOPATAS

No contexto da reabilitação do paciente coronariopata submetido à cirurgia cardíaca, a depressão vem sendo avaliada como um fator preditor, sendo os sintomas depressivos no pré-operatório associados com pior QV, após a intervenção cirúrgica (GOYAL et al., 2005).

Sintomas de depressão também são comuns após a ocorrência do IAM e estão associados com aumento no risco de hospitalização para cateterismo cardíaco, ACTP, bem como re-hospitalização devido às complicações cardíacas (LAUZON et al., 2003). Em um estudo realizado com 210 pacientes coronariopatas (67 com infarto do miocárdio, 75 submetidos a ACTP e 68 pós-CRVM), os autores observaram significativa relação entre depressão e re-hospitalização (LEVINE et al., 1996). A depressão foi considerada como um importante fator de risco independente para re-hospitalizações após infarto do miocárdio (LAUZON et al., 2003) e para eventos cardíacos após a CRVM (CONNERNEY et al., 2001).

Oliveira, Sharovsky e Ismael (1995) associaram aspectos emocionais do paciente coronariano com a doença cardíaca e referem que distúrbios psicológicos e sociais estão interligados. Para esses autores, os fatores internos e externos desencadeadores de estresse emocional funcionam como elementos determinantes para a doença coronariana, e as crises emocionais e os conflitos internos podem preceder a doença.

Depressão e estado de saúde são variáveis psicológicas distintas, com a depressão representando a mais importante influência indireta no curso do estado de saúde em indivíduos com DAC (HOFER et al., 2005). Os pacientes depressivos no pré-operatório de cirurgia cardíaca também são aqueles mais depressivos após a cirurgia (MCKHANN et al., 1997; SELNES et al., 1999; TIMBERLAKE et al., 1997). O aumento dos sintomas depressivos no pós-operatório está associado com pior QVRS seis meses após a intervenção cirúrgica (GOYAL et al., 2005).

Dentre os instrumentos disponíveis para avaliar a depressão, dispomos do Inventário de Depressão de Beck (IDB) (*Beck Depression Inventory*) (BECK et al., 1961), traduzido e validado para o português por Gorenstein e Andrade (1998), o qual tem sido utilizado em estudos com pacientes cardiopatas em associação com outros instrumentos. Seus itens referem-se ao estado de tristeza, negativismo, fracasso, insatisfação, sentimento de culpa, sensação de punição, depreciação de si mesmo, ideias suicidas, crises de choro, impaciência, retração social, falta de autoconfiança, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, insônia, fadiga, inapetência, emagrecimento, preocupação somática, diminuição da libido (GORESTEIN; ANDRADE, 1998). O IDB é um instrumento válido (GORENSTEIN; ANDRADE, 1996; GORENSTEIN; POMPEIA; ANDRADE, 1995) e, quanto à confiabilidade, vem demonstrando uma boa consistência interna com alfa de

Cronbach 0,81 para uma amostra total da população não clínica (GORENSTEIN; POMPÉIA; ANDRADE, 1995) e de 0,88 para uma amostra de pacientes deprimidos (GORENSTEIN; ANDRADE, 1996).

A relação entre QVRS, saúde mental e capacidade de enfrentamento ao estresse entre os pacientes submetidos à CRVM tem sido objeto de vários estudos (DANTAS; CIOL, 2008; DANTAS; CIOL; MOTZER, 2005; DANTAS; MOTZER; CIOL, 2002; KARLSSON et al., 2002; KATTAINEN; MERILANINEN; SINTONEN, 2006).

A avaliação das estratégias de enfrentamento (*coping*) entre pacientes cardíacos tem sido feita como forma de prever a reabilitação dos indivíduos no que se refere à adesão ao tratamento, mudanças de comportamento e QV. O constructo de senso de coerência (SC) tem sido fortemente associado à capacidade de os indivíduos lidarem satisfatoriamente com os eventos estressantes (ANTONOVSKY, 1987).

O constructo Senso de Coerência foi criado e definido por Antonovsky (1987; 1993) como sendo a capacidade de uma pessoa confiar que, em sua existência, os estímulos provenientes dos ambientes interno e externo são estruturados, previsíveis e explicáveis (componente compreensão/ *comprehensibility*), os recursos estão disponíveis para que ele possa satisfazer as demandas impostas por estes estímulos (componente manejo/ *manageability*), e essas demandas são mudanças, merecedoras de investimentos e engajamento (componente significado/ *meaningfulness*) (ANTONOVSKY, 1987).

Segundo alguns pesquisadores, avaliar qual é o SC do indivíduo que está sob os nossos cuidados possibilita uma melhor compreensão de como ele reagirá à doença e ao tratamento dela, ampliando suas estratégias de favorecimento ao *coping* (DANTAS; CIOL; MOTZER, 2005; ENGLAND; ARTINIAN, 1996; McSHERRY; HOLM, 1994; MOTZER; STEWART, 1996). Por exemplo, na área das doenças cardiovasculares, um forte SC em pacientes cardíacos, durante a reabilitação da doença ou do tratamento cirúrgico, poderia se manifestar em um sentimento dinâmico de confiança em sua habilidade para ordenar as variações advindas com a instabilidade da trajetória da doença crônica; adaptar-se à sua nova condição, física e psicológica; ter motivação necessária para retornar à sua vida, na medida do que for possível, e de minimizar o impacto da doença cardíaca sobre sua família; engajar-se em atividades que sejam significantes para a sua nova condição

de portador de doença crônica (DANTAS; CIOL; MOTZER, 2005; DANTAS; MOTZER; CIOL, 2002; MOTZER; STEWART, 1996).

Indivíduos cardiopatas podem participar de programas de reabilitação, a fim de entender melhor a doença e os meios de enfrentar a situação de forma saudável, por meio de mudança de comportamento, de estilo de vida e de enfoque pessoal. Os programas de reabilitação podem favorecer o desenvolvimento de situações que levam o indivíduo a utilizar os recursos disponíveis, contribuindo, assim, para o enfrentamento da doença e de suas consequências. O aconselhamento pessoal ao indivíduo cardíaco, realizado por profissionais de saúde ou mesmo a sua participação em grupos de apoio, poderia contribuir positivamente para equilibrar as emoções e proporcionar condições para que o indivíduo mantenha seu SC como antes de ocorrer a doença ou ser submetido à cirurgia (DANTAS; CIOL; MOTZER, 2005; DANTAS; MOTZER; CIOL, 2002; MOTZER; STEWART, 1996).

Motzer e Stewart (1996) constataram que a presença de forte SC estava relacionada à melhor QV de indivíduos cardiopatas que sobreviveram a uma parada cardíaca. Kamwendo, Hansson e Hjerpe (1998) estudaram as relações entre SC, adesão e conhecimento na reabilitação cardíaca. Kristoferzon, Lofmmark e Carlsson (2005) avaliaram possíveis diferenças na reabilitação cardíaca após infarto do miocárdio em diferentes períodos da reabilitação, segundo as variáveis SC, apoio social, QV e o sexo dos pacientes. Eles concluíram que otimismo, autoconfiança e SC eram recursos pessoais frequentemente usados, ao longo do primeiro ano após o infarto, e que esses fatores estavam relacionados a um resultado positivo em longo prazo, independente do sexo dos pacientes.

Em outro estudo foi avaliado o SC e sua relação com as variáveis idade, sexo, etnia, educação e tempo de doença, enfocando a doença cardíaca e o câncer. A idade e tempo de doença foram preditores de SC, o qual não variou de acordo com o sexo, etnia ou educação. O SC também não teve relação com o tipo de doença, funcionando como uma variável independente do seu diagnóstico (BRUSCIA et al., 2008). O valor médio para SC total entre os pacientes cardíacos (136,5), encontrado por Bruscia et al. (2008) foi inferior ao apresentado por Dantas, Motzer e Ciol (2002), em estudo realizado com pacientes submetidos à CRVM (146,4). Segundo Bruscia et al. (2008), uma possível explicação para essa diferença

entre a medida SC, nos dois grupos estudados, seria as distintas características dos sujeitos, especialmente as demográficas.

Karlsson et al. (2002) investigaram a relação entre dor no peito após a CRVM, QV e SC. Os autores observaram que a dor esteve relacionada com baixo SC e QV. O SC funcionou como fator moderador. Pacientes com dor no peito e elevado SC reportaram melhor QV, quando comparados com os pacientes de baixo SC.

A avaliação do SC é realizada pelo instrumento proposto por Antonovsky (1987). Trata-se de um questionário de 29 itens (QSCA) que abrangem os domínios: compreensão, manuseio e significado. Em 26 estudos que usaram o instrumento, a medida de consistência interna, alfa de Cronbach, variou de 0,82 a 0,95, indicando confiabilidade da escala (ANTONOVSKY, 1993). O instrumento foi adaptado e validado para pacientes cardíacos brasileiros por Dantas (2007). A autora avaliou a consistência interna e validade de constructo (teste de hipóteses). Foi avaliada uma amostra de 203 pacientes internados com diagnósticos de cardiopatias. O alfa de Cronbach obtido foi de 0,79, o que indica um bom resultado psicométrico. Para analisar a validade de constructo, foi testada a correlação entre as medidas de SC, depressão e autoestima. Os resultados obtidos confirmaram a validade de constructo convergente, com correlações fortes e estatisticamente significantes entre as medidas de SC e autoestima ($r=0,60$) e SOC e depressão ($r=-0,61$) (DANTAS, 2007).

Desde a sua publicação na década de 1980 (Antonovsky, 1987), vários pesquisadores têm encontrado uma forte associação entre a medida de QSCA e as medidas de indicadores de saúde mental, tais como ansiedade (KAISER et al., 1996; KLANG; BJORVELL; CLYNE, 1996) e depressão (BUCHI et al., 1998; KIVIMAKI et al., 2002; KLANG; BJORVELL; CRONQVIST, 1996; PALLANT; LAE, 2002; PETRIE; BROOK, 1992; SCHNYDER et al., 2000). Forte associação entre as medidas de depressão e ansiedade com os valores de SC sugere que esse constructo poderia ser uma medida do outro lado do estresse psicológico (DANTAS, 2007).

Diante dos estudos revisados, podemos considerar que a DAC é uma doença multifatorial que interfere na saúde do indivíduo em várias dimensões, e a CRVM é um procedimento invasivo que visa a oferecer uma melhor QVRS. No entanto, o tratamento cirúrgico não é um determinante único da QVRS, uma vez que fatores físicos e psicológicos podem estar envolvidos. Avaliações mais tradicionais

têm constatado os resultados da cirurgia a partir de indicadores mais objetivos, todavia, esses indicadores não são capazes de refletir a percepção do paciente sobre sua saúde e as implicações da CRVM em suas vidas.

Além disso, observamos que são poucos os estudos nacionais que avaliaram a QVRS entre pacientes submetidos à CRVM (DANTAS; CIOL, 2008; FAVARATO et al., 2007), e, dentre esses, nenhum avaliou a QVRS em associação com a depressão e o SC. Sendo assim, este estudo teve como foco a avaliação dessas variáveis e suas relações em uma amostra de pacientes coronariopatas internados para cirurgia CRVM e seis meses após o tratamento.

A presente investigação visou a responder às seguintes questões:

1. Como a QVRS se apresenta ao longo do tratamento cirúrgico da DAC?
2. Quais os componentes da QVRS que estão mais comprometidos, antes e seis meses após a CRVM?
3. Nestes períodos os pacientes apresentaram depressão?
4. Há alteração na medida do SC dos pacientes, antes e depois da cirurgia?
5. O SC é um fator que contribuirá para explicar a variância na medida de QVRS dos pacientes, seis meses após a cirurgia?
6. O SC é um fator que contribuirá para explicar a variância na medida de depressão dos pacientes, seis meses após a cirurgia?

Diante da literatura consultada e da nossa vivência profissional, estabelecemos as seguintes hipóteses a serem testadas no presente estudo:

Hipótese 1: Após a cirurgia cardíaca, os pacientes apresentarão melhor avaliação da QVRS em relação à primeira avaliação, antes do tratamento cirúrgico.

Hipótese 2: Após a cirurgia cardíaca, os pacientes apresentarão menor prevalência de depressão quando comparados com o período pré-operatório.

Hipótese 3: Após a cirurgia cardíaca, os pacientes apresentarão a mesma avaliação do SC observada na primeira avaliação, antes do tratamento cirúrgico.

Hipótese 4: As medidas de SC e QVRS apresentarão correlações positivas/diretas e de moderada a forte magnitudes, tanto antes quanto após a cirurgia.

Hipótese 5: As medidas de SC e depressão apresentarão correlações inversas e de forte magnitude, tanto antes quanto após a cirurgia.

Hipótese 6: As medidas de QVRS e de depressão apresentarão correlações negativas e de moderada a forte magnitudes, tanto antes quanto após a cirurgia.

Hipótese 7: Após o ajuste das demais variáveis no modelo, a inclusão da medida de SC explicará variância significativa na medida de QVRS, após a cirurgia cardíaca.

Hipótese 8: Após o ajuste das demais variáveis no modelo, a inclusão da medida de SC explicará variância significativa na medida de depressão, após a cirurgia cardíaca.

2. OBJETIVOS

2.1.OBJETIVO GERAL

2.1.1. Avaliar QVRS, depressão e SC em pacientes, antes e seis meses após a CRVM.

2.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.2.1. Comparar as medidas de QVRS, de depressão e SC em pacientes, antes e após o tratamento cirúrgico da DAC;

2.2.2. Investigar as relações entre QVRS, depressão e SC entre pacientes, antes e após o tratamento cirúrgico da DAC;

2.2.3. Investigar as relações entre QVRS, depressão e SC entre pacientes, antes e após o tratamento cirúrgico da DAC, com as variáveis sexo, idade, escolaridade e estado civil dos participantes;

2.2.4. Testar se a adição do construto SC explica a variação adicional na medida de QVRS depois do tratamento cirúrgico, após o ajuste para as demais variáveis;

2.2.5. Testar se a adição do construto SC explica a variação adicional na medida de depressão depois do tratamento cirúrgico, após o ajuste para as demais variáveis.

3. CASUÍSTICA E MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional prospectivo no qual foram investigadas as variáveis: QVRS, presença de depressão e SC entre pacientes coronariopatas, antes e seis meses após serem submetidos à CRVM.

3.1. PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP-USP) (Anexo A) e seguiu as normas que regulamentam a realização de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL M. S., 1998).

Os participantes do estudo eram esclarecidos sobre a pesquisa, seus direitos e os cuidados a eles garantidos. Era assegurado que as informações obtidas impossibilitariam a identificação dos sujeitos e que a não concordância em participar do estudo não implicaria em prejuízos ao atendimento dos pacientes na instituição. Aos potenciais participantes era entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) para ciência, e aqueles que não tinham condições de ler por algum motivo, a pesquisadora procedia à leitura. Após concordância em participar do estudo, os pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assim como a pesquisadora e a orientadora do estudo.

3.2. LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no HCFMRP-USP, junto às Enfermarias das Disciplinas de Cirurgia Torácica e Cardiovascular e de Cardiologia (primeira fase da coleta, correspondente à avaliação pré-operatória), e no Ambulatório de Cardiologia ou nos domicílios dos participantes (quando os pacientes não compareceram aos

retornos agendados no Ambulatório de Cardiologia) (segunda fase da coleta, correspondente à avaliação seis meses após a cirurgia cardíaca).

3.3. POPULAÇÃO

A população deste estudo foi constituída pelos pacientes que foram submetidos pela primeira vez ao tratamento cirúrgico da DAC (realização da CRVM), maiores de 21 anos e que estavam internados na Enfermaria para serem submetidos à CRVM há até, no máximo, 28 dias, entre setembro de 2006 e abril de 2008. Ao pacientes foram selecionados considerando os seguintes critérios de inclusão: concordar em participar da investigação e apresentar condições clínicas (físicas e psicológicas) para responder às questões feitas pela pesquisadora.

Estabelecemos o critério de estar internado na Enfermaria, por entender que o paciente internado nesse setor está em condições físicas e psicológicas para responder aos instrumentos. Por outro lado, pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), no pré-operatório, podem não apresentar as mesmas condições em virtude tanto do seu estado de saúde quanto do ambiente da unidade.

O tempo de internação também foi outro critério, uma vez que as questões que compõem o SF-36, instrumento utilizado para mensurar a QVRS, abordam aspectos da saúde física e emocional referentes às últimas quatro semanas. Pacientes internados há 29 dias ou mais não estariam desenvolvendo as atividades mensuráveis pelo instrumento.

Dos 60 pacientes que constituíram a população, 54 (90%) concluíram a segunda etapa da investigação (seis meses após a CRVM). Três deles foram a óbito após a cirurgia, e três se recusaram a continuar, na segunda etapa do estudo.

3.4. COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados em dois momentos: antes e seis meses após a CRVM. A coleta dos dados foi iniciada pela consulta ao prontuário dos

participantes para obtenção de dados clínicos, enquanto as respostas relacionadas aos instrumentos de caracterização sociodemográfica e medidas da QVRS, depressão e SC foram obtidas por entrevistas individuais realizadas pela pesquisadora junto aos sujeitos.

Os dados referentes ao pré-operatório (primeira entrevista) foram coletados nas unidades de internação da clínica cirúrgica ou médica do HCFMRP, enquanto os dados referentes ao período de seis meses após a cirurgia (segunda entrevista) foram coletados no Ambulatório de Cardiologia ou nos domicílios dos participantes do estudo. A maioria das entrevistas (51,85%), correspondentes à segunda fase, foi realizada nos domicílios dos participantes.

A primeira fase da coleta (pré-operatória) compreendeu o período de 11 de setembro de 2006 a 29 de abril de 2008, e a segunda fase (seis meses após a CRVM) foi finalizada em 13 de outubro de 2008.

3.4.1. INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Foi elaborado um instrumento contendo dados para caracterização sociodemográfica e clínica, além do uso de instrumentos de avaliação das variáveis QVRS, depressão e senso de coerência.

Na primeira fase (antes da cirurgia), foram obtidas as seguintes informações:

1 - Sociodemográficas: data do nascimento (para posterior cálculo da idade), sexo, estado civil, escolaridade (anos), situação profissional, renda mensal individual e familiar e número de pessoas que dependiam da renda familiar.

