UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ELIANA DE CÁSSIA ARANTES

**Avaliação dos resultados de um programa educativo para
pacientes submetidos à intervenção coronária percutânea,
um ano após a intervenção**

RIBEIRÃO PRETO

2015

ELIANA DE CÁSSIA ARANTES

**Avaliação dos resultados de um programa educativo para
pacientes submetidos à intervenção coronária percutânea,
um ano após a intervenção**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de Mestre em Ciências,
Programa de Pós-Graduação Enfermagem
Fundamental.

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

Orientadora: Profa. Dra. Lídia Aparecida Rossi

RIBEIRÃO PRETO

2015

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Arantes, Eliana de Cássia

Avaliação dos resultados de um programa educativo para pacientes submetidos à intervenção coronária percutânea, um ano após a intervenção. Ribeirão Preto, 2015.

95 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental. Orientador: Rossi, Lídia Aparecida.

1. Intervenção coronária percutânea. 2. Educação em saúde. 3. Estudo longitudinal. 4. Qualidade de vida relacionada à saúde. 5. Ansiedade 6. Depressão.

ARANTES, Eliana de Cássia

**Avaliação dos resultados de um programa educativo para
pacientes submetidos à intervenção coronária percutânea, um ano
após a intervenção**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de Mestre em Ciências,
Programa de Pós-Graduação Enfermagem
Fundamental.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

*À minha **família**,*

*Pelo apoio, dedicação, amor e generosidade incondicional que me
fez seguir em frente em todos os momentos desta caminhada.*

*Aos **participantes deste estudo**,*

*Pela generosidade e aceite em participar e tornarem possível a
realização desta pesquisa.*

Agradecimentos

À Deus, pelas oportunidades, pela minha família, amigos, pelo direcionamento e confiança.

*Em especial, à professora Dra. **Lídia A. Rossi**, pelos ensinamentos, paciência e dedicação. Serei eternamente grata.*

*À todas **colegas** e **amigas** do Grupo de Pesquisa GIRQ, que sempre se fizeram presentes e com as quais tive a oportunidade de compartilhar experiências e aprendizado nestes últimos quatro anos e proporcionaram-me amadurecimento pessoal e profissional. Em especial, à Daiane V. Medeiros Costa, Lilian M. Pacola, Mariana Coelho, Marina P. Caltran, Noélla O. Freitas e Vitor C. Richte que contribuíram de forma direta e ou indiretamente na concretização do trabalho.*

*Aos **professores da minha comissão julgadora**, pela disponibilidade e contribuições nesta pesquisa.*

*Em especial, à professora Dra. **Rosana Ap. Spadoti Dantas**, pelos ensinamentos, paciência, e grande colaboração em todas as etapas do estudo. Serei eternamente grata.*

*Às **amigas e colegas de pós-graduação**, pela amizade, carinho e pelos momentos compartilhados de exemplos de perseverança.*

*Às minhas queridas amigas **Eliane Nepomuceno, Fernanda Souza e Silva, Lilian Pacola e Rejane K. Furuya**, pela amizade e pelas palavras de apoio em todos os momentos. Obrigada por fazerem parte da minha vida.*

*Aos **amigos e amigas da Casa 13, moradia dos pós-graduandos**, pelo aprendizado adquirido neste tempo de convivência e por todos os momentos vividos como uma grande família. Obrigada por fazerem parte da minha vida.*

*Aos colaboradores e funcionários da **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP e Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto**. Em especial ao Departamento de **Cardiologia, Seção de Hemodinâmica**, pela contribuição e acolhimento tornando possível a realização desta pesquisa.*

“O ser humano não é completamente condicionado e definido. Ele define a si próprio seja cedendo às circunstâncias, seja se insurgindo diante delas. Em outras palavras, o ser humano é, essencialmente, dotado de livre-arbítrio. Ele não existe simplesmente, mas sempre decide como será sua existência, o que ele se tornará no momento seguinte. ”

Viktor Frankl

ARANTES, E.C. **Avaliação dos resultados de um programa educativo para pacientes submetidos à intervenção coronária percutânea, um ano após a intervenção.** 2015. 95p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