2 – Clínicas: número de registro hospitalar, data da primeira entrevista, data da internação, peso, altura (para cálculo do índice de massa corpórea (IMC)), uso de medicamento controlado (psicofármacos) antes da internação e durante a internação, presença de tratamentos anteriores para a DAC (farmacológico e ACTP), presença de fatores de risco coronarianos (tabagismo, etilismo); presença de comorbidades (hipertensão arterial severa (HAS), diabetes, dislipidemias, câncer, insuficiência cardíaca, obesidade, insuficiência renal, acidente vascular cerebral e outras) e manifestação clínica da DAC (IAM e/ou angina).

Os seguintes dados referentes à cirurgia realizada foram coletados por consultas aos prontuários dos participantes: uso e tempo de CEC, número e tipo(s) de enxertos, tempo de permanência na UTI, presença de complicações no perioperatório (IAM, parada cardiorrespiratória, infecção, distúrbio neurológico, insuficiência renal, acidente vascular cerebral, fibrilação atrial, outras complicações), retorno para UTI e data da alta hospitalar.

Com relação à obesidade, sua classificação é feita com base no IMC, o qual é calculado dividindo-se o peso corporal, em quilogramas, pelo quadrado da altura, em metros quadrados: normal (18,5 – 24,9 kg/m²), sobrepeso (25 – 26,9 kg/m²) e obeso (igual ou maior que 27 kg/m²) (AORN, 2008).

Na segunda fase (seis meses após a cirurgia), foram coletadas as informações:

- 1 – Sociodemográficas: data da segunda entrevista e situação profissional.
- 2 – Clínicas: data da alta, participação em programa de reabilitação, atividade física semanal após a CRVM.

Todos esses dados sociodemográficos e clínicos estão apresentados no Apêndice B.

3.4.1.1. INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA QVRS

Para avaliarmos a QVRS de pacientes durante a internação e após a CRVM, aplicamos o instrumento *Medical Outcomes Study 36 - item Short-Form* (SF-36) (Ware, Sherbourne, 1992), o qual foi traduzido para o português e validado por Ciconelli et al. (1999) (Anexo B) .

É um questionário multidimensional formado por 36 itens englobados por oito domínios ou componentes: Capacidade funcional (com 10 itens), Aspectos físicos (*“role – physical”*) (4 itens), Dor (2 itens), Estado geral de saúde (5 itens), Vitalidade (4 itens), Aspectos sociais (2 itens), Aspectos emocionais (*role – emotional*) (3 itens) e Saúde mental (5 itens) e mais uma questão para a avaliação comparativa do estado geral de saúde atual e a de um ano atrás. O instrumento aborda as últimas quatro semanas e avalia tanto os aspectos negativos (doença/enfermidade) quanto os positivos (bem-estar) do sujeito. Para a avaliação dos

resultados, as respostas aos seus itens são computadas em seus respectivos domínios (COCONELLI, 1997), e esses valores são normatizados em uma escala de zero a 100. Menores valores refletem uma percepção de saúde precária e dor, enquanto altos valores refletem uma percepção de boa saúde, ausência de déficits funcionais e de dor (COCONELLI et al., 1999; WARE; SHERBOURNE, 1992). Há também a possibilidade de se combinarem os domínios em duas medidas sumárias: saúde física e saúde mental (WARE; KOSINSKI; KELLER, 1994).

3.4.1.2. DEPRESSÃO

Para a avaliação da depressão, utilizamos o Inventário de Depressão de Beck (*Beck Depression Inventory*) (BECK et al., 1961), o qual foi traduzido e validado para o português por Gorestein e Andrade (1998) (Anexo C). Esse inventário tem sido a medida de autoavaliação de depressão mais utilizada. A escala contém 21 itens, incluindo os sintomas e as atitudes, cuja intensidade varia de zero (0) a três (3). O total possível para a escala varia de zero a 63, com maiores valores indicando maior depressão.

Com base em Beck et al. (1961), a escolha do ponto de corte, para distinguir os níveis de depressão, depende da natureza da amostra e dos propósitos do estudo. O resultado também pode ser interpretado conforme preconizam Beck; Steer; Garbin (1988): menor que 10 significa sem depressão ou depressão mínima, de 10 a 18, depressão de leve a moderada, de 19 a 29, depressão de moderada a grave, de 30 a 63, depressão grave.

Neste estudo, as duas avaliações foram usadas para analisar os resultados obtidos pelo instrumento.

3.4.1.3. INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DO SENSO DE COERÊNCIA

Para avaliarmos o constructo de SC, utilizamos o questionário proposto por Antonovsky (1987) em sua versão adaptada para o português (DANTAS, 2007)

(Anexo D). Trata-se de um questionário fechado e sistematizado, composto por 29 itens, que pode ser usado na forma de entrevista ou de autopreenchimento. Nessa escala 11 itens investigam o domínio **compreensão** (itens 1, 3, 5, 10, 12, 15, 17, 19, 21, 24 e 26), dez itens, o componente **manuseio** (itens 2, 6, 9, 13, 18, 20, 23, 25, 27 e 29) e oito itens, o componente **significado** (itens 4, 7, 8, 11, 14, 16, 22 e 28). Apresenta-se em um formato de resposta escalar de um a sete, na qual o valor sete representa o mais elevado SC e o valor um o mais fraco. Dos 29 itens que compõem o questionário, 13 itens são respondidos em uma escala reversa, ou seja, maiores valores indicam menor SC (itens 1, 4, 5, 6, 7, 11, 13, 14, 16, 20, 23, 25 e 27). Ao somar os valores para se obter um valor total do SC, esses 13 itens têm seus valores revertidos (o valor sete é transformado em um, o seis, em dois, o cinco, em três e assim por diante (DANTAS, 2007). Altos escores significam forte senso de coerência em um intervalo possível de 29 a 203.

3.5. PRÉ-TESTE

Durante o desenvolvimento de um projeto de pesquisa, podem surgir imprevistos, os quais podem interromper a continuação do estudo até que modificações sejam feitas. Os estudos quantitativos, quando as modificações ocorrem após seu desenvolvimento, no plano da amostragem ou nos instrumentos de coleta utilizados, podem exigir que os dados coletados antes das modificações sejam descartados (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Por esse motivo, realizamos um pré-teste com 21 pacientes internados na Enfermaria da Clínica Cirúrgica do HCFMRP para serem submetidos à CRVM.

Após a análise dos dados, percebemos a necessidade de acrescentar alguns itens aos dados clínicos dos pacientes: peso, altura (para cálculo do IMC), tratamento anterior para a DAC, tipos de enxerto e complicações no perioperatório. Quanto aos demais instrumentos usados, não houve mudanças após a realização do estudo-piloto. Sendo assim, optamos por incluir os pacientes que participaram do pré-teste, uma vez que os dados inseridos foram resgatados junto aos seus prontuários.

3.6. PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram processados inicialmente no Programa Excel, versão 2003, com dupla digitação e validação para checagem de erros nas digitações. Posteriormente, foram exportados para o Programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 15.0. A partir das variáveis inseridas no banco e provenientes da coleta dos dados, foram calculadas novas variáveis: idade, tempo de internação, tempo entre as duas avaliações; IMC; domínios do SF-36, medida total do Inventário de Depressão de Beck e medida total do senso de coerência.

Foram realizadas análises estatísticas descritivas de frequência simples para variáveis nominais/ categóricas, de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio-padrão) para as variáveis contínuas.

Verificamos a confiabilidade das escalas calculando o alfa de Cronbach de cada instrumento e dos seus componentes, no caso do SF-36. O Alpha de Cronbach é recomendado para instrumentos de medida que adotam as escalas tipo Likert ou de múltipla escolha, e cujas categorias apresentam uma ordem crescente ou decrescente de valores (SCIENTIFIC ADVISORY COMMITTEE OF THE MEDICAL OUTCOMES TRUST, 2002).

Atingimos os objetivos do estudo, utilizando os seguintes testes estatísticos:

- Teste t de Student pareado: comparação das medidas de QVRS, depressão e SC, antes e seis meses após a cirurgia.
- Teste de correlação de Pearson: investigação das relações entre as medidas de QVRS, depressão e SC, antes e depois da cirurgia.

Explorarmos um pouco mais as variáveis QVRS, depressão e SC, no grupo estudado, realizando testes para analisar as medidas desses constructos com relação a outras variáveis sociodemográficas descritas na literatura consultada, as quais podem influenciar nos resultados finais, antes e seis meses após a cirurgia. Essas variáveis foram: idade, escolaridade (teste de correlação de Pearson); sexo e estado civil (teste t de Student para amostras independentes).

Para respondermos aos objetivos identificados como 2.2.4 e 2.2.5, optamos por realizar uma análise de regressão hierárquica considerando, como variável dependente, a medida de depressão obtida aos seis meses após a cirurgia.

Como variáveis a serem inseridas no modelo, nos baseamos nos resultados obtidos nas análises bivariadas.

O nível de significância adotado foi de 0,05 para avaliação dos testes de hipóteses.

Para análise das forças de correlação entre as medidas, utilizamos a classificação proposta por Ajzen, Fishbein (1998) a qual determina que valores de correlação menores do que 0,30, mesmo quando estatisticamente significantes, não apresentam importância clínica; valores entre 0,30 – 0,50 indicam moderada correlação e acima de 0,50, correlação forte.

Com relação aos dados perdidos e dados não respondidos pelos pacientes (*missing data*), seguimos o critério proposto por Cohen e Cohen (1983), o qual estabelece que, se algum sujeito tem 20% ou mais de itens não respondidos, ele deverá ser excluído da amostra. Seguindo esse critério, não houve exclusão de pacientes do estudo. Pacientes deixaram de responder a alguns itens do domínio Capacidade funcional, por considerá-los não aplicáveis: três pacientes no pré-operatório e dez, no pós-operatórios. Esses dados foram substituídos pela média dos itens respondidos no componente (INSTITUT MUNICIPAL D'INVESTIGACIÓ MÈDICA - IMIM, 2000).

Dois pacientes deixaram de responder a diferentes questões do IDB. Neste caso, os dados perdidos não foram substituídos e deixados em branco e foram somados os valores dos demais itens respondidos para a obtenção do valor total da medida de depressão.

4. RESULTADOS

4.1. RESULTADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS

Na primeira fase do estudo, foram entrevistados 60 pacientes dos quais seis foram a óbito. Assim, continuaram na investigação 54 participantes que também foram avaliados seis meses após a cirurgia. Diante dos objetivos propostos, optamos por apresentar somente os resultados dos pacientes que completaram o estudo, ou seja, desses 54.

Nesse grupo, o tempo médio transcorrido entre a internação e a primeira entrevista foi de 10,3 dias (variando de zero a 28 dias) e entre a primeira e segunda entrevista foi de 5,6 meses (entre cinco e seis meses após a cirurgia).

A caracterização sociodemográfica dos 54 pacientes encontra-se na Tabela 1. Constatamos que a idade média era de 57,3 anos, variando de 37 a 79 anos; 29 (53,7%) eram do sexo masculino e 36 (66,7%) estavam casados ou viviam em união estável. Quanto à escolaridade, os pacientes se caracterizaram pelo baixo nível de instrução formal com média de 5,7 anos de estudo. A renda familiar média mensal foi de 1.228,54 reais (15 participantes não informaram esse dado), com média de três pessoas vivendo dessa renda. (Tabela 1). No que se refere ao desempenho de atividades profissionais remuneradas, antes da cirurgia, 15 (27,8%) pacientes foram classificados como ativos. Essa situação se alterou após a cirurgia, uma vez que, na segunda avaliação, apenas 4 (7,7%) encontravam-se ativos. Entre as duas entrevistas, o número de pacientes que recebia benefícios do governo aumentou de 13 (24,1%) para 22 (42,3%).

Tabela 1- Caracterização sociodemográfica dos 54 participantes. Ribeirão Preto, 2006-2008.

Variável (N=54)	n° (%)	Intervalo	Mediana	Média (D.P.)
Idade (anos)		37-79	57	57,3 (9,7)
Sexo				
Masculino	29 (53,7)			
Feminino	25 (46,3)			
Estado Civil				
Casado/união consensual	36 (66,7)			
Viúvo/Separado/Solteiro	18 (33,3)			
Escolaridade (anos de estudo)		0 – 15	4	5,7 (4,0)
Renda Familiar (em reais)*		350-6200	1000	1228,54 (980,6)
Número de pessoas que vivem da renda		1 – 8		3 (1,5)
Situação profissional (<i>antes da cirurgia</i>)				
Aposentado	19 (35,2)			
Ativo	15 (27,8)			
Recebe benefício do governo	13 (24,1)			
Aposentado e com atividade remunerada	3 (5,6)			
Trabalha em casa sem remuneração	2 (3,7)			
Desempregado	2 (3,7)			
Situação profissional (<i>depois da cirurgia</i>)*				
Recebe benefício do governo	22 (42,3)			
Aposentado	19 (36,5)			
Ativo	4 (7,7)			
Desempregado	3 (5,8)			
Aposentado e com atividade remunerada	2 (3,8)			
Trabalha em casa sem remuneração	2 (3,8)			

*n=39

**n=52

Quanto à caracterização clínica dos sujeitos no pré-operatório, os pacientes tinham alta prevalência de hipertensão (92,6%) e dislipidemia (70,4%). A obesidade, um fator de risco para a DAC e para complicações durante e após a cirurgia, foi encontrada em 28 (54,9 %) participantes. Ela foi diagnosticada pelo cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) dos sujeitos. O valor médio do IMC foi de 28,1 (D.P. = 4,5). A DAC se manifestou clinicamente na forma de angina e IAM

(33,3%), somente IAM (29,6%) ou angina (24,1%) sendo tratada, predominantemente, com medicamentos (68,5%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Caracterização clínica dos 54 participantes. Ribeirão Preto, 2006-2008.

Variável	n° (%) ou Média (D.P.)
Presença de comorbidades	
Hipertensão	50 (92,6)
Dislipidemias	38 (70,4)
Diabetes <i>mellitus</i>	21 (38,9)
IMC (Média e D.P.)	28,1 (4,5)
Normal (entre 18,5 e 24,9 kg/m ²)	10 (19,6)
Sobrepeso (entre 25 e 26,9 kg/m ²)	13 (25,5)
Obeso (igual ou maior de 27 kg/m ²)	28 (54,9)
Manifestações clínicas da DAC	
Angina e IAM	18 (33,3)
IAM	16 (29,6)
Angina	13 (24,1)
Sem manifestações	7 (13,0)
Tratamento anterior para DAC	
Medicamentoso	37 (68,5)
ACTP	10 (18,5)
Nenhum tratamento (até 30 dias antes da RVM)	7 (13,0)

O uso de medicamentos psicofármacos foi investigado por estarmos avaliando, por meio de instrumentos psicométricos, constructos subjetivos como QVRS, depressão e SC. Tais avaliações podem ser comprometidas pelo uso de psicofármacos do tipo antidepressivos, ansiolíticos e estabilizadores do humor (como os anticonvulsivantes) (LARAIA, 2001).

Entre os participantes, 15 (27,8%) faziam uso desse tipo de medicamentos sendo, principalmente, ansiolíticos (8; 55,3%) e antidepressivos (3; 20,0%). Testamos se o uso destes medicamentos, no pré-operatório, poderia trazer diferenças nessas medidas entre os pacientes que estavam sendo medicados (15; 27,8%) e aqueles que não estavam (39; 63,2%). O teste t de Student para amostras independentes constatou diferenças estatisticamente significantes para a QVRS apenas nos componentes Dor e Aspectos sociais (Tabela 3). Esses resultados nos permitiram continuar analisando os pacientes independentemente do uso desses medicamentos.

Tabela 3 - Resultados dos testes de comparação entre os grupos (uso ou não de psicofármacos) e as medidas de QVRS, depressão e SC dos participantes, antes da cirurgia cardíaca. Ribeirão Preto, 2006 – 2008.

Variáveis	Uso	Não Uso	
	M (D. P.)	M (D. P.)	Valor de p†
Componentes do SF-36			
Aspectos Físicos (04 itens)	10,0 (18,4)	19,8 (36,3)	0,32
Aspectos Emocionais (03 itens)	35,5 (46,2)	41,8 (41,6)	0,63
Capacidade Funcional (10 itens)	37,3 (24,7)	44,4 (25,0)	0,35
Dor (02 itens)	36,1 (26,4)	54,1 (26,8)	0,03
Saúde Mental (05 itens)	48,0 (19,7)	54,9 (23,8)	0,31
Vitalidade (04 itens)	45,0 (22,5)	57,3 (22,8)	0,08
Aspectos Sociais (02 itens)	40,8 (31,1)	63,7 (29,6)	0,01
Estado Geral de Saúde (05 itens)	56,3 (12,1)	58,8 (20,3)	0,66
IDB (21 itens)	14,8 (6,4)	15,2 (10,2)	0,88
QSCA (29 itens)	140,2 (27,1)	147,4 (23,5)	0,34

SF-36: *Medical Outcomes Study 36 - item Short-Form*

IDB: Inventário de Depressão de Beck.

QSCA: Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky.

†teste t para amostras independentes

Quanto aos dados relacionados ao procedimento cirúrgico, constatamos que 48 pacientes (88,9%) foram submetidos à CRVM com o uso de CEC e que o tempo médio do procedimento foi de 79 minutos. Todos os pacientes receberam, como enxerto coronariano, a artéria mamária, seja associada a outro tipo de enxerto (veia safena e/ou artéria radial) ou na forma isolada, em apenas 9,3% dos casos. O número de enxertos recebidos variou de um a quatro, sendo que 31 (57,4%) pacientes receberam três enxertos e 12 (22,2%) receberam dois enxertos. No pós-operatório, 16 (30%) pacientes apresentaram algum tipo de complicação, sendo o IAM e a infecção hospitalar as mais frequentes, respectivamente, cinco e quatro pacientes. O tempo médio de permanência na UTI foi de 2,8 dias (Tabela 4).

Tabela 4 - Caracterização dos 54 pacientes, segundo o procedimento cirúrgico da revascularização do miocárdio. Ribeirão Preto, 2006 - 2008.