As doenças cardíacas estão entre as condições crônicas consideradas como desafio para o setor saúde deste século e, nas próximas décadas, continuarão sendo a principal causa de morte global. Dentre as doenças cardiovasculares, a Doença Arterial Coronariana (DAC) é uma das mais importantes causas de morbimortalidade na população adulta. A Intervenção Coronária Percutânea (ICP) é uma das formas de tratamento da DAC. Deve ser acompanhada de medidas terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas com o intuito de controlar a sua progressão e melhorar a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS). **Objetivo.** Comparar as medidas de QVRS e de sintomas de ansiedade e de depressão um ano após à ICP, de acordo com o tipo de intervenção recebida (rotina do serviço ou programa educativo com seguimento por telefone). **Método.** Estudo observacional, de delineamento longitudinal no qual acompanhamos a evolução dessas variáveis de interesse em pacientes submetidos à primeira ICP, entre agosto/2011 e junho/2012, atendidos em um hospital universitário do interior do Estado de São Paulo e que participaram de um estudo clínico aleatorizado. No estudo de intervenção, 30 pacientes participaram de um Programa Educativo com seguimento por telefone (grupo intervenção-GI) e outros 30 receberam informações de acordo com a rotina do serviço (grupo controle-GC) antes da realização da ICP. Doze meses após a intervenção, avaliamos 56 desses pacientes, sendo 29 do GI e 27 do GC. Os dados foram coletados por entrevistas individuais realizadas durante os retornos ambulatoriais ou nas residências dos participantes. A QVRS foi avaliada pelo *Medical Outcomes Study: 36-Item Short Form Survey* (MOS-SF-36) e os sintomas de ansiedade e depressão pela *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), em suas versões validadas para o português. O teste T de Student para amostras independentes foi utilizado para comparar as medidas obtidas pelos instrumentos, segundo a participação ou não no Programa Educativo. O nível de significância adotado foi de 0,05. **Resultados.** Assim, como na avaliação feita antes da ICP, os grupos continuaram homogêneos nas caracterizações sociodemográficas obtidas, um ano após a intervenção. No GI, 58,6% eram homens, a média de idade foi de 64,6 anos e a maioria era casada (72,4%). No GC, 51,9% eram do sexo masculino, a média de idade foi 61,3 anos e 70,4% estavam casados. A avaliação da QVRS, 12 meses após a ICP, não mostrou diferenças estatisticamente significantes entre os dois grupos aos compararmos as médias dos oito domínios do SF-36. Em ambos os grupos, o domínio melhor avaliado foi Aspectos Sociais (M= 81,9 GI e M=72,7 GC; $p=0,169$) e o pior avaliado foi Aspectos Físicos (M= 55,2 GI e M=51,87 GC; $p=0,777$). Não constatamos diferenças entre os dois grupos também para as medidas de ansiedade (M= 6,33 GI e M=6,31 GC; $p=0,981$) e de depressão (M= 5,89 GI e M=5,31 GC; $p=0,578$). **Conclusão.** A participação em um programa educativo antes da ICP não teve efeito na determinação de uma melhor QVRS e menor presença de sintomas de ansiedade e de depressão, doze meses após a realização da intervenção.

Palavras chaves: Intervenção coronária percutânea; educação em saúde; estudo longitudinal; qualidade de vida relacionada a saúde; ansiedade; depressão.

ARANTES, E.C. **Evaluation of the result of an educative program for patients submitted to percutaneous coronary intervention one year after the intervention.** 2015. 95p. Master's Thesis – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2015.

Cardiac illnesses figure among the chronic conditions that are considered challenging for this century's health sector and, in the upcoming decades, they will continue as the main global cause of death. Among the cardiovascular illnesses, Coronary Artery Disease (CAD) is one of the most important causes of morbidity and mortality in the adult population. Percutaneous Coronary Intervention (PCI) is one way to treat CAD. It should come with pharmacological and non-pharmacological measures to control its progression and improve the health-related quality of life (HRQoL). **Objective.** To compare the HRQoL measures and anxiety and depression symptoms one year after the PCI, according to the type of intervention received (usual care or educational program with telephone monitoring). **Method.** Observational study with longitudinal design, in which the evolution of these variables of interest was monitored in patients submitted to the first PCI between August/2011 and June/2012, who were attended at a university hospital in the interior of the State of São Paulo and who participated in a randomized clinical study. In the intervention study, 30 patients participated in an Educative Program with telephone monitoring (intervention group-IG) and 30 others received information according to the usual care (control group-CG) before the PCI. Twelve months after the intervention, 56 of these patients were assessed (being 29 from IG and 27 from CG). The data were collected through individual interviews, held during the outpatient return appointments or at the participants' homes. The HRQoL was assessed using the Medical Outcomes Study: 36-Item Short Form Survey (MOS-SF-36) and the anxiety and depression symptoms using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), in its versions validated for Portuguese. Student's t-test for independent samples was used to compare the instrument measures according to the participation or not in the Educative Program. Significance was set at 0.05. **Results.** Like in the assessment preceding the PCI, the groups remained homogeneous in terms of sociodemographic characteristics one year after the intervention. In IG, 58.6% were male, the mean age was 64.6 years and the majority was married (72.4%). In CG, 51.9% were male, the mean age was 61.3 years and 70.4% were married. The HRQoL assessment 12 months after the PCI did not show statistically significant differences between the two groups when the means on the eight SF-36 domains were compared. In both groups, the best domain was Social Functioning (M= 81.9 IG and M=72.7 CG; $p=0.169$), while the worst was Physical Functioning (M= 55.2 IG and M=51.87 CG; $p=0.777$). No differences between the two groups were found for the anxiety (M= 6.33 IG and M=6.31 CG; $p=0.981$) and depression measures either (M= 5.89 IG and M=5.31 CG; $p=0.578$). **Conclusion.** The participation in an educative program before the PCI did not affect the determination of a better HRQoL and the lesser presence of anxiety and depression symptoms twelve months after the interview.