Variável	n° (%) ou Média (D.P.)
Uso de CEC durante a cirurgia (sim)	48 (88,9)
Tempo de CEC (minutos) (Média e D.P.)	79 (39)
Tipo de enxertos coronarianos	
Mamária e safena	25 (46,3)
Mamária, safena e radial	17 (31,5)
Mamária e radial	7 (13)
Mamária	5 (9,3)
Número de enxertos coronarianos	
1	5 (9,3)
2	12 (22,2)
3	31 (57,4)
4	6 (11,1)
Presença de complicação no POI (sim)	16 (30)
Tempo de permanência na UTI (dias) (Média e D.P.)	2,8 (1,6)

4.2. RESULTADOS DAS MEDIDAS DE QVRS, DEPRESSÃO E SC

As análises descritivas das escalas SF-36 (de QVRS), IDB (depressão) e QSCA (senso de coerência), bem como os coeficientes alfa de Cronbach obtidos nas duas aplicações, estão apresentados na Tabela 5. Na primeira entrevista, os valores do alfa para os componentes do SF-36 variaram de 0,56 (Estado geral de saúde) a 0,88 (Aspectos físicos). Para o IDB, o alfa foi de 0,84 e 0,77 para o QSCA. Com os dados da segunda entrevista, os valores variaram de 0,73 (Aspectos sociais) a 0,93 (Aspectos físicos) na escala SF-36; 0,92 para o IDB e 0,80 para o QSCA.

Com relação à avaliação da QVRS dos pacientes, antes da cirurgia cardíaca, os valores médios obtidos, para oito componentes do SF-36, variaram de 17,1 (Aspectos físicos) a 58,1 (Estado geral de saúde), resultados que indicam o comprometimento da QVRS em todos os domínios avaliados, tendo como referência as últimas quatro semanas, antes da entrevista pré-operatória. Nesta primeira avaliação observamos que quatro componentes da medida de QVRS apresentaram médias inferiores à metade (valor 50) do escore máximo para cada componente que

é 100, demonstrando assim maior comprometimento nos domínios: Aspectos físicos (M=17,1), Aspectos emocionais (M=40,1), Capacidade funcional (M=42,5) e Dor (M=49,1).

Seis meses após o tratamento cirúrgico da doença coronariana, observamos melhora dos pacientes com aumento dos valores dos oito componentes do SF-36, com valores médios de 62,0 (Aspectos físicos) a 74,2 (Capacidade funcional). Assim, o componente Capacidade funcional foi o que apresentou melhor avaliação entre os demais componentes (M=74,2), seguido do componente Aspectos sociais (M=72,7). O domínio Aspecto físico foi aquele que apresentou menores valores médios, tanto antes quanto seis meses após a CRVM.

Confirmando a primeira hipótese deste estudo, a análise das diferenças nas medidas da QVRS, considerando os valores apresentados nos dois períodos (teste t de Student pareado), mostrou que, em todos os componentes do SF-36, as diferenças eram estatisticamente significantes ($p < 0,00$) (Tabela 5). Os domínios que apresentaram maiores diferenças nas medidas (depois e antes) foram Aspectos físicos (44,9) e Capacidade funcional (31,7), e os que mostraram menores diferenças foram Vitalidade (15,0) e Saúde mental (12,8).

Com relação à depressão, constatamos um intervalo do total do IDB entre zero e 42, com média de 15,1 (D.P.=9,3) e de zero a 38, com média de 11,9 (DP=12,3), respectivamente, antes e seis meses após a cirurgia. A diminuição dos valores indica melhora do estado de saúde mental entre os pacientes, sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p=0,011$) (Tabela 5). Esse resultado confirma a segunda hipótese deste estudo.

Como era esperado, não constatamos diferenças estatisticamente significantes ($p = 0,51$) entre as medidas do SC dos pacientes, antes (M=145,5; intervalo entre 101 e 191) e depois da cirurgia (M=147,6; intervalo entre 97 e 203), confirmando a terceira hipótese do estudo. Ao considerarmos que o intervalo possível da medida de SC varia de 29 a 203 e o valor 116 corresponde à mediana desse intervalo, podemos verificar que os pacientes apresentaram maiores valores tanto antes (144,5) como depois (150) da cirurgia (Tabela 5).

Tabela 5 - Estatística descritiva, consistência interna e comparação entre os escores dos instrumentos SF-36, IDB e QSCA, na primeira e na segunda avaliação dos pacientes. Ribeirão Preto, 2006 – 2008.

Variáveis	Primeira avaliação			Segunda avaliação			Valor de p‡
	Alfa de Cronbach	Mediana	Média (D.P.)	Alfa de Cronbach	Mediana	Média (D.P.)	
Componentes do SF-36							
Aspectos Físicos (04 itens)	0,88	0	17,1 (32,5)	0,93	100	62,0 (44,7)	0,000
Aspectos Emocionais (03 itens)	0,85	33,3	40,1 (42,6)	0,86	100	65,4 (42,4)	0,001
Capacidade Funcional (10 itens)	0,87	35	42,5 (24,9)	0,92	85,2	74,2 (27,9)	0,000
Dor (02 itens)	0,84	42	49,1 (27,7)	0,81	72	66,6 (30,1)	0,000
Saúde Mental (05 itens)	0,75	52	53,0 (22,8)	0,89	76	65,8 (29,0)	0,000
Vitalidade (04 itens)	0,69	55	53,9 (23,3)	0,87	77,5	68,9 (28,9)	0,000
Aspectos Sociais (02 itens)	0,77	62,5	57,4 (31,5)	0,73	87,5	72,7 (33,2)	0,006
Estado Geral de Saúde (05 itens)	0,56	55	58,1 (18,4)	0,80	77	72 (22,5)	0,000
IDB (21 itens)	0,84	13,50	15,1 (9,3)	0,92	6	11,9 (12,3)	0,011
QSCA (29 itens)	0,77	144,5	145,5 (24,5)	0,80	150	147,6 (26,3)	0,510

SF-36: *Medical Outcomes Study 36* - item *Short-Form* IDB: Inventário de Depressão de Beck QSCA: Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky

‡teste t pareado

Para explorarmos melhor a distribuição dos pacientes quanto à presença de depressão, eles foram classificados segundo as categorias: sem depressão (zero a nove), depressão leve (10 a 18), depressão moderada (19 a 29) e depressão grave (30 a 63). Com os resultados obtidos após essa classificação, verificamos que 14 pacientes não apresentavam depressão, três apresentavam depressão leve, cinco tinham depressão moderada e três, depressão grave, tanto antes quanto seis meses após a cirurgia (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição dos 54 pacientes segundo as categorias: sem depressão, depressão leve, depressão moderada e depressão grave considerando, as duas avaliações (antes e após a cirurgia). Ribeirão Preto, 2006 – 2008.

Pré \ Pós	Sem depressão nº (%)	Depressão leve nº (%)	Depressão moderada nº (%)	Depressão grave nº (%)
Sem depressão	14 (87,5)	0	2 (12,5)	0
Depressão leve	15 (68,2)	3 (13,6)	3 (13,6)	1 (4,5)
Depressão moderada	3 (23,1)	2 (15,4)	5 (38,5)	3 (23,1)
Depressão grave	0	0	0	3 (100)

4.3. RESULTADOS DOS TESTES DE ASSOCIAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS QVRS, DEPRESSÃO E SC

Os resultados obtidos das correlações entre as medidas de QVRS, depressão e SC serão apresentados a seguir. Primeiramente, apresentaremos as correlações entre a medida de depressão e as medidas dos componentes do SF-36, antes e depois da cirurgia. Em seguida, as correlações da medida de SC com os componentes do SF-36 e do SC com a medida de depressão. Cabe lembrar que esperávamos correlações negativas entre as medidas de QVRS e de depressão

(Hipótese 6) e de depressão com SC (Hipótese 5). Correlações positivas eram esperadas entre as medidas de QVRS e SC (Hipótese 4).

No pré-operatório, constatamos que a medida de depressão correlacionou-se fortemente com o Estado geral de saúde ($r = -0,693$; $p < 0,01$) e moderadamente com os domínios: Saúde mental ($r = -0,485$; $p < 0,01$), Aspectos sociais ($r = -0,436$; $p < 0,01$), Vitalidade ($r = -0,398$; $p < 0,01$) e Aspectos emocionais ($r = -0,335$; $p < 0,05$). Correlações fracas foram obtidas entre depressão e os componentes Dor ($r = -0,288$; $p < 0,05$); Capacidade funcional ($r = -0,255$; $p > 0,05$) e Aspectos físicos ($r = -0,255$; $p > 0,05$) (Tabela 7). Seis meses após a cirurgia, observamos que a medida de depressão manteve-se inversamente correlacionada com oito componentes do SF-36. Entretanto, a força de correlação sofreu alteração, aumentando seu valor em todos os componentes (variando de $-0,744$ até $-0,358$), sendo de moderada magnitude apenas com relação à Capacidade funcional ($r = -0,449$) e à Dor ($r = -0,358$). Todas as correlações foram estatisticamente significantes ($p < 0,01$) (Tabela 8). Tais resultados confirmam, parcialmente, a sexta hipótese do estudo.

Com relação ao SC e QVRS, no pré-operatório, as correlações foram positivas e de moderada magnitude para os componentes Aspectos emocionais ($r = 0,488$; $p < 0,01$), Saúde mental ($r = 0,437$; $p < 0,01$), Aspectos sociais ($r = 0,368$; $p < 0,01$) e Estado geral de saúde ($r = 0,309$; $p < 0,05$). Com os outros quatro domínios, as correlações foram fracas (Tabela 7). Na segunda avaliação, também constatamos melhora nas forças de correlação e manutenção do seu sentido. Após a cirurgia, o SC passou a correlacionar-se fortemente com os domínios Saúde Mental ($r = 0,751$; $p < 0,01$), Vitalidade ($r = 0,660$; $p < 0,01$), Aspectos sociais ($r = 0,620$; $p < 0,01$) e Estado geral de saúde ($r = 0,598$; $p < 0,01$) (Tabela 8). Tais resultados confirmam, parcialmente, a quarta hipótese do estudo.

As correlações entre as medidas de SC e depressão também apresentaram diferenças entre as duas avaliações: inicialmente de moderada magnitude ($r = -0,405$; $p < 0,01$) (Tabela 7) e de forte magnitude após o tratamento ($r = -0,725$; $p < 0,01$) (Tabelas 7 e 8). Tais resultados confirmam a quinta hipótese do estudo, apenas para a avaliação de seis meses após a cirurgia.

Tabela 7 - Coeficientes de correlação de Pearson entre as medidas de QVRS, depressão e SC, antes da cirurgia. Ribeirão Preto, 2006 – 2008.

	Capacidade Funcional	Aspectos físicos	Dor	Estado geral de saúde	Vitalidade	Aspectos sociais	Aspectos emocionais	Saúde mental	QSCA
IDB	-0,255	-0,255	-0,288*	-0,693**	-0,398**	-0,436**	-0,335*	-0,485**	-0,405**
QSCA	0,296*	0,220	0,111	0,309*	0,298*	0,368**	0,488**	0,437**	1

SF-36: *Medical Outcomes Study 36* - item *Short-Form* IDB: Inventário de Depressão de Beck QSCA: Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky.

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Tabela 8: Coeficientes de correlação de Pearson entre as medidas de QVRS, depressão e SC, após a cirurgia. Ribeirão Preto, 2006 – 2008.

	Capacidade Funcional	Aspectos físicos	Dor	Estado geral de saúde	Vitalidade	Aspectos sociais	Aspectos emocionais	Saúde mental	QSCA
IDB	-0,449**	-0,563**	-0,358**	-0,697**	-0,702**	-0,625**	-0,555**	-0,744**	-0,725**
QSCA	0,324*	0,531**	0,393**	0,598**	0,660**	0,620**	0,583**	0,751**	1

SF-36: *Medical Outcomes Study 36* - item *Short-Form* IDB: Inventário de Depressão de Beck QSCA: Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky.

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

As possíveis associações entre estas variáveis (QVRS, depressão e SC) também foram exploradas com relação à idade, ao sexo, ao estado civil e à escolaridade dos pacientes, nos dois períodos. Testes de correlação de Pearson foram realizados entre as medidas escalares e a idade (Tabela 9) e a escolaridade. Teste t de Student para amostras independentes foi usado para comparar as médias das medidas de QVRS, depressão e SC, segundo o sexo (Tabela 10) e o estado civil.

Antes da cirurgia, as correlações entre a idade e os componentes do SF-36 apresentaram valores e sentidos diversos. Não observamos correlações com os domínios Capacidade funcional ($r = -0,024$) e Aspectos físicos ($r = -0,030$). O sentido negativo parece reforçar o conhecimento clínico que associa o envelhecimento à diminuição de atividades que exigem melhor desempenho físico dos indivíduos. As demais correlações foram positivas e variaram de 0,107 (Dor) a 0,342 (Estado geral de saúde), ou seja, correlação moderada apenas com o Estado geral de saúde. Seis meses após a CRVM, correlações entre idade e medida de QVRS sofreram mudanças. Nesse momento, todas as correlações foram positivas. Apenas para Estado geral de saúde ($r = 0,570$) e Saúde mental ($r = 0,388$) as forças de correlação foram, respectivamente, de forte e moderada magnitudes (Tabela 9).

As correlações da idade com a medida de depressão foram negativas, moderadas e estatisticamente significantes, tanto antes ($r = -0,307$; $p < 0,05$) quanto depois ($r = -0,368$; $p < 0,01$) do tratamento cirúrgico da DAC. As correlações entre idade e SC foram positivas, moderadas e estatisticamente significantes também nos dois períodos: antes com valor de 0,314 ($p < 0,05$) e depois de 0,447 ($p < 0,01$) (Tabela 9).

Não constatamos correlações entre a escolaridade (em anos) dos pacientes com as medidas de QVRS, depressão e SC, tanto antes quanto seis meses após a cirurgia.

Tabela 9 - Coeficientes de correlação de Pearson entre a idade e as medidas de QVRS, depressão e SC, antes e seis meses após a CRVM. Ribeirão Preto, 2006 – 2008.

Variáveis	Antes		Depois	
	r	p	r	p
Componentes do SF-36				
Estado Geral de Saúde	0,342	0,01	0,570	0,00
Saúde Mental	0,260	0,05	0,388	0,00
Aspectos Emocionais	0,245	0,07	0,228	0,09
Aspectos Sociais	0,195	0,15	0,156	0,25
Vitalidade	0,172	0,21	0,271	0,04
Dor	0,107	0,44	0,125	0,36
Aspectos Físicos	-0,030	0,83	0,057	0,68
Capacidade Funcional	-0,024	0,86	0,089	0,52
IDB	-0,307	0,02	-0,368	0,00
QSCA	0,314	0,02	0,447	0,00

SF-36: *Medical Outcomes Study 36* - item *Short-Form*

IDB: Inventário de Depressão de Beck

QSCA: Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky

Para compararmos as medidas de QVRS, depressão e SC, considerando o sexo dos pacientes, foram realizados testes t para amostras independentes. Observamos que os homens apresentaram maiores médias na maioria dos componentes do SF-36, exceto para Aspectos emocionais quando comparados com as mulheres, no pré-operatório. As médias entre os homens variaram de 63,3 (Aspectos sociais) a 20,7 (Aspectos físicos) e de 53,5 (Estado geral de saúde) a 13 (Aspectos físicos) para as mulheres. As diferenças entre as medidas dos domínios, segundo o sexo, não foram estatisticamente significantes nesta primeira avaliação. Após seis meses da cirurgia, os homens continuaram a apresentar maiores médias, agora em todos os componentes do SF-36, variando de 78,9 (Aspectos sociais) a 73,3 (Aspectos físicos). As mulheres tiveram valores médios entre 66,3 (Capacidade funcional) e 49,0 (Aspectos físicos). Entretanto, as diferenças entre os grupos só foram estatisticamente significantes para os componentes Estado geral de saúde ($p=0,015$), Vitalidade ($p = 0,047$), Dor ($p = 0,025$) e Aspectos físicos ($p = 0,046$).

Quando analisamos o sexo frente às medidas de depressão, antes da cirurgia, observamos que as mulheres apresentaram maior valor médio para a medida do IDB do que os homens, respectivamente, 16,9 e 13,5. Seis meses após a cirurgia, as mulheres continuaram a apresentar maiores valores médios do que os

homens, respectivamente, 14,5 e 9,7. Nos dois períodos, as diferenças não foram estatisticamente significantes. Com relação à comparação das medidas de SC considerando o sexo dos pacientes, tivemos que as mulheres apresentaram menores médias (139,6) do que os homens (150,5), na primeira avaliação. Após o tratamento, houve discreto aumento nos valores do SC tanto para as mulheres (142,8) quanto para os homens (151,7). Entretanto, essas diferenças não foram estatisticamente significantes entre os grupos (Tabela 10).

Os resultados do teste t para amostras independentes mostraram que não havia associações estatisticamente significativas, ao compararmos as medidas dos componentes do SF-36, de depressão e de SC, entre pacientes casados/vivendo em união estável e aqueles que estavam solteiros, viúvos ou separados, nos dois períodos analisados.

Tabela 10 - Resultados dos testes de associação entre o sexo e as medidas de QVRS, depressão e SC dos participantes, antes e após a cirurgia cardíaca. Ribeirão Preto, 2006 – 2008.

Variáveis escalares	Primeira avaliação			Segunda avaliação		
	Masculino	Feminino	Valor de p†	Masculino	Feminino	Valor de p†
SF-36 componentes M (D. P.)						
Aspectos Sociais	63,3 (28,7)	50,5 (33,7)	0,136	78,9 (27,4)	65,5 (38,2)	0,141
Estado Geral de Saúde	62,1 (17,0)	53,5 (19,3)	0,087	78,8 (18,4)	64,1 (24,6)	0,015
Saúde Mental	56,7 (19,7)	48,8 (25,7)	0,208	71,4 (23,8)	59,2 (33,4)	0,123
Vitalidade	56,4 (20,5)	51,0 (26,2)	0,402	76,2 (23,1)	60,6 (32,9)	0,047
Dor	50,5 (27,5)	47,4 (28,5)	0,685	75,1 (27,3)	56,8 (30,7)	0,025
Capacidade Funcional	45,9 (24,4)	38,5 (25,4)	0,282	80,9 (22,9)	66,3 (31,6)	0,056
Aspectos Emocionais	38,0 (43,4)	42,7 (42,5)	0,688	73,6 (36,0)	56,0 (47,8)	0,131
Aspectos Físicos	20,7 (35,4)	13,0 (29,0)	0,391	73,3 (41,1)	49,0 (46,0)	0,046
IDB M (D. P.)	13,5 (8,4)	16,92 (10)	0,185	9,7 (11,2)	14,5 (13,1)	0,157
QSCA M (D. P.)	150,5 (22,1)	139,6 (26,3)	0,101	151,7 (24,4)	142,8 (28,0)	0,221

SF-36: *Medical Outcomes Study 36* - item *Short-Form* IDB: Inventário de Depressão de Beck QSCA: Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky

† teste *t* para amostras independentes

A sétima e oitava hipóteses foram elaboradas com base nos estudos revisados, cujos autores identificaram forte associação entre SC e QV e SC e indicadores de saúde mental, tais como depressão e ansiedade, sugerindo que o SC poderia ser uma medida do lado positivo do estresse psicológico.

Para testar a sétima hipótese (*Após o ajuste das demais variáveis no modelo, a inclusão da medida de SC explicará variância significativa na medida de QVRS após a cirurgia cardíaca*) optamos por escolher dentre os oito componentes que avaliam a QVRS, aqueles que tiveram maiores mudanças após a cirurgia cardíaca. Assim, os domínios escolhidos foram Aspectos físicos (diferença de 44,9 entre a medida do pré-operatório e seis meses após) e Capacidade funcional (diferença de 31,7). Antes de elaborar a regressão linear hierárquica para testar a hipótese, observamos os resultados das análises bivariadas entre as medidas desses domínios da QVRS, SC, depressão e as variáveis sociodemográficas. Com relação ao domínio Aspectos físicos, não constatamos correlações entre sua medida e a medida de depressão ($r < 0,30$, tanto antes como seis meses após) e a idade dos pacientes ($r < 0,30$, tanto antes como seis meses após); diferença na comparação das médias das medidas entre os pacientes, segundo o sexo foi observada apenas na segunda medida ($p < 0,05$) e nenhuma diferença quanto ao estado civil e escolaridade. Quanto ao componente Capacidade Funcional, não constatamos correlações entre sua medida e a medida de depressão ($r < 0,30$, tanto antes quanto seis meses após) e a idade dos pacientes ($r < 0,30$, tanto antes quanto seis meses após); e nenhuma diferença na comparação das médias das medidas entre os pacientes, segundo o sexo, estado civil e escolaridade ($p < 0,05$). Mesmo diante desses resultados, elaboramos um modelo de regressão, para cada um dos dois domínios selecionados, considerando cada um desses domínios como a variável resposta. Para o modelo do elaborado para o componente Aspectos físicos, na primeira etapa, foram inseridas as variáveis Aspectos físicos antes da cirurgia, depressão seis meses depois, sexo e idade dos sujeitos. Na segunda etapa, foi inserida a medida de SC para checar a sua contribuição na variância da medida de Aspectos físicos, obtida seis meses após a cirurgia. Não tivemos nenhum resultado estatisticamente significativo e que confirmasse a nossa hipótese. O mesmo modelo foi realizado com o componente Capacidade funcional e obtivemos o mesmo resultado.

Testamos a oitava hipótese (*Após o ajuste das demais variáveis no modelo, a inclusão da medida de SC explicará variância significativa na medida de depressão após a cirurgia cardíaca*) por meio de uma regressão linear hierárquica. Para a seleção das variáveis a serem incluídas no modelo, primeiramente, avaliamos as associações entre as medidas de QVRS, depressão e SC com sexo, idade, estado civil e escolaridade dos pacientes de forma bivariada. Diante dos resultados dessas análises, o modelo de regressão foi construído, da seguinte forma: na primeira etapa, foram inseridas as variáveis depressão antes da cirurgia, sexo (codificado como *dummy* na qual o valor zero representava o sexo masculino e um, o sexo feminino) e idade dos sujeitos. Na segunda etapa, foi inserida a medida de SC para checar a sua contribuição na variância da medida de depressão, obtida seis meses após a cirurgia. Como não houve diferença entre as medidas do SC obtidas antes e depois da cirurgia, a segunda medida do constructo SC foi inserida no modelo de regressão. Tal método permitiu checar a contribuição de cada variável explanatória que foi acrescentada ao modelo, levando em consideração a sua contribuição explicativa. Os resultados desse modelo encontram-se na Tabela 11.

Tabela 11 - Modelo final da análise de regressão linear hierárquica usando a medida de depressão seis meses após a cirurgia, como variável resposta. Ribeirão Preto, 2006-2008.

Variáveis Explanatórias	Coefficiente não padronizado	Erro- padrão	Coefficiente Beta	Valor de p*	R²‡
Passo 1:					
Sexo (ref.: masculino)					
Feminino	0,547	1,965	0,022	0,782	
Idade (em anos)	0,007	0,112	0,006	0,950	
Depressão pré-operatória	0,616	0,117	0,465	0,000	0,491
Passo 2					
Senso de Coerência			-0,518	0,000	0,678

‡R² (ajustado para o número de variáveis no modelo) em uma dada linha se refere à proporção da variância que é explicada pelo modelo que inclui todas as variáveis até ela ou nas linhas acima.

*valor de *p* para o teste-t da hipótese nula cujo coeficiente é zero.

Nesse modelo, as três variáveis, inseridas na primeira etapa, explicaram uma variância de 49% na medida de depressão, seis meses após a cirurgia, considerando que a única variável com valor de Beta indicando moderada correlação com a variável resposta foi depressão no pré-operatório ($p=0,00$). O modelo final, após a inserção do SC, passou a explicar, aproximadamente, 68% da variância na medida de depressão. Assim, constatamos que apenas o SC contribuiu para explicar 18,7% dessa variância, após o controle das outras variáveis. Esse resultado é importante em se tratando de uma variável psicossocial e confirma nossa hipótese inicial.

5. DISCUSSÃO

A amostra que fez parte do estudo foi representativa (BELLE et al., 2004) e constituída por sujeitos com idade média de 57,3 anos, em sua maioria do sexo masculino, casado. Com relação à situação profissional, no período pré-operatório, a maioria era aposentada, e após seis meses a maior parte estava afastada do trabalho, recebendo o benefício do INSS. Quando comparamos nossos dados com os da literatura consultada, observamos que essas características demográficas diferem de outros estudos realizados com populações de pacientes cardíacos com relação a algumas variáveis como idade e escolaridade. Na maioria das pesquisas, a amostra se constitui de idosos com média de idade maior que 60 anos e com maior nível de escolaridade (BALDASSARRE et al., 2002; BARNASON et al., 2000; BURG et al., 2003; DANTAS, MOTZER, CIOL, 2002; FALCOZ et al., 2003; GOYAL et al., 2005; MATHISEN et al., 2005; MOTALLEBZADEH et al., 2006; VACCARINO et al., 2003ab). A média de anos de estudo apresentada pelos pacientes da nossa amostra se aproxima da apresentada pela população paulista com idade igual ou maior a 40 anos, no ano de 2004, que foi 6,4 anos (FUNDAÇÃO SEADE, 2006). A baixa escolaridade e renda familiar também têm sido constatadas em outros estudos realizados com pacientes com DAC no Brasil (DANTAS, 2007; FAVARATO et al., 2007).

O baixo nível educacional talvez possa explicar o aumento do número de participantes afastados do trabalho e recebendo benefícios do governo na segunda avaliação, uma vez que, com a baixa escolaridade, o indivíduo tem maior probabilidade de trabalhar desenvolvendo atividades que exigem maior desgaste físico. No pós-operatório, é esperado que o paciente melhore seu estado de saúde, contudo, pacientes submetidos à cirurgia cardíaca exteriorizam receio em executar atividades que demandam maior desempenho físico. Favarato et al. (2007) também observaram aumento no número de indivíduos recebendo benefícios da previdência social após intervenção. Esses autores realizaram um estudo com pacientes submetidos a diferentes tratamentos (CRVM ou ACTP ou tratamento medicamentoso).

Quanto às características clínicas, 33,3 % dos participantes tiveram IAM e angina, e 68,5% só faziam tratamento medicamento para DAC. Essa doença

representa a principal causa de isquemia do músculo cardíaco (HOVNANIAN et al., 2003), o que está relacionado ao número de casos de IAM. Hipertensão arterial foi a doença associada à DAC que apresentou maior número de pacientes, o que também foi observado em estudos realizados com amostras de pacientes cardíacos submetidos à cirurgia cardíaca (BALDASSARRE et al., 2002; RUMSFELD et al., 2001; VACCARINO et al., 2003b). A hipertensão, assim como a dislipidemia, o diabetes e a obesidade, doenças apresentadas por um maior número de participantes, fazem parte dos fatores de risco modificáveis para a DAC (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – CDC, 2005). O IMC médio apresentado pelos participantes do estudo foi de 28,1 Kg/m², com 54% dos participantes do estudo sendo classificados como obesos, resultado semelhante para a maioria dos pacientes do sexo masculino do estudo de Vaccarino et al. (2003a).

Com relação ao procedimento cirúrgico a que foram submetidos, observamos que, em 88,9% dos pacientes, a cirurgia foi realizada com CEC. Resultado também observado por Jarvinen et al. (2004). O enxerto com a artéria mamária foi utilizado em todos os pacientes, seja de forma isolada ou associada com outros tipos. De acordo com Souza e Gomes (2008), o enxerto com a artéria mamária tem demonstrado ótimos resultados, sendo considerado padrão-ouro. O número de enxertos recebidos variou de um a quatro, com 57,4 % dos pacientes tendo recebido três enxertos, o que também foi observado nos estudos de Dantas, Motzer e Ciol (2002) e Ross e Ostrow (2001).

O objetivo deste estudo era a avaliação das medidas de QVRS, depressão e SC, antes e seis meses após a cirurgia. Nos últimos 20 anos, tem havido um interesse crescente pelo uso de medidas de autoavaliação do paciente em relação à QVRS, com o SF-36 sendo o instrumento mais utilizado, como foi demonstrado na introdução desta tese (BALDASSARRE et al., 2002; BARNASON et al., 2000; DANTAS; CIOL, 2008; ELLIOTT; LAZARUS LEEDER, 2006; FALCOZ et al., 2003; FALCOZ et al., 2006; FAVARATO et al., 2007; GJEILO et al., 2008; HAWKES; MORTENSEN, 2006; HUNT; HENDRATA; MYLES, 2000; IMMER et al., 2003; KIEBZAK et al., 2002; MYLES; VIIRA; HUNT, 2006; ROSS; OSTROW, 2001; RUMSFELD et al., 2001; VACCARINO et al., 2003a,b), com a depressão e o SC sendo identificados como importantes variáveis associadas com a QVRS em

pacientes cardíacos (DANTAS, 2007; KARLSSON et al., 2002; KATTAINEN; MERILAINEN; SINTONEN, 2006).

Na primeira avaliação, observamos que quatro componentes da medida de QVRS apresentaram médias inferiores à metade (valor 50) do escore máximo para cada componente que é 100, demonstrando assim maior comprometimento nos domínios: Aspectos físicos (M=17,1), Aspectos emocionais (M=40,1), Capacidade funcional (M=42,5) e Dor (M=49,1). Tais resultados demonstram que os participantes estavam prejudicados pelas limitações impostas pela sua saúde física. É sabido que a coronariopatia causa sintomas como cansaço, dor no peito, dispneia. Após seis meses, os participantes demonstraram grande mudança, passando a ter uma QVRS melhor no componente físico. A DAC é uma doença limitante que pode comprometer o desempenho individual devido às manifestações como dor precordial, gástrica ou nos membros após a realização de atividades que demandam esforço físico (ZORNOFF et al., 2005). De acordo com nossos resultados e os apresentados nos estudos previamente citados, podemos observar que os pacientes coronariopatas, independente de suas características sociodemográficas e clínicas, apresentam dificuldades para realizar atividades profissionais e/ou domésticas em decorrência de sua saúde física (Aspectos físicos). Nossos pacientes demonstraram que essas atividades estavam comprometidas por alterações emocionais (Aspectos emocionais). Apresentaram limitações para realizar atividades que exigem maior esforço físico como correr, vestir-se, tomar banho (Capacidade funcional) e referiram algum grau de dor no corpo (Dor).

No estudo de Favarato et al. (2007) realizado numa amostra de pacientes com características demográficas semelhantes as do nosso estudo (idade, prevalência do sexo masculino e grau de escolaridade), os componentes que se apresentaram mais comprometidos, entre os participantes submetidos à CRVM, foram Aspectos físicos (M=18), Capacidade funcional (M=46) e Aspectos emocionais (M=49). Entre dois estudos pesquisados, o componente Capacidade funcional apresentou média inferior a 50, com valores de 48,75 (ROSS; OSTROW, 2001) e 49,5 (HAWKES; MORTENSEN, 2006) e para o domínio Dor, a média foi 48,5 (HUNT; HENDRATA; MYLES, 2000). E em todos os estudos analisados, assim como no presente estudo, o componente Aspectos físicos se apresentou como o mais comprometido (BARNASON et al., 2000; ELLIOTT; LAZARUS; LEEDER, 2006; FALCOZ et al., 2003; FAVARATO et al., 2007; HAWKES; MORTENSEN, 2006;

HUNT; HENDRATA; MYLES, 2000; KIEBZAK et al., 2002; MYLES; VIIRA; HUNT, 2006; ROSS; OSTROW, 2001).

O componente Dor apresentou valor médio menor que 50 entre os pacientes da nossa amostra e os do estudo de Hunt et al. (2000). Com relação ao componente Vitalidade (M=53,9), diferentemente dos nossos resultados, outros autores obtiveram valores médios menores do que 50 entre os pacientes antes da cirurgia cardíaca (BARNASON et al., 2000; HAWKES; MORTENSEN, 2006; HUNT; HENDRATA; MYLES, 2000; KIEBZAK et al., 2002; MYLES; VIIRA; HUNT, 2006; ROSS; OSTROW, 2001).

Seis meses após a cirurgia, o componente Capacidade funcional foi o que apresentou melhor avaliação entre os demais componentes (M=74,2), seguido do componente Aspectos sociais (M=72,7). Elliott; Lazarus; Leeder (2006) também observaram maiores médias no componente Capacidade funcional, enquanto em outros estudos, o componente Aspectos sociais foi o que apresentou melhor avaliação, após seis meses, com as médias de 84 (HAWKES; MORTENSEN, 2006) e 79 (FAVARATO et al., 2007). Já no estudo de Barnason et al. (2000), foi observado maior ganho no Aspecto emocional (M=97,7), seguido do componente Aspectos sociais (M=93,8).

O domínio Aspectos físicos foi aquele que apresentou menores valores médios, tanto antes como seis meses após a CRVM. O mesmo foi observado nos estudos de Favarato et al. (2007), Gjeilo et al. (2008) e Hawkes, Mortensen (2006). Embora seja pequeno, esse aumento do valor médio na segunda avaliação pode ser explicado pela diminuição ou cessação da angina, ocasionada pela melhora da perfusão decorrente da revascularização cirúrgica do miocárdio. A relação entre melhora percebida na QVRS e a redução da angina tem sido documentada por outros pesquisadores (BRORSSON et al., 2001; CHARLIER, DUTRANNOIS, KAUFMAN, 1997).

Após seis meses, os indivíduos passam por um período de retorno às atividades diárias, com diminuição ou mesmo sem as limitações impostas pela gravidade da DAC presentes no pré-operatório, o que possibilita a realização de atividades mais vigorosas como correr, tomar banho e vestir-se. Os pacientes também vivenciam, durante o período de reabilitação, uma retomada às atividades sociais como visitar amigos e parentes (Aspectos sociais).

De modo geral, constatamos que a avaliação da QVRS dos pacientes melhorou seis meses após a CRVM, sendo as diferenças dos valores observados antes e depois do tratamento estatisticamente significantes ($p < 0,01$). Outros estudos prospectivos analisados, que avaliaram pacientes submetidos à cirurgia cardíaca em período de tempo semelhante, também identificaram melhora na QVRS (BARNASON et al., 2000; FAVARATO et al., 2007; GJEILO et al., 2008; HAWKES; MORTENSEN, 2006; RUMSFELD et al., 2001; VACCARINO et al., 2003a). Enquanto no estudo realizado por Elliott; Lazarus; Leeder (2006) os pacientes submetidos à cirurgia cardíaca apresentaram deterioração nos domínios Saúde mental e Aspectos sociais. Para os autores, uma possível explicação é que os pacientes poderiam ter uma expectativa maior sobre os resultados da cirurgia e da recuperação após o tratamento.

Os resultados confirmam a primeira hipótese deste estudo (*Após a cirurgia cardíaca os pacientes apresentarão melhor avaliação da QVRS em relação à primeira avaliação, antes do tratamento cirúrgico*). E, como havíamos pensado, a QVRS dos pacientes melhorou seis meses após a cirurgia. Em todos os oito domínios do SF-36 houve aumento em seus valores, e as diferenças foram estatisticamente significantes. Os domínios que apresentaram maiores diferenças nas medidas (depois e antes) foram Aspectos físicos (44,9) e Capacidade funcional (31,7) e os que mostraram menores diferenças foram Vitalidade (15,0) e Saúde mental (12,8). Essa avaliação nos permite detectar, no entanto, que a melhora foi mais acentuada nos componentes físicos da QVRS e menos intensa nos componentes mentais. Tais resultados podem ser considerados levando em conta as consequências da CRVM na melhora da capacidade cardiovascular e, conseqüentemente, no desempenho físico dos pacientes. Outro aspecto é a presença de alterações no estado de humor, tanto antes como depois do tratamento, prejudicando a QVRS dos pacientes.

Com relação à segunda hipótese do estudo (*Após a cirurgia cardíaca os pacientes apresentarão menor prevalência de depressão quando comparados com o período pré-operatório*), nossos resultados confirmaram essa hipótese. No grupo estudado, o valor médio da medida de IDB diminuiu de 15,1 para 11,9, sendo essa diferença estatisticamente significativa ($p = 0,01$). Outros autores que avaliaram a presença de depressão, antes e após a CRVM, também constataram menor depressão entre os pacientes, seis meses após a cirurgia (WANG et al., 2008).

Como era esperado, não constatamos mudanças no SC dos participantes que apresentaram valores semelhantes, antes e seis meses após a cirurgia ($p=0,51$) (Hipótese 3). Esse resultado confirma a ideia de Antonovsky (1987) sobre a estabilidade desse construto entre adultos.

Antes da cirurgia, o intervalo obtido para a medida do SC variou de 101 a 191 e, seis meses depois, de 97 a 203, em um intervalo possível de 29 a 203 (ANTONOVSKY, 1987). Ao compararmos os valores mínimo e máximo com os apresentados em outros estudos, constatamos que o valor mínimo foi superior aos obtidos por Bruscia et al. (2008), Dantas (2007) e Dantas, Motzer, Ciol (2002), respectivamente, 80, 59, 83. Nossos resultados indicam que os pacientes apresentaram melhor SC, quando comparados aos resultados apresentados em outros estudos desenvolvidos, tanto com pacientes submetidos à CRVM (DANTAS; MOTZER; CIOL, 2002), quanto com pacientes internados para tratamento clínico (BRUSCIA et al., 2008; DANTAS, 2007). O valor máximo obtido no intervalo foi igual ao maior valor possível, 203. A média da medida de SC foi 147,6 (D.P.=26,3) a qual se assemelha à dos pacientes cardíacos brasileiros ($M=143,2$; D.P.= 24,9) (DANTAS, 2007) e americanos ($M = 146,4$; D.P. = 25,9) (DANTAS; MOTZER; CIOL, 2002). Tanto os valores da média quanto os do desvio-padrão são compatíveis com aqueles obtidos da revisão de 126 autores que utilizaram a versão de 29 itens e constataram que, em diferentes populações, foram obtidas médias que variaram de 100 a 164 para o total da medida e de 13 a 53 para o desvio-padrão do total da medida (ERIKSSON; LINDSTROM, 2007).

Outro objetivo deste estudo foi investigar as relações entre QVRS, depressão e SC, entre pacientes, antes e após o tratamento cirúrgico da DAC.

No que se refere à associação entre depressão e QVRS, constatamos que a medida de depressão apresentou relação inversa com oito componentes do SF-36, medida usada para avaliar a QVRS. A correlação inversa foi obtida nas duas avaliações, indicando que quanto maior era a medida de depressão, menor se apresentava a medida de QVRS. Esse resultado confirma a sexta hipótese do estudo e os resultados já apresentados por outros estudos também realizados com pacientes submetidos ao mesmo procedimento, acompanhados por seis meses e que usaram o IDB como instrumento de avaliação da depressão (BURG et al., 2003; GOYAL et al., 2005). Esses autores observaram que altos níveis de depressão pré-operatória afetaram a QVRS, seis meses após a cirurgia.

Goyal et al. (2005) observaram que maior depressão no pré-operatório se relacionou com menor capacidade funcional seis meses após a cirurgia cardíaca, independente da capacidade funcional anterior à cirurgia, das características demográficas e clínicas dos pacientes. Wang et al. (2008) identificaram menor ganho nos componentes Dor e Aspectos emocionais do SF-36, seis meses após a CRVM, entre pacientes diagnosticados como depressivos, quando comparados aos não depressivos. De acordo com Favarato et al. (2007), há uma relação entre depressão e a cirurgia a qual parece estar relacionada a uma reação ao estresse desencadeado pela indicação da cirurgia, trauma cirúrgico e perdas transitórias que podem ocorrer pela cirurgia. A cirurgia desencadeia um estado depressivo em pessoas que já são predispostas ou que já são depressivas no pré-operatório, podendo aumentar no pós-operatório imediato e ser atenuado a níveis anteriores decorridos alguns meses, segundo esses autores.

Ao investigarmos a associação do constructo SC com a QVRS dos pacientes, constatamos que a medida de SC se correlacionou positivamente com todos os componentes do SF-36 na primeira avaliação, sendo estatisticamente significativa com seis dos oito componentes do SF-36 (Aspectos emocionais, Saúde mental, Aspectos sociais, Estado geral de saúde, Vitalidade e Capacidade funcional). No pós-operatório, houve correlações que variaram de moderada a forte magnitude entre os oito componentes, demonstrando que pacientes com maior SC apresentaram melhor percepção da QVRS. Esses resultados confirmaram parcialmente a quarta hipótese do nosso estudo.

Outros autores encontraram resultados semelhantes. Karlsson et al. (2002), investigando a relação entre dor no peito após a CRVM, QV (avaliada por uma questão global com o uso de uma escala visual analógica) e SC, observaram que a dor esteve relacionada com baixo SC e QV. O SC funcionou como fator moderador. Pacientes com dor no peito e elevado SC reportando melhor QV quando comparados com pacientes com mais baixo SC.

A medida de SC também correlacionou com a de depressão e também foi observado em outros estudos (BUCHI et al., 1998; DANTAS, 2007; KIWIMAKI et al., 2002; PALLANT, LAE, 2002; PETRIE, BROOK, 1992; SCHNYDER et al., 2000).

A medida de SC apresentou correlações inversas de moderada e forte magnitudes com relação à medida de depressão no pré-operatório e seis meses após a cirurgia, respectivamente ($p < 0,01$). Esse resultado confirmou a quinta

hipótese do estudo apenas para a segunda avaliação, ou seja, seis meses após a cirurgia. Correlação semelhante também foi observada no estudo de Dantas, realizado com pacientes cardíacos (DANTAS, 2007). Numa revisão de estudos que utilizaram o QSCA, foram encontrados 14 estudos que fizeram esta associação, com os valores negativos dos coeficientes de correlação variando de 0,45 a 0,71 (ERIKSSON; LINDSTROM, 2007). Pacientes com maior SC apresentaram menos depressão, tanto antes quanto seis meses após a cirurgia.

Como tem sido investigado por outros autores, buscamos confirmar entre os participantes do estudo as relações dos constructos de interesse (QVRS, SC e depressão) com outras características pessoais às quais têm sido consideradas como suas preditoras: sexo, idade, estado civil e escolaridade.

Com relação ao sexo, as mulheres apresentaram menor avaliação da QVRS em quase todos os componentes do SF-36 no período pré-operatório, exceto para Aspectos emocionais, no qual tiveram melhor avaliação do que os homens, não sendo essa diferença estatisticamente significativa. Já no pós-operatório, as mulheres apresentaram menores médias em todos os componentes do SF-36. No entanto, essas diferenças foram estatisticamente significantes na comparação entre os sexos, apenas nos componentes Aspectos físicos ($p=0,046$), Dor ($p=0,025$), Estado geral de saúde ($p=0,015$) e Vitalidade ($p=0,047$). Esses resultados se assemelham aos dos estudos que avaliaram QVRS seis meses após a cirurgia cardíaca, como os de Favarato et al. (2007) e Gjeilo et al. (2008). As mulheres apresentaram menores valores médios em sete dos oito domínios do SF-36, sendo essa diferença estatisticamente significativa apenas para o componente Vitalidade ($p=0,001$) no estudo de Favarato et al. (2007) e nos componentes Dor ($p=0,046$) e Aspectos emocionais ($p=0,025$) naquele realizado por Gjeilo et al. (2008).

Vaccarino et al. (2003a) também constataram que as mulheres apresentaram menor ganho na QVRS em relação aos homens, avaliando apenas os dois componentes sumários do SF-36 (físico e mental), sendo as diferenças estatisticamente significantes para ambos os domínios. De acordo com Vaccarino et al. (2003a), uma explicação, para as mulheres apresentarem menor ganho na avaliação da QVRS, seria o fato de muitas delas serem submetidas à CRVM quando a DAC já se encontra em grau mais avançado e, com isso, os resultados após a cirurgia seriam mais limitados do que nos homens. Por outro lado, Falcoz et al.

(2006) e Hunt, Hendrata e Myles (2000) não observaram diferenças na QVRS entre os sexos 12 e 24 meses após a cirurgia cardíaca, respectivamente.

Acreditamos que a presença de depressão pode interferir na avaliação da QVRS entre os sexos, uma vez que, no nosso estudo, as mulheres apresentaram maiores valores para a medida de depressão do que os homens, nos dois momentos em que foram avaliadas. Entretanto, essas diferenças entre as medidas do IDB, segundo o sexo, não foram estatisticamente significantes. A literatura não é conclusiva quanto à influência do sexo na depressão. Alguns autores defendem que a ocorrência de sintomas depressivos é maior entre as mulheres (MALLIK et al., 2005), estando a depressão relacionada às doenças cardíacas entre mulheres mais velhas (WILLIAMS et al., 2002). Mitchell et al. (2005) observaram que as mulheres encontravam-se mais deprimidas do que os homens antes da CRVM. Seis e 12 semanas após a cirurgia, entretanto, as mulheres apresentaram melhora do quadro emocional e se compararam aos homens investigados. Já no estudo de Vaccarino et al. (2003b), os autores constataram mais sintomas depressivos entre as mulheres, tanto antes quanto após a cirurgia cardíaca. Outros autores defendem que não existem evidências que confirmem ser a depressão mais prevalente em mulheres do que em homens (HAYES; MEHTA; MEHTA, 2005; RUGULIES, 2002).

Com relação à avaliação do SC frente ao sexo, nossos resultados vão ao encontro dos resultados obtidos por outros pesquisadores (BRUSCIA et al., 2008; DANTAS, 2007; NILSSON; HOLMGREN; WESTMAN, 2000; PALLANT; LAE, 2002). Essa premissa foi defendida por Antonovsky (1987), o qual argumenta que o sexo do indivíduo não interfere na formação do seu SC. Entretanto, outros autores têm constatado existirem diferenças na medida do SC, segundo o sexo dos indivíduos (ANSON et al., 1993; CARMEL et al., 1991; CEDERFJALL et al., 2001). A determinação do SC, independente do sexo do indivíduo, tem sido questionada por autores que argumentam que existem diferenças entre os sexos as quais já foram apontadas em várias ciências, como a psicologia e a sociologia. Segundo eles, maior impacto dos estressores tem sido mais observado entre as mulheres, assim como a resposta ao estresse se dá de forma mais intensa no sexo feminino. Assim, se há diferenças entre os sexos relativas aos recursos de *coping*, seria esperado que essa diferença também estivesse presente no SC (CEDERFJALL et al., 2001; NILSSON et al., 2003; PALLANT; LAE, 2002).

Quando analisamos se houve correlação entre a idade dos participantes e a percepção de QVRS, observamos apenas uma correlação moderada, positiva e estatisticamente significativa, com o domínio Estado geral de saúde ($r=0,342$; $p<0,05$) no pré-operatório. No pós-operatório, a idade também se correlacionou com o Estado geral de saúde, sendo agora uma correlação de forte magnitude ($r=0,570$; $p<0,01$) e de moderada magnitude com a Saúde mental ($r=0,388$; $p<0,01$). Tais resultados indicam que pacientes com mais idade apresentaram melhora na percepção do Estado geral de saúde e que, após a cirurgia, apresentaram menos nervosismo, depressão, desânimo, mais tranquilidade e felicidade (Saúde mental). Najafi et al. (2008) também observaram correlação entre idade e a QVRS entre os pacientes antes de serem submetidos à CRVM, com os mais idosos apresentando melhor avaliação no componente sumário mental. Baldassarre et al. (2002) concluíram que as mulheres mais idosas apresentaram melhor avaliação no componente sumário mental, três meses após a cirurgia cardíaca. Por outro lado, Jarvinen et al. (2003) constataram que pacientes acima de 75 anos apresentavam menor ganho na QVRS, tanto no componente sumário físico quanto no mental, quando comparados com pacientes mais jovens. Segundo esses autores, maior queixa de angina, após um ano da cirurgia, pode estar relacionada à natureza da doença coronariana em pacientes mais idosos, além de desordens não cardíacas que podem interferir na percepção do estado de saúde entre eles (JARVINEN et al., 2003).

Quando analisamos a idade dos participantes com as medidas de depressão e SC, obtivemos correlações moderadas tanto no pré-operatório quanto seis meses após a cirurgia, mas com sentido distinto: negativa entre idade e depressão e positiva entre idade e SC. Tais resultados sugerem que os pacientes mais idosos também apresentavam maiores escores na medida de SC e menores na de depressão. A diminuição na medida de depressão com o aumento da idade também foi observada por outros autores (YATES; BELKNAP, 1991).

Quanto à relação entre a medida de SC e a idade, observamos que os pacientes com mais idade apresentaram maior SC, contrapondo-se ao proposto por Antonovsky (1987), o qual defende a ideia de que não existe mudança no SC após a completa formação do indivíduo, em torno dos 30 anos de idade. Nesse sentido a literatura é contraditória. Enquanto alguns autores observaram maior SC entre

idosos (PALLANT; LAE, 2002), outros constataram diminuição do SC entre os mais velhos (NILSSON et al., 2003).

Para testar se a presença de depressão, seis meses após a cirurgia, sofreu interferência da depressão existente na fase pré-operatória, bem como das variáveis sexo e da idade, realizamos uma avaliação multivariada (regressão linear). Incluímos a medida de depressão seis meses após a cirurgia como variável resposta, devido à depressão influenciar na reabilitação dos pacientes submetidos à CRVM. A medida de depressão no pré-operatório foi incluída no modelo, uma vez que, de acordo com a literatura, pacientes com depressão antes da cirurgia cardíaca podem apresentar maior depressão após a cirurgia (GOYAL et al., 2005). Esses autores observaram que o efeito dos sintomas depressivos aumentados no pós-operatório foi maior entre pacientes com mais altos níveis de depressão no pré-operatório. Como resultado da análise de regressão, constatamos que essas variáveis se relacionavam e explicaram 49% da variância da medida de depressão seis meses após a cirurgia, corroborando com a literatura.

Para verificar se o SC explicaria ainda mais a variância da depressão seis meses após a CRVM, adicionamos o SC do pós-operatório no modelo, junto com as variáveis: depressão pré-operatória, sexo e idade. Constatamos que o SC passou a explicar, sozinho, 18,7% da variância da medida de depressão, após o controle das demais variáveis.

Assim, é importante considerarmos esses resultados quando planejamos a assistência aos pacientes submetidos à CRVM. Os enfermeiros precisam observar com maior atenção os pacientes mais jovens, uma vez que os nossos resultados sugerem que eles apresentam menos recursos para lidar com o estresse (avaliado pelo SC) e mais chances de desenvolver depressão, tanto durante a internação como na reabilitação após a alta. Um maior SC implica em menor depressão no pós-operatório. Essa constatação confirma a relação entre esses construtos. A capacidade de o indivíduo enfrentar situações estressantes como a cirurgia cardíaca é um importante aspecto a ser investigado pelos profissionais da saúde, sendo o SC um dos constructos que tem sido estudado quando se investiga a capacidade de enfrentamento ao estresse (ANTONOVSKY, 1987).

Não foi possível confirmar se o constructo SC explicava a variância na medida da QVRS, seis meses após o tratamento (Hipótese 7). Consideramos que os resultados obtidos pela análise multivariada realizada com os componentes

Aspectos físicos e Capacidade funcional podem ser justificados por alguns aspectos: o número de sujeitos estudado ter sido pequeno e serem estes domínios muito importantes para a avaliação da performance física dos pacientes, e que podem não terem sido afetados pelas variáveis mais ligadas à saúde mental como a depressão e da sua capacidade de lidar com o estresse (senso de coerência).

Assim, consideramos como limitações do presente estudo, tanto o número de participantes investigados, quanto o uso do SF-36, sem suas medidas sumárias (componente físico e componente mental), enquanto medida da avaliação da QVRS. Esses aspectos podem ter contribuído para a não comprovação da sétima hipótese, a qual foi elaborada com base nos resultados constatados por outros investigadores, apresentados na introdução desta tese. Novos estudos com maior número de sujeitos e que utilizem as medidas sumárias do SF-36, ou mesmo outros instrumentos de avaliação da QVRS, específicos para indivíduos com DAC devem ser realizados para testar as hipóteses aqui apresentadas.

6. CONCLUSÃO

Com base nos resultados apresentados neste estudo, podemos concluir que atingimos os objetivos propostos e confirmamos a maioria das nossas hipóteses.

Os participantes do estudo apresentaram melhor avaliação da QVRS (hipótese 1) e menor prevalência de depressão, seis meses após a CRVM (hipótese 2). As médias obtidas nos oito domínios do SF-36 foram maiores seis meses após a cirurgia, comparadas com o pré-operatório, sendo as diferenças estatisticamente significantes. A medida de depressão foi maior antes do que após cirurgia ($p < 0,01$), e não houve alteração na medida do SC neste período de seis meses ($p > 0,05$).

As medidas de depressão e SC apresentaram correlação inversa e de magnitude moderada, no período pré-operatório, e de forte magnitude, seis meses após a cirurgia, o que confirma em parte nossa quinta hipótese, uma vez que julgamos correlação inversa e forte na primeira e na segunda avaliação.

Após o ajuste das variáveis: sexo, idade, e depressão apresentada no pré-operatório, a inclusão do SC contribuiu para explicar 18,7% da variância da medida de depressão, seis meses após a cirurgia, sendo que o modelo final explicou 68% da variância (hipótese 8).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS²

AARONSON, N. K.; MULLER, M.; COHEN, P. D. A.; ESSINK-BOT, M.; FEKKES, M.; SANDERMAN, R.; SPRANGERS, M. A. G.; VELDE, A.; VERRIPS, E. Translation, validation and norming of the Dutch language version of the SF-36 Health survey in community and chronic disease population. **Journal of Clinical Epidemiology**, United States, v.51, n.11, p.1055-1068, 1998.

AJZEN, I.; FISHBEIN, M. **Understanding attitudes and predicting social behavior**. New Jersey: Prentice-Hall, 1998. p.97-99.

ALONSO, J.; REGIDOR, E.; BARRIO, G.; PRIETO, L.; RODRÍQUEZ, C.; DE LA FUENTE, L. Population reference values of the Spanish version of the Health Questionnaire SF-36. **Medicina Clínica**, Spain, v.11, n.11, p.410-416, 1999.

ANSON, O.; PARAN, E.; NEUMANN, L.; CHERNICHOVSKY, D. Psychological state and health experiences: gender and social class. **International Journal of Health Sciences**, United States, v.4, p.143-149, 1993.

ANTONOVSKY, A. **Unraveling the mystery of health**. Sao Francisco: Jossey-Bass, 1987.

ANTONOVSKY, A. The structure and properties of the sense of coherence scale. **Social Science Medicine**, England, v.36, p.725-33, 1993.

AORN bariatric surgery guideline. In: **Perioperative Standards and Recommended Practices**. Denver, CO: AORN, Inc; 2008:67-85. Disponível em: <http://www.aorn.org/docs_assets/55B250E0-9779-5C0D-1DDC8177C9B4C8EB/D7761DA3-E44E-F9B6-69A6462080744155/RP_TOC_2008.pdf>. Acessado em 16 de janeiro de 2009

ASCIONE, R.; LLOYD, C. T.; UNDERWOOD, M. J.; LOTTO, A. A.; PITSIS, A. A.; ANGELINI, G. D. Inflammatory response after coronary revascularization with or without cardiopulmonary bypass. **The Annals of Thoracic Surgery**, Netherlands, v.69, n.4, p.1198-1204, 2000.

²De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

BALDASSARRE, F. G.; ARTHUR, H. M.; DICENSO, A.; GUYATT, G. Effect of coronary bypass graft surgery on older women's health-related quality of life. **Heart and Lung**, United States, v.31, n.6, p.421-431, 2002.

BARNASON, S.; ZIMMERMAN, L.; ANDERSON, A.; MOHR- BURT, S.; NIEVEEN, J. Functional status outcomes of patients with a coronary artery bypass graft over time. **Heart and Lung**, United States, v.29, n.1, p.33-46, 2000.

BARRY, L. C.; KASL, S. V.; LICHTMAN, J.; VACCARINO, V.; KRUMHOLZ, H. M. Social support and change in health-related quality of life 6 months after coronary artery bypass grafting. **Journal of Psychosomatic Research**, England, v.60, n.2, p.185-193, 2006.

BECK, A. T.; STEER, R. A.; GARBIN, M. G. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. **Clinical Psychology Review**, United States, v.8, p.77-100, 1988.

BECK, A. T.; WARD, C. H.; MENDELSON, M.; MOCK, J.; ERBAUGH, J. An inventory for measuring depression. **Archives of General Psychiatry**, United States, v.4, p.561-571, 1961.

BOWLING, A. **Measuring Disease**. 2. ed. Library of Congress Cataloging, 2001, 394p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa nacional das doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.1, de 13 de junho de 1988**. Normas de pesquisa em saúde. Brasília, 1998. Cap.2, p.4-7: Aspectos éticos da pesquisa em seres humanos.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Datasus: indicadores de saúde**. 2005. Site. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em 07 de janeiro 2009.

BRORSSON, B.; BERNSTEIN, S. J.; BROOK, R. H.; WERKÖ, L. Quality of life of chronic stable angina patients 4 years after coronary angioplasty or coronary artery bypass surgery. **Journal of Internal Medicine**, England, v.249, n.1, p.47-57, 2001.

BRUSCIA, K.; SHULTIS, C.; DENNERY, K.; DILEO, C. The Sense of Coherence in Hospitalized Cardiac and Cancer Patients. **Journal of Holistic Nursing**, United States, v.26, n.4, p.286-294, 2008.

BUCHI, S.; SENSKY, T.; ALLARD, S.; STOLL, T.; SCHNYDER, U.; KLAGHOFER, R.; BUDDEBERG, C. Sense of coherence--a protective factor for depression in rheumatoid arthritis. **The Journal of Rheumatology**, Canada, v.25, n.5, p.869-875, 1998.

BURG, M. M.; BENEDETTO, C.; ROSENBERG, R.; SOUFER, R. Presurgical Depression Predicts Medical Morbidity 6 Months After Coronary Artery Bypass Graft Surgery. **Psychosomatic Medicine**, United States, v.65, n.1, p.111-118, 2003.

CARMEL, S.; ANSON, O.; LEVENSON, A.; BONNEH, D. Y.; MAOZ, B. Life events, sense of coherence and health: gender differences on the kibbutz. **Social Science and Medicine**, England, v.32, n.10, p.1089-1096, 1991.

CEDERFJALL, C.; LANGIUS-EKLÖF, A.; LIDMAN, K.; WREDLING, R. Gender differences in perceived health-related quality of life among patients with HIV infection. **AIDS Patient Care**, United States, v.15, n.1, p.31-39, 2001.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Racial ethnic and socioeconomic disparities in multiple risk factors for heart disease and stroke – United States, 2003. **MMWR MORBIDITY AND MORTALITY WEEKLY REPORT**, Atlanta, v.54, n.5, p.113-117, fev. 2005.

CHARLIER, L.; DUTRANNOIS, J.; KAUFMAN, L. The SF-36 questionnaire: a convenient way to assess quality of life in angina pectoris patients. **Acta Cardiologica**, Belgium, v.3, p.247-260, 1997.

CICONELLI, R. M. **Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “Medical Outcomes 36 Item Short Form Health Survey - SF-36”**. São Paulo, 1997. 143f. Tese (Doutorado) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1997.

CICONELLI, R. M.; FERRAZ, M. B.; SANTOS, W.; MEINÃO, I.; QUARESMA, M. R. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Revista Brasileira de Reumatologia**, Brasil, v.39, n.3, p.143-150, 1999.

COHEN, J.; COHEN, P. **Applied multiple regression/correlation for the behavioral sciences**. 2a. ed. Hillsdale: N. J., 1983.

CONNERNEY, I.; SHAPIRO, P. A.; MCLAUGHLIN, J. S.; BAGIELLA, E.; SLOAN, R. P. Relation between depression after coronary artery bypass surgery and 12-month outcome: a prospective study. **Lancet**, England, v.358, n.9295, p.1766-1771, 2001.

DANTAS, R. A. S. **Adaptação cultural e validação do Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky em uma amostra de pacientes cardíacos brasileiros**. Ribeirão Preto, 2007, 115p. Tese (Livre-Docência) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

DANTAS, R. A. S.; CIOL, M. A. Quality of life after coronary artery bypass surgery. **Western Journal of Nursing Research**, United States, v.30, n.04, p.477-490, 2008.

DANTAS, R. A. S.; CIOL, M. A.; MOTZER, S. A. The association between sense of coherence and quality of life in subjects with cardiac disease. In: Lee AV (Editor). **Coping with Disease**. Nova York: Nova Science Publishers. Chapter 1, 2005, p.1-22.

DANTAS, R. A. S.; GOIS, C. F. L.; SILVA, L. M. Utilização da versão adaptada da Escala de Qualidade de Vida de Flanagan em pacientes cardíacos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 15-20, 2005.

DANTAS, R. A. S.; MOTZER, S. A.; CIOL, M. The relationship between quality of life, sense of coherence and self-esteem in persons after coronary artery bypass graft surgery. **International Journal of Nursing Studies**, England, v.39, p.745-755, 2002.

DANTAS, R. A. S.; SAWADA, N. O.; MALERBO, M. B. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das Universidades Públicas do Estado de São Paulo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.4, p.532-538, 2003.

ELLIOTT, D.; LAZARUS, R.; LEEDER, S. R. Health outcomes of patients undergoing cardiac surgery: repeated measures using Short Form-36 and 15 Dimensions of Quality of Life questionnaire. **Heart and Lung**, United States, v.35, n4, p.245-251, 2006.

ENGLAND, M.; ARTINIAN, B. Salutogenic psychosocial nursing practice. **Journal of Holistic Nursing**, United States, v.14, p. 174-195, 1996.

ERIKSSON, M.; LINDSTROM, B. Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. **Journal of Epidemiology and Community Health**, England, v.59, n.6, p.460-466, 2007.

FAILDE, I.; RAMOS, I. Validity and reliability of the SF-36 Health Survey Questionnaire in patients with coronary artery disease. **Journal of Clinical Epidemiology**, United States, v.53, p.359-65, 2000.

FALCOZ, P. E.; CHOCRON, S.; STOICA, L.; KAILI, D.; PUYRAVEAU, M.; MERCIER, M.; ETIEVENT, J. P. Open heart surgery: one-year self-assessment of quality of life and functional outcome. **The Annals of Thoracic Surgery**, Netherlands, v.76, n.5, p.1598-1604, 2003.

FALCOZ, P. E.; CHOCRON, S.; LALUC, F.; PUYRAVEAU, M.; KAILI, D.; MERCIER, M.; ETIEVENT, J. P. Gender analysis after elective open heart surgery: a two-year comparative study of quality of life. **The Annals of Thoracic Surgery**, Netherlands, v.81, n.5, p.1637-1643, 2006.

FAVARATO, M. E. C. S. **Qualidade de vida em portadores de doença arterial coronária submetidos a diferentes tratamentos: comparação entre gêneros**. São Paulo, 2004, 69p. Tese (Doutorado) Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo.

FAVARATO, M. E.; FAVARATO, D.; HUEB, W. A.; ALDRIGHI, J. M. Qualidade de vida em portadores de doença arterial coronária: comparação entre gêneros. **Revista da Associação Médica Brasileira**, Brasil, v.52, n.4, p.236-241, 2006.

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

FAYERS, P. M.; MACHIN, D. **Quality of life. Assessment , analysis and interpretation**. Chichester, England: John Wiley & Sons, 2007, p.3.

FERGUSON, B. et al. Heart Disease and Stroke Statistics_2009 Update. A Report From the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. **Circulation**, Dallas, 2008. Disponível em: <<http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/CIRCULATIONAHA.108.191261>>. Acessado em 07 de janeiro 2009.

FLECK, M. P. A.; LIMA, A. F. B. S.; POLANCZYK, C. A.; TRENTINI, C. M.; BANDEIRA, D.; PATRICK, D.; CHACHAMOVICH, E.; HELDT, E.; GAZALLE, F. K.; KAPEZINSKI, F.; MANFRO, G. G.; ZIMMERMANN, J. J.; BICKENBACH, J.; PARGENDLER, J. S.; BRENNER, J. K.; WAGNER, L. C.; CRUZ, L. N.; BERLIM, M. T.; CALDIERARO, M. A. K.; POWER, M.; ROCHA, N. S.; PANZINI, R. G.; ZIMPEL, R.; SCHMIDT, S.; CHATTERJI, S. **Avaliação de qualidade de vida: Guia para profissionais de saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FORTUNA PRADO. **PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO EM CIRURGIA CARDÍACA: guia para intensivistas, anesthesiologistas e enfermagem especializada**. São Paulo: Atheneu, 2002.

FUNDAÇÃO SEADE. Informações dos municípios paulistas – educação, 2006. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/indsociais/indicadores_sociais.pdf>. Acessado em 28 de março de 2009.

GALLANI, M. C. B. J.; COLOMBO, R. C. R.; ALEXANDRE, N. M. C.; BRESSAN-BIAJONE, A. M. Qualidade de vida em pacientes coronariopatas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasil, v. 56, n.1, p.40-43, 2003.

GIL, T. M.; FEINSTEIN, A. R. A critical appraisal of the quality of quality of life measurements. **JAMA**, United States, v.272, n. 8, p.619-626, 1994.

GJEILO, K. H.; WAHBA, A.; KLEPSTAD, P.; LYDERSEN, S.; STENSETH, R. The role of sex in health-related quality of life after cardiac surgery: a prospective study. **European Journal of Cardiovascular Prevention**, England, v.15, n.4, p.448-452, 2008.

GOIS, C. F. L. **O pós-operatório de cirurgia cardíaca na percepção de pacientes**. 2005. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Franca, Franca , 2005.

GOIS, C. F. L.; DANTAS, R. A. S. Estressores em uma unidade pós-operatória de cirurgia torácica: avaliação da enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Brasil, v. 12, n. 1, p. 22-27, 2004.

GONÇALVES, F. D. P.; MARINHO, P. E. M.; MACIEL, M. A.; GALINDO FILHO, V. C.; DORNELAS DE ANDRADE, A. Avaliação da qualidade de vida pós-cirurgia cardíaca na fase I da reabilitação através do questionário MOS SF-36. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, Brasil, v.10, n.1, p. 121-126, 2006.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. Validation of a portuguese version of the Beck depression inventory and state-trait anxiety inventory in Brazilian subjects. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, Brasil, v.29, n.4, p.453-457, 1996.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. **Revista de Psiquiatria Clínica**, Brasil, v.25, n.5, p.245-250, 1998.

GORENSTEIN, C.; POMPEIA, S.; ANDRADE, L. Scores of brazilian university students on the Beck depression and the state-trait anxiety inventories. **Psychological Reports**, United States, v.77, n.2, p.635-641, 1995.

GOYAL, T. M.; IDLER, E. L.; KRAUSE, T. J.; CONTRADA, R. J. Quality of life following cardiac surgery: impact of the severity and course of depressive symptoms. **Psychosomatic Medicine**, United States, v. 67, n.5, p.759-765, 2005.

HAWKES, A. L.; MORTENSEN, O. S. Up to one third of individual cardiac patients have a decline in quality of life post-intervention. **Scandinavian Cardiovascular Journal**, England, v.40, n.4, p.214-218, 2006.

HAYES, E.; MEHTA, P.; MEHTA, J. L. Depression in heart disease--a plea for help! **Indian Heart Journal**, India, v.57, n.4, p.360-363, 2005.

HOFER, S.; BENZER, W.; ALBER, H.; RUTTMANN, E.; KOPP, M.; SCHÜSSLER, G.; DOERING, S. Determinants of health-related quality of life in coronary artery disease patients: a prospective study generating a structural equation model. **Psychosomatics**, United States, v.46, n.3, p. 212-223, 2005.

HOVNANIAN, A. L. D.; MORAES, E. G.; SERRANO JR, C. V.; SOLIMENE, M. C. Isquemia miocárdica silenciosa. In: Lopes, A. C. **Tópicos em clínica médica**. Editora médica e Científica LTDA, Rio de Janeiro, 2003. p.55-64.

HUNT, J. O.; HENDRATA, M. V.; MYLES, P. S. Quality of life 12 months after coronary artery bypass graft surgery. **Heart and Lung**, United States, v.29,n.6, p.401-411, 2000.

IMMER, F. F.; BERDAT, P. A.; IMMER- BANSI, A. S.; ECKSTEIN, F. S.; MÜLLER, S.; SANER, H.; CARREL, T. P. Benefit to quality of life after off-pump versus on-pump coronary bypass surgery. **The Annals of Thoracic Surgery**, Netherlands, v.76, n.1, p.27-31, 2003.

INSTITUT MUNICIPAL D'INVESTIGACIÓ MÈDICA (IMIM). **Manual de puntuación de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36**. Barcelona; 2000.

JÄRVINEN, O.; SAARINEN, T.; JULKUNEN, J.; HUHTALA, H.; TARKKA, M. R. Changes in health-related quality of life and functional capacity following coronary artery bypass graft surgery. **European Journal of Cardio-thoracic Surgery**, Germany, v.24, p.750-756, 2003.

JÄRVINEN, O.; SAARINEN, T.; JULKUNEN, J.; LAURIKKA, J.; HUHTALA, H.; TARKKA, M. R. Improved health-related quality of life after coronary artery bypass grafting is unrelated to use of cardiopulmonary bypass. **World Journal of Surgery**, United States, v.28, n.10, p.1030-1035, 2004.

JENSEN, B. O.; HUGHES, P.; RASMUSSEN, L. S.; PEDERSEN, P. U.; STEINBRUCHEL, D. A. Health-related quality of life following off-pump versus on-pump coronary artery bypass grafting in elderly moderate to high-risk patients: randomized trial. **European Journal of Cardio-thoracic Surgery**, Germany, v.30, p.294-299, 2006.

KAISER, C. F.; SATTler, D. N.; BELLACK, D. R.; DERSIN, J. A conservation of resource approach to a natural disaster: sense of coherence and psychological distress. **Journal of Social Behavior and Personality**, United States, v.11, n.3, p.459-476, 1996.

KAMWENDO, K.; HANSSON, M.; HJERPE, I. Relationships between adherence, sense of coherence, and knowledge in cardiac rehabilitation. **Rehabilitation Nursing**, United States, v.23, p.240-5, 251, 1998.

KARLSSON, I.; RASMUSSEN, C.; RAVN, J.; THIIS, J. J.; PETTERSSON, G.; LARSSON, P. A. Chest pain after coronary artery bypass: relation to coping capacity and quality of life. **Scandinavian Cardiovascular Journal**, England, v.36, n. 1, p.41-47, 2002.

KATTAINEN, E; MERILANINEN, P.; SINTONEN, H. Sense of coherence and health-related quality of life among patients undergoing coronary artery bypass grafting or angioplasty. **European Journal of Cardiovascular Nursing**, Netherlands, v.5, n.1, p.21-30, 2006.

KIEBZAK, G. M.; PIERSON, L. M.; CAMPBELL, M.; COOK, J. W. Use of the SF-36 general health status survey to document health-related quality of life in patients with coronary artery disease: effect of disease and response to coronary artery bypass graft surgery. **Heart and Lung**, United States, v.31, n.3, p.207-13, 2002.

KIVIMAKI, M.; ELOVAINIO, M.; VAHTERA, J.; NURMI, J.E.; FELDT, T.; KELITKANGAS- JÄRVINEN, L.; PENTTI, J. Sense of coherence as a mediator between hostility and health: seven-year prospective study on female employees. **Journal of Psychosomatic Research**, England, v.52, n.4, p.239-247, 2002.

KLANG, B.; BJORVELL, H.; CRONQVIST, A. Patients with chronic renal failure and their ability to cope. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, Sweden, v.10, n.2, p.89-95, 1996.

KRISTOFFERZON, M. I.; LOFMARK, R.; CARLSSON, M. Coping, social support and quality of life over time after myocardial infarction. **Journal of Advanced Nursing**, England, v.52, n.2, p.113-124, 2005.

KRITTAYAPHONG, R.; BHURIPANYO, K.; RAUNGRATANAAMPORN, O.; CHOTINAIWATARAKUL, C.; CHAOWALIT, N.; PUNLEE, K.; KANGKAGATE, C.; CHAITHIRAPHAN, S. Reliability of Thai version of SF-36 questionnaire for the evaluation of quality of life in cardiac patients. **Journal of the Medical Association of Thailand**, Thailand, v.83, Supl.2, p.S130-136, 2000.

KURKI, T. S.; JÄRVINEN, O.; KATAJA, M. J.; LAURIKKA, J.; TARKKA, M. Performance of three preoperative risk indices; CABDEAL, EuroSCORE and Cleveland models in a prospective coronary bypass database. **European Journal of Cardio-thoracic Surgery**, Germany, v.21, n.3, p.406–410, 2002.

LARAIA, M. T. Psicofarmacologia. IN: Stuart GW, Laraia MT. Enfermagem Psiquiátrica. Princípios e prática. Porto Alegre: Artmed. 6 ed., 2001. Cap. 27. p. 607-639.

LAUZON, C.; BECK, C. A.; HUYNH, T.; DION, D.; RACINE, N.; CARIGNAN, S.; DIODATI, J. G.; CHARBONNEAU, F.; DUPUIS, R.; PILOTE, L. Depression and prognosis following hospital admission because of acute myocardial infarction. **Canadian Medical Association Journal**, Canada, v.168, n.5, p.547-552, 2003.

LEVINE, J. B.; COVINO, N. A.; SLACK, W. V.; SAFRAN, C.; SAFRAN, D. B.; BORO, J. E.; DAVIS, R. B.; BUCHANAN, G. M.; GERVINO, E. V. Psychological predictors of subsequent medical care among patients hospitalized with cardiac disease. **Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation**, United States, v.16, n.2, p.109-116, 1996.

LINDSAY, G. M.; HANLON, P.; SMITH, L. N.; WHEATLEY, D. J. Assessment of change in general health status using the short-form 36 questionnaire 1 year following coronary artery bypass grafting. **European Journal of Cardio-thoracic Surgery**, Germany, v.18, p.557-564, 2000.

LISBOA, L. A. F.; DALLAN, L. A. O.; PUIG, L. B.; ABREU FILHO, C.; LECA, R. C.; DALLAN, L. A. P.; OLIVEIRA, S. A. Seguimento clínico a médio prazo com uso exclusivo de enxertos arteriais na revascularização completa do miocárdio em pacientes com doença coronária triarterial. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, Brasil, v.19, n.1, p.9-16, 2004.

MALLIK, S.; KRUMHOLZ, H. M.; LIN, Z. Q.; KASL, S. V.; MATTERA, J. A.; ROUMAINS, S. A.; VACCARINO, V. Patients with depressive symptoms have lower health status benefits after coronary artery bypass surgery. **Circulation**, United States, v.111, n.3, p.271-277, 2005.

MATHISEN, L.; ANDERSEN, M. H.; HOL, P. K.; LINGAAS, P. S.; LUNDBLAD, R.; REIN, K. A.; TØNNESSEN, T. I.; MØRK, B. E.; SVENNEVIG, J. L.; WAHL, A. K.; HANESTAD, B. R.; FOSSE, E. Patient-reported outcome after randomization to on-pump versus off-pump coronary artery surgery. **The Annals of Thoracic Surgery**, Netherlands, v.79, n.5, p.1584-1589, 2005.

MCCARTHY, M. J.; SHROYER, A. L.; SETHI, G. K.; MORITZ, T. E.; HENDERSON, W. G.; GROVER, F. L.; LONDON, M. J.; GIBBS, J. O.; LANSKY, D.; MILLER, D.; CLARK, J.; HAMMERMEISTER, K. E. Self-report measures for assessing treatment outcomes in cardiac surgery patients. **Medical Care**, United States, v. 33, (10 Suppl), p. OS76-85, 1995.

MCCSHERRY, W. C.; HOLM, J. E. Sense of coherence: its effects on psychological and physiological processes prior to, during, and after a stressful situation. **Journal of Clinical Psychology**, United States, v.50, n.4, p.476-487, 1994.

MCKHANN, G. M.; BOROWICZ, L. M.; GOLDSBOROUGH, M. A.; ENGER, C.; SELNES, O. A. Depression and cognitive decline after coronary artery bypass grafting. **Lancet**, England, v.349, n.9061, p.1282-1284, 1997.

MELLO-JORGE, M. H. P.; GOTLIEB, S. L. D.; LAURENTI, R. **A saúde no Brasil: análise do período 1996 a 1999**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2001. p.244.

MITCHELL, R. H. B.; ROBERTSON, E.; HARVEY, P. J.; NOLAN, R.; RODIN, G.; ROMANS, S.; ABRAMSON, B. L.; BRISTER, S. J.; IVANOV, J.; STEWART, D. E. Sex differences in depression after coronary artery bypass graft surgery. **American Heart Journal**, United States, v.150, n.5, p.1017-1025, 2005.

MOTALLEBZADEH, R.; BLAND, J. M.; MARKUS, H. S.; KASKI, J. C.; JAHANGIRI, M. Health-related quality of life outcome after on-pump versus off-pump coronary artery bypass graft surgery: a prospective randomized study. **The Annals of Thoracic Surgery**, Netherlands, v.82, n.2, p.615-619, 2006.

MOTZER, S. U.; STEWART, B. J. Sense of coherence as a predictor of quality of life in persons with coronary heart disease surviving cardiac arrest. **Research in Nursing & Health**, United States, v.19, n.4, p.287-298, 1996.

MYLES, P. S.; VIIRA, D.; HUNT, J. O. Quality of life at three years after cardiac surgery: relationship with preoperative status and quality of recovery. **Anaesthesia and Intensive Care**, Austrália, v.34, n.2, p. 176-183, 2006.

NAJAFI, M.; SHEIKHVATAN, M.; MONTAZERI, A.; SHEIKHFATHOLLAHI, M. Predictors of quality of life among patients undergoing coronary artery bypass surgery. **Acta Cardiologica**, Belgium, v.63, n.6, p.713-721, 2008.

NILSSON, B.; HOLMGREN, L.; WESTMAN, G. Sense of coherence in different stages of health and disease in northern Sweden--gender and psychosocial differences. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, Norway, v.18, n.1, p.14-20, 2000.

NILSSON, B.; HOLMGREN, L.; STEGMAYR, B.; WESTMAN, G. Sense of coherence—stability over time and relation to health, disease, and psychosocial changes in a general population: a longitudinal study. **Scandinavian Journal of Public Health**, Sweden, v. 31, n.4, p.297-304, 2003.

OLIVEIRA, M. F. P.; SHAROVSKI, L. L.; ISMAEL, S. M. C. Aspectos emocionais no paciente coronariano. In: OLIVEIRA, M.F.P & ISMAEL, S.M.C (org). **Rumos da psicologia hospitalar em cardiologia**. São Paulo: Papirus Editora, 1995. p.185-198.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Constituição de Nova York: OMS, 1946.

PALLANT, J.; LAE, L. Sense of coherence, well-being, coping and personalitt factors: further evaluation of the sense of coherence scale. **Personality and Individual Differences**, England, v.33, n.1, p.39-48, 2002.

PÊGO-FERNANDES, P. M.; GAIOTTO, F. A.; GUIMARÃES-FERNANDES, F. Estado atual da cirurgia de revascularização do miocárdio. **Revista Médica**, Brasil, v.87, n.2, p.92-98, 2008.

PETRIE, K.; BROOK, R. Sense of coherence, self-esteem, depression and hopelessness as correlates of reattempting suicide. **The British Journal of Clinical Psychology**, England, v.31, Pt 3, p.293-300, 1992.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. Tradução de Ana Thorell. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004, 487p.

POSSATI, G.; GAUDINO, M.; PRATI, F.; ALESSANDRINI, F.; TRANI, C.; GLIECA, F.; MAZZARI, M. A.; LUCIANI, N.; SCHIAVONI, G. Long-term results of the radial artery used for myocardial revascularization. **Circulation**, United States, v.108, n.11, p.1350-1354, 2003.

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO. **Saúde**. Site. Disponível em: <<http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/mortalidade/0001>>. Acessado em 7 de outubro de 2007.

PUSKAS, J. D.; WILLIAMS, W. H.; MAHONEY, E. M.; HUBER, P. R.; BLOCK, P. C.; DUKE, P. G.; STAPLES, J. R.; GLAS, K. E.; MARSHALL, J. J.; LEIMBACH, M. E.; MCCALL, S. A.; PETERSEN, R. J.; BAILEY, D. E.; WEINTRAUB, W. S.; GUYTON, R. A. Off-pump vs conventional coronary artery bypass grafting: early and 1-year graft patency, cost, and quality-of-life outcomes. **JAMA**, United States, v.291, n.15, p.1841-1849, 2004.

RACZYNSKI, J. M.; OBERMAN, A. Cardiovascular surgery patients. In: Spilker, B. (ed). **Quality of life assessments in clinical trials**. New York: Raven Press. 1990, p. 295-322.

ROSAMOND, W.; FLEGAL, K.; FRIDAY, G.; FURIE, K.; GO, A.; GREENLUND, K.; HAASE, N.; HO, M.; HOWARD, V.; KISSELA, B.; et al. Heart disease and stroke statistics – 2007 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. **Circulation**, Dallas, n.115, 2007. Disponível em: <<http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/115/5e69.pdf>>. Acessado em 09 de janeiro de 2009.

ROSS, A. C.; OSTROW, L. Subjectively perceived quality of life after coronary artery bypass surgery. **American Journal of Critical Care**, United States, v.10, n.1, p.11-16, 2001.

RUGULIES, R. Depression as a predictor for coronary heart disease. a review and meta-analysis. **American Journal of Preventive Medicine**, Netherlands, v.23, n.1, p.51-61, 2002.

RUMSFELD, J. S.; MAGID, D. J.; O'BRIEN, M.; MCCARTHY, M. JR.; MAWHINNEY, S.; SHROYER, A. L.; MORITZ, T. E.; HENDERSON, W. G.; SETHI, G. K.; GROVER, F. L.; HAMMERMEISTER, K. E. Changes in health-related quality of life following coronary artery bypass graft surgery. **The Annals of Thoracic Surgery**, Netherlands, v.72, n.6, p.2026-2032, 2001.

SAHAKYAN, K.; ABRAMSON, J. L.; KRUMHOLZ, H. M.; VACCARINO, V. Comparison of functional status after coronary artery bypass grafting in patients with and without diabetes mellitus. **The American Journal of Cardiology**, United States, v.98, n.5, p.619-623, 2006.

SCHNYDER, U.; BÜCHI, S.; SENSKY, T.; KLAGHOFER, R. Antonovsky's sense of coherence: trait or state? **Psychotherapy and Psychosomatics**, Switzerland, v.69, n.6, p.296-302, 2000.

SCIENTIFIC ADVISORY COMMITTEE OF THE MEDICAL OUTCOMES TRUST. Assessing health status and quality-of-life instruments: attributes and review criteria. **Quality of Life Research**, Netherlands, v11, n.3, p.193-205, 2002.

SELNES, O.; GOLDSBOROUGH, M. A.; BOROWICZ, L. M.; MCKHANN, G. M. Neurobehavioural sequelae of cardiopulmonary bypass. **Lancet**, England, v.353, n.9164, p.1601-1606, 1999.

SHROYER, A. L.; COOMBS, L. P.; PETERSON, E. D.; EIKEN, M. C.; DELONG, E. R.; CHEN, A.; FERGUSON, T. B. JR; GROVER, F. L.; EDWARDS, F. H. The society of thoracic surgeons: 30-day operative mortality and morbidity risk models. **The Annals of Thoracic Surgery**, Netherlands, v.75, n. 6, p.1856-1865, 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). Diretrizes da cirurgia de revascularização do miocárdio. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Brasil, v.82, suppl.5, p. 1-20, 2004.

SOUZA, D. S. R.; GOMES, W. J. O futuro da veia safena como conduto na cirurgia de revascularização miocárdica. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, Brasil, v.23, n.3, 2008.

STOLF, N. A. G.; JATENE, A. D. **Tratamento cirúrgico da insuficiência coronária**. São Paulo: Editora Atheneu, 1998.p. 97-111.

TIMBERLAKE, N.; KLINGER, L.; SMITH, P.; VENN, G.; TREASURE, T.; HARRISON, M.; NEWMAN, S. P. Incidence and patterns of depression following coronary artery bypass graft surgery. **Journal of Psychosomatic Research**, England, v.43, n.02, p.197-207, 1997.

VACCARINO, V.; LIN, Z. Q.; KASL, S. V.; MATTERA, J. A.; ROUMANIS, S. A.; ABRAMSON, J. L.; KRUMHOLZ, H. M. Sex differences in health status after coronary artery bypass surgery. **Circulation**, United States, v.108, n.21, p.2642-2647, 2003a.

_____. Gender differences in recovery after coronary artery bypass surgery. **Journal of the American College of Cardiology**, United States, v.41, n.2, p.307-314, 2003b.

VAN BELLE, G.; HEAGERTY, P. J.; FISHER, L. D.; LUMLEY, T. S. **Biostatistics. A methodology for the health sciences**. 2 ed. Wiley-Interscience, 2004.

WANG, X. S.; MEI, Y. Q.; LI, A. P.; JI, Q.; SUN, Y. F.; ZHU, C.; CHI, L. J.; HU, D. Y. et al. Depression before and after operation in patients undergoing coronary artery bypass grafting and the effect thereof on quality of life. **Zhonghua Yi Xue Za Zhi**, China, v.88, n.46, p.3283-3286, 2008.

WARE, J. E.; KOSINSKI, M.; KELLER, S. D. **SF36, physical, and mental health summary scales: A user's manual**. Boston, Mass: Health Assessment Lab. New England Medical Center, 1994.

WARE, J. E.; SHERBOURNE, C. D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. **Medical Care**, United States, v.30, n.06, p.473-483, 1992.

WATTERS, M. P.; COHEN, A. M.; MONK, C. R.; ANGELINI, G. D.; RYDER, I. G. Reduced cerebral embolic signals in beating heart coronary surgery detected by transcranial Doppler ultrasound. **British Journal Anaesthesia**, England, v.84, n.5, p.629-631, 2000.

WILLIAMS, S. A.; KASL, S. V.; HEIAT, A.; ABRAMSON, J. L.; KRUMHOLZ, H. M.; VACCARINO, V. Depression and risk of heart failure among the elderly: a prospective community-based study. **Psychosomatic Medicine**, United States, v.64, n.1, p.6-12, 2002.

WOODS, S. L.; FROELICHER, E. S. S.; MOTZER, S. U. **Enfermagem em cardiologia**. 4 ed. São Paulo: Manole, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Atlas of Heart Disease and Stroke**. English, 2004. p. 112.

ZORNOFF, L. A. M. et al. Conceito e avaliação clínica da doença arterial crônica. In: NOBRE, F.; SERRANO JR, C. V. **Tratado de cardiologia SOCESP**. São Paulo: Malone, 2005. cap.3, p.563-570.

YATES, B. C.; BELKNAP, D. C. Predictors of physical functioning after a cardiac event. **Heart Lung**, United States, v.20, n.4, p.383-390, 1991.

APÊNDICES

APÊNDICE A

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome da pesquisa: “Qualidade de vida relacionada à saúde, depressão e senso de coerência de pacientes antes e seis meses após revascularização do miocárdio.”.

Pesquisador responsável: Profa. Dra. Rosana Aparecida Spadoti Dantas (COREN-SP 44.148) e enfermeira Cristiane Franca Lisboa Gois (COREN-SP 81679).

Promotora da pesquisa: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

Estamos realizando uma pesquisa com pacientes cardíacos antes e após serem submetidos à cirurgia cardíaca a fim de avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde desses pacientes, assim como a presença de depressão e a capacidade de enfrentamento de cada um. A sua participação neste estudo é **voluntária**. Decidindo participar, você irá responder a algumas questões sobre como a sua saúde tem influenciado sua vida, sobre aspectos que podem estar ligados aos sentimentos de tristeza e depressão e como você tem enfrentado as alterações na sua saúde, com a cirurgia inserida neste contexto. Estas perguntas são pessoais, caso você se sinta constrangido ou incomodado em respondê-las pode recusar-se a participar do estudo ou interrompê-lo a qualquer momento. O tempo da entrevista é de meia hora. Este estudo não oferece qualquer risco ou desconforto e asseguramos que você não será identificado. Embora sua participação não lhe traga nenhum benefício diretamente, os resultados deste estudo nos ajudarão a conhecer como vivem os pacientes antes e após a cirurgia de Revascularização do Miocárdio, que são atendidos neste hospital. Futuramente poderemos propor um atendimento que ajude a melhorar a qualidade de vida destas pessoas. **Se decidir não participar da nossa pesquisa, ou resolver parar no meio da entrevista, sua**

decisão não acarretará nenhuma mudança no seu atendimento pelos profissionais deste hospital.

 Pesquisadora responsável:
 Profa. Dra. Rosana A Spadoti Dantas

 Pesquisadora responsável:
 Cristiane Franca Lisboa Gois
 Contato:cristianeflg@hotmail.com
 Fone: 3621-6550

Qualquer dúvida o Sr. (a) pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa: (017) 3201-5813

EU _____,
 RG _____, abaixo assinado, tendo recebido as informações acima,
 e ciente dos meus direitos abaixo relacionados, concordo em participar.

1. A garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida a respeito dos procedimentos, riscos, benefícios e de outras situações relacionadas com a pesquisa e o tratamento a que serei submetido.
2. A liberdade de retirar o meu consentimento e deixar de participar do estudo, a qualquer momento, sem que isso traga prejuízo à continuidade do meu tratamento.
3. A segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada a minha privacidade.
4. O compromisso de que me será prestada informação atualizada durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade de continuar dele participando.
5. O compromisso de que serei devidamente acompanhado e assistido durante todo o período de minha participação no projeto, bem como de que será garantida a continuidade do meu tratamento, após a conclusão dos trabalhos da pesquisa.
6. O compromisso de que será comunicada à equipe médica responsável pelo meu tratamento a presença de depressão, caso se suspeite, após ter respondido o instrumento para sua avaliação.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____

 Assinatura do participante

APÊNDICE B

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS

1. Registro: _____

2. Data do nascimento: _____

3. Data da 1ª entrevista: _____

4. Data da 2ª entrevista: _____

5. Data da internação: _____

6. Data da CRVM: _____

7. Data da Alta: _____

8. Peso: _____

9. Estatura: _____

10. Sexo: () 0. Masculino () 1. Feminino

11. Estado civil:

() 0. Solteiro () 1. Casado () 2. Separado () 3. União estável () 4. Viúvo(a)

12. Grau de escolaridade:

Quantos anos frequentou o ensino formal: _____

13.1. Situação profissional (1ª avaliação):

1- ativo

2- aposentado, mas desempenha atividades remuneradas

3- aposentado

4- aguardando aposentadoria devido ao problema cardíaco

5- desempenha atividades em casa (dona de casa, auxilia na casa)

6- desempregado

7-Outros: _____

13.2. Situação profissional (2ª avaliação):

- 1- ativo
- 2- aposentado, mas desempenha atividades remuneradas
- 3- aposentado
- 4- aguardando aposentadoria devido ao problema cardíaco
- 5- desempenha atividades em casa (dona de casa, auxilia na casa)
- 6- desempregado
- 7-Outros: _____

14. Renda mensal: Individual: R\$ _____ **Familiar:** R\$ _____

15. Nº de pessoas que dependem da renda familiar: _____

16. Participa em programa de Reabilitação: () 0.Não () 1.Sim

17. Atividade física semanal até um mês antes da internação:

() 0.Não () 1.Sim _____

18. Atividade física semanal após a RVM: () 0.Não () 1.Sim _____

19. Faz uso de medicação controlada:

() 0.Não () 1.Sim _____ (nome, frequência e concentração)

20. Já fez algum tratamento anterior para a DAC:

() 1.Medicamentoso

() 2.ACTP

() -88.Não se aplica

21. Presença de coronariopatia:

Angina: () 0. Não () 1.Sim

IAM: () 0. Não () 1.Sim

22. Presença de doenças associadas/fatores de risco:

1. HAS ()	6. Acidente vascular cerebral ()	11. Outros () _____
2. Dislipidemias ()	7. Insuficiência cardíaca ()	
3. Diabetes ()	8. Obesidade ()	
4. Câncer ()	9. Tabagismo ()	
5. Insuficiência renal ()	10. Etilismo ()	

23. Circulação extracorpórea: () Não () Sim: Tempo: _____

24. Nº de pontes: _____

25. Tipos de pontes:

1. Safena () 2. Radial () 3. Mamária () 4. Safena e mamária ()
5. Mamária e radial ()

26. Tempo de permanência na UTI: _____

27. Presença de complicações no perioperatório:

1. IAM ()	5. Acidente vascular Cerebral ()
2. Infecção () _____	6. Parada cardiorrespiratória ()
3. Distúrbio neurológico ()	7. Fibrilação atrial ()
4. Insuficiência Renal ()	8. Outras ()

28. Retorno para UTI: () Sim () Não

Início da coleta: _____ **Término da coleta:** _____

Preenchido por: () Participante () Pesquisadora

ANEXOS

ANEXO A

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

www.hcrp.fmrp.usp.br

Ribeirão Preto, 17 de agosto de 2006

Ofício nº 2289/2006
CEP/MGV

Prezada Senhora,

O trabalho intitulado **“ESTADO DE SAÚDE, DEPRESSÃO E SENSO DE COERÊNCIA ENTRE PACIENTES CORONARIOPATAS SUBMETIDOS E REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO”**, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 231ª Reunião Ordinária realizada em 14/08/2006, e enquadrado na categoria: **APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, de acordo com o Processo HCRP nº 8157/2006.

Atenciosamente.

DRª MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
Secretária do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssima Senhora
CRISTIANE FRANCA LISBOA GOIS
PROFª DRª ROSANA APARECIDA SPADOTI DANTAS (Orientadora)
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

ANEXO B

MEDICAL OUTCOMES STUDY 36 - ITEM SHORT-FORM (SF-36)³

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda a cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro(a) em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

SF1. Em geral, você diria que sua saúde é: (circule uma)

- Excelente.....1
 Muito boa.....2
 Boa.....3
 Ruim.....4
 Muito ruim.....5

SF2. Comparada há um ano atrás, como você classificaria sua saúde geral, agora? (circule uma)

- Muito melhor agora do que há um ano atrás.....1
 Um pouco melhor agora do que há um ano atrás.....2
 Quase a mesma coisa de um ano atrás.....3
 Um pouco pior agora do que há um ano atrás.....4
 Muito pior agora do que há um ano atrás.....5

³Fonte: CICONELLI, R. M. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “Medical Outcomes 36 Item Short Form Health Survey - SF-36”. São Paulo, 1997. 143f. Tese (Doutorado) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1997.

SF3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. **Devido à sua saúde**, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

Atividades	Sim. Dificulta muito.	Sim. Dificulta um pouco.	Não. Não dificulta de modo algum.
a. Atividades vigorosas , que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b. Atividades moderadas , tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c. Levantar ou carregar mantimentos.	1	2	3
d. Subir vários lances de escada.	1	2	3
e. Subir um lance de escada	1	2	3
f. Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g. Andar mais de um quilômetro	1	2	3
h. Andar vários quarteirões	1	2	3
i. Andar um quarteirão	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

³Fonte: CICONELLI, R. M. **Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “Medical Outcomes 36 Item Short Form Health Survey - SF-36”**. São Paulo, 1997. 143f. Tese (Doutorado) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1997.

SF4. Durante as **últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou alguma atividade diária regular, **como consequência da sua saúde física**?

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c. Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d. Teve dificuldades de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex.: necessitou de um esforço extra)?	1	2

SF5. Durante as **últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, **como consequência de algum problema emocional** (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

³Fonte: CICONELLI, R. M. **Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “Medical Outcomes 36 Item Short Form Health Survey - SF-36”**. São Paulo, 1997. 143f. Tese (Doutorado) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1997.

SF6. Durante as **últimas 4 semana**, de que maneira a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, aos vizinhos, aos amigos ou em grupo?

(circule uma)

De forma nenhuma.....1
 Ligeiramente.....2
 Moderadamente.....3
 Bastante.....4
 Extremamente.....5

SF7. Quanta **dor no corpo** você teve durante as **últimas 4 semanas**?

(circule uma)

Nenhuma.....1
 Muito leve.....2
 Leve.....3
 Moderada.....4
 Grave.....5
 Muito grave.....6

SF8. Durante as **últimas 4 semanas**, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora de casa e dentro de casa)?

(circule uma)

De forma nenhuma.....1
 Um pouco.....2
 Moderadamente.....3
 Bastante.....4
 Extremamente.....5

³Fonte: CICONELLI, R. M. **Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “Medical Outcomes 36 Item Short Form Health Survey - SF-36”**. São Paulo, 1997. 143f. Tese (Doutorado) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1997.

SF9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as **últimas 4 semanas**. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxima da maneira como você se sente. Em relação às **últimas 4 semanas**: (circule um número em cada linha)

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a. Quanto tempo você tem se sentido cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c. Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f. Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g. Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i. Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

³Fonte: CICONELLI, R. M. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "Medical Outcomes 36 Item Short Form Health Survey - SF-36". São Paulo, 1997. 143f. Tese (Doutorado) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1997.

SF10. Durante as **últimas 4 semanas**, quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

(circule uma)

Todo o tempo.....1

A maior parte do tempo.....2

Alguma parte do tempo.....3

Uma pequena parte do tempo.....4

Nenhuma parte do tempo.....5

SF11. O quanto **verdadeira** ou **falsa** é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a. Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas.	1	2	3	4	5
b. Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço.	1	2	3	4	5
c. Eu acho que minha saúde vai piorar.	1	2	3	4	5
d.Minha saúde é excelente.	1	2	3	4	5

³Fonte: CICONELLI, R. M. **Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “Medical Outcomes 36 Item Short Form Health Survey - SF-36”**. São Paulo, 1997. 143f. Tese (Doutorado) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1997.

ANEXO C

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK⁴

Este questionário consiste de 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0,1,2 ou 3) diante da afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira como você tem se sentido nesta semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

1. 0 Não me sinto triste

1 Eu me sinto triste

2 Estou sempre triste e não consigo sair disso

3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar

2. 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro

1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro

2 Acho que nada tenho a esperar

3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar

3. 0 Não me sinto um fracasso

1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum

2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos

3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso

4. 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes

1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes

2 Não encontro um prazer real em mais nada

3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo

⁴ Fonte: GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. Validation of a portuguese version of the Beck depression inventory and state-trait anxiety inventory in Brazilian subjects. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, v.29, p.453-457, 1996.

5. 0 Não me sinto especialmente culpado
 - 1 Eu me sinto culpado às vezes
 - 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo
 - 3 Eu me sinto sempre culpado
6. 0 Não acho que esteja sendo punido
 - 1 Acho que posso ser punido
 - 2 Creio que vou ser punido
 - 3 Acho que estou sendo punido
7. 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo
 - 1 Estou decepcionado comigo mesmo
 - 2 Estou enojado de mim
 - 3 Eu me odeio
8. 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros
 - 1 Sou crítico em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros
 - 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas
 - 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece
9. 0 Não tenho quaisquer ideias de me matar
 - 1 Tenho ideias de me matar, mas não as executaria
 - 2 Gostaria de me matar
 - 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade
10. 0 Não choro mais que o habitual
 - 1 Choro mais agora do que costumava
 - 2 Agora, choro o tempo todo
 - 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira
11. 0 Não sou mais irritado agora de que já fui
 - 1 Fico molestado ou irritado mais facilmente do que costumava
 - 2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo
 - 3 Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me

⁴ Fonte: GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. Validation of a portuguese version of the Beck depression inventory and state-trait anxiety inventory in Brazilian subjects. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, v.29, p.453-457, 1996.

12. 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas
- 1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas
 - 2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas
 - 3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas
13. 0 Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época
- 1 Adio minhas decisões mais do que costumava
 - 2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes
 - 3 Não consigo mais tomar decisões
14. 0 Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser
- 1 Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos
 - 2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos
 - 3 Considero-me feio
15. 0 Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes
- 1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa
 - 2 Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa
 - 3 Não consigo fazer nenhum trabalho
16. 0 Durmo tão bem quanto de hábito
- 1 Não durmo tão bem quanto costumava
 - 2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir
 - 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir
17. 0 Não fico mais cansado que de hábito
- 1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava
 - 2 Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa
 - 3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa

⁴ Fonte: GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. Validation of a portuguese version of the Beck depression inventory and state-trait anxiety inventory in Brazilian subjects. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, v.29, p.453-457, 1996.

18. 0 Meu apetite não está pior do que de hábito

1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser

2 Meu apetite está muito pior agora

3 Não tenho mais nenhum apetite

19. 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente

1 Perdi mais de 2,5 Kg

2 Perdi mais de 5,0 Kg

3 Perdi mais de 7,5 Kg

Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos:

Sim () Não ()

20. 0 Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde

1 Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre

2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso

3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa

21. 0 Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual

1 Estou menos interessado por sexo que costumava

2 Estou bem menos interessado em sexo atualmente

3 Perdi completamente o interesse por sexo

⁴ Fonte: GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. Validation of a portuguese version of the Beck depression inventory and state-trait anxiety inventory in Brazilian subjects. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, v.29, p.453-457, 1996.

ANEXO D

QUESTIONÁRIO DE SENSO DE COERÊNCIA DE ANTONOVSKY⁵

Aqui está uma série de questões relacionadas a vários aspectos de nossas vidas. Cada questão tem sete respostas possíveis. Por favor, marque o número que expressa sua resposta, com números de 1 a 7. Se você estiver de acordo com as palavras abaixo do número 1, circule o número 1. Se você estiver de acordo com as palavras abaixo do número 7, circule o número 7. Se sua resposta for diferente, circule o número que melhor expressa seus sentimentos. Por favor, marque só uma resposta para cada questão (Mostrar exemplo de preenchimento de acordo com o sexo do paciente).

1.Quando você conversa com outras pessoas tem a sensação de que elas não te entendem?

1	2	3	4	5	6	7
Nunca						Sempre
tenho						tenho
essa						essa
sensação						sensação

2.Quando você precisou fazer algo que dependia da colaboração de outros, você teve a sensação de que:

1	2	3	4	5	6	7
Com						Com
certeza não						certeza
seria feito						seria feito

⁵ Fonte: DANTAS, R. A. S. **Adaptação cultural e validação do Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky em uma amostra de pacientes cardíacos brasileiros**. Ribeirão Preto, 2007, 115p. Tese (Livre-Docência) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

3. Pense nas pessoas com quem você tem contato diariamente e das quais não se sente muito próximo, pois não são seus familiares e amigos íntimos (vizinhos, pessoas que trabalham no mesmo local ou que frequentam os mesmos lugares, como por exemplo sua igreja). Como você acha que conhece a maioria dessas pessoas?

1	2	3	4	5	6	7
Você sente que não as conhece						Você as conhece muito bem

4. Com que frequência você tem a sensação de que não se importa com o que está acontecendo ao seu redor:

1	2	3	4	5	6	7
Raramente ou nunca						Com muita frequência

5. Alguma vez já aconteceu de você se surpreender com o comportamento de pessoas que você achava que conhecia bem?

1	2	3	4	5	6	7
Nunca aconteceu						Sempre aconteceu

6. Já aconteceu das pessoas com quem você contava te decepcionarem?

1	2	3	4	5	6	7
Nunca aconteceu						Sempre aconteceu

7. A vida é:

1	2	3	4	5	6	7
Muito interessante						Muito rotineira

⁵ Fonte: DANTAS, R. A. S. **Adaptação cultural e validação do Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky em uma amostra de pacientes cardíacos brasileiros**. Ribeirão Preto, 2007, 115p. Tese (Livre-Docência) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

8. Até agora, sua vida tem sido:

1	2	3	4	5	6	7
Sem						Com
qualquer						finalidade
objetivo ou						e objetivos
finalidade						claros

9. Com que frequência você tem a sensação de que está sendo tratado injustamente?

1	2	3	4	5	6	7
Com						Raramente
muita						ou nunca
frequência						

10. Nos últimos dez anos sua vida tem sido:

1	2	3	4	5	6	7
Cheia de						Completamente
mudanças						previsível
sem que						(esperada)
você						
soubesse o						
que iria						
acontecer						
em seguida						

11. A maior parte das coisas que você fará no futuro provavelmente será:

1	2	3	4	5	6	7
Completamente						Extremamente
fascinante						chata

⁵ Fonte: DANTAS, R. A. S. **Adaptação cultural e validação do Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky em uma amostra de pacientes cardíacos brasileiros**. Ribeirão Preto, 2007, 115p. Tese (Livre-Docência) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

12. Com que frequência você tem a sensação de que está numa situação desconhecida e não sabe o que fazer?

1	2	3	4	5	6	7
Com muita frequência						Raramente ou nunca

13. Como você vê a vida?

1	2	3	4	5	6	7
Sempre se pode achar uma solução para os sofrimentos da vida						Não há solução para os sofrimentos da vida

14. Quando você pensa na sua vida, frequentemente você:

1	2	3	4	5	6	7
Sente o quanto é bom estar vivo						Pergunta a si mesmo por que você existe

15. Quando você enfrenta um problema difícil, a escolha de uma solução é:

1	2	3	4	5	6	7
Sempre confusa e difícil de encontrar						Sempre completamente clara e fácil de encontrar

⁵ Fonte: DANTAS, R. A. S. **Adaptação cultural e validação do Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky em uma amostra de pacientes cardíacos brasileiros**. Ribeirão Preto, 2007, 115p. Tese (Livre-Docência) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

16. Fazer as coisas que você faz todos os dias é:

1	2	3	4	5	6	7
Uma fonte de grande prazer e satisfação						Uma fonte de sofrimento e chatices

17. Sua vida no futuro provavelmente será:

1	2	3	4	5	6	7
Cheia de mudanças sem que você saiba o que acontecerá em seguida						Completamente previsível (esperada)

18. Quando algo desagradável aconteceu, sua tendência foi:

1	2	3	4	5	6	7
Ficar se "remoendo de raiva" sobre o acontecido						Dizer "está tudo bem, tenho que viver com isso" e seguir em frente

19. Com que frequência você tem sentimentos e ideias bastante confusas?

1	2	3	4	5	6	7
Com muita frequência						Raramente ou nunca

⁵ Fonte: DANTAS, R. A. S. **Adaptação cultural e validação do Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky em uma amostra de pacientes cardíacos brasileiros**. Ribeirão Preto, 2007, 115p. Tese (Livre-Docência) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

20. Quando você faz algo que lhe dá uma sensação boa, o que você sente:

1	2	3	4	5	6	7
Com						Com
certeza						certeza algo
você						acontecerá
continuará						para
sentindo-						estragar
se bem						essa
						sensação

21. Com que frequência acontece de você ter sentimentos que você preferiria não sentir?

1	2	3	4	5	6	7
Com muita						Raramente
frequência						ou nunca

22. Você acha que sua vida pessoal no futuro será:

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente						Cheia de
sem						significado
significado						e
e finalidade						finalidade

23. Você acha que sempre existirão pessoas com quem você poderá contar no futuro?

1	2	3	4	5	6	7
Você está						Você
certo de						duvida que
que essas						essas
pessoas						pessoas
existirão						existirão

⁵ Fonte: DANTAS, R. A. S. **Adaptação cultural e validação do Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky em uma amostra de pacientes cardíacos brasileiros**. Ribeirão Preto, 2007, 115p. Tese (Livre-Docência) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

24. Com que frequência você tem a sensação de que não sabe exatamente o que está para acontecer?

1	2	3	4	5	6	7
Com muita frequência						Raramente ou nunca

25. Muitas pessoas - mesmo aquelas muito fortes - algumas vezes se sentem como fracassadas em certas situações. Com que frequência você já se sentiu dessa maneira?

1	2	3	4	5	6	7
Nunca						Com muita frequência

26. Quando alguma coisa acontece a você, em geral você acha que:

1	2	3	4	5	6	7
Você deu muita ou pouca importância para o que aconteceu						Você viu as coisas na medida certa

27. Quando você pensa nas dificuldades que provavelmente terá que enfrentar em aspectos importantes de sua vida, você tem a sensação de que:

1	2	3	4	5	6	7
Sempre terá sucesso em superar as dificuldades						Não terá sucesso em superar as dificuldades

⁵ Fonte: DANTAS, R. A. S. **Adaptação cultural e validação do Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky em uma amostra de pacientes cardíacos brasileiros**. Ribeirão Preto, 2007, 115p. Tese (Livre-Docência) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

28. Com que frequência você tem a sensação de que há pouco significado nas coisas que faz na sua vida diária?

1	2	3	4	5	6	7
Com						Raramente
muita						ou nunca
frequência						

29. Com que frequência você tem a sensação de que você não consegue manter seu autocontrole?

1	2	3	4	5	6	7
Com						Raramente
muita						ou nunca
frequência						

⁵ Fonte: DANTAS, R. A. S. **Adaptação cultural e validação do Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky em uma amostra de pacientes cardíacos brasileiros**. Ribeirão Preto, 2007, 115p. Tese (Livre-Docência) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.