Key words: Percutaneous coronary intervention; health education; longitudinal research; health-related quality of life; anxiety; depression.

ARANTES, E.C. **Evaluación de los resultados de un programa educativo para pacientes sometidos a intervención coronaria percutánea, un año después de la intervención.** 2015. 95h. Disertación (Maestría) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

Las enfermedades cardíacas están entre las condiciones crónicas consideradas como reto para el sector salud en este siglo y, en las próximas décadas, seguirán siendo la principal causa de muerte global. Entre las enfermedades cardiovasculares, la Enfermedad Arterial Coronaria (EAC) es una de las más importantes causas de morbilidad y mortalidad en la población adulta. La Intervención Coronaria Percutánea (ICP) es una forma de tratamiento de la EAC. Debe ser acompañada por medidas terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas para controlar su progresión y mejorar la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS). **Objetivo.** Comparar las medidas de CVRS y síntomas de ansiedad y depresión un año después de la ICP, según el tipo de intervención recibida (rutina del servicio o programa educativo con seguimiento por teléfono). **Método.** Estudio observacional, de diseño longitudinal. Acompañamos la evolución de esas variables en pacientes sometidos a la primera ICP, entre agosto/2011 y junio/2012, atendidos en un hospital universitario del interior del Estado de São Paulo y que participaron de un estudio clínico aleatorizado. En el estudio de intervención, 30 pacientes participaron de un Programa Educativo con seguimiento por teléfono (grupo intervención-GI) y otros 30 recibieron informaciones según la rutina del servicio (grupo control-GC) antes de la ICP. Doce meses después de la intervención, evaluamos a 56 de esos pacientes, siendo 29 del GI y 27 del GC. Los datos fueron recolectados por entrevistas individuales durante los regresos en el ambulatorio o en las residencias de los participantes. La CVRS fue evaluada con el *Medical Outcomes Study: 36-Item Short Form Survey* (MOS-SF-36) y los síntomas de ansiedad y depresión con la *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), en sus versiones validadas para el portugués. La prueba T de Student para muestras independientes fue utilizada para comparar las medidas alcanzadas, según la participación o no en el Programa Educativo. El nivel de significancia fue 0,05. **Resultados.** Como en la evaluación antes de la ICP, los grupos siguieron homogéneos en las características sociodemográficas alcanzadas un año después de la intervención. En el GI, 58,6% era hombre, el promedio de edad fue 64,6 años y la mayoría era casada (72,4%). En el GC, 51,9% era del sexo masculino, el promedio de edad fue 61,3 años y 70,4% estaba casado. La evaluación de la CVRS 12 meses después de la ICP no mostró diferencias estadísticamente significantes entre los dos grupos en los promedios de los ocho dominios del SF-36. En ambos grupos, el dominio mejor evaluado fue Aspectos Sociales (M= 81,9 GI y M=72,7 GC; $p=0,169$) y el peor fue Aspectos Físicos (M= 55,2 GI y M=51,87 GC; $p=0,777$). Tampoco constatamos diferencias para las medidas de ansiedad (M= 6,33 GI y M=6,31 GC; $p=0,981$) y depresión (M= 5,89 GI y M=5,31 GC; $p=0,578$). **Conclusión.** La participación en un programa educativo antes de la ICP no influyó en la determinación de una mejor CVRS y menor presencia de síntomas de ansiedad y depresión, doce meses después de la intervención.

Palabras clave: Intervención coronaria percutánea; educación en salud; estudio longitudinal; calidad de vida relacionada con la salud; ansiedad; depresión.

LISTA DE FIGURA

FIGURA 1 – Representação esquemática do procedimento de coleta de dados.. 46

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 -	Caracterização sociodemográfica dos sujeitos, na medida inicial (T0), antes da Intervenção coronária percutânea (ICP), e um ano após ICP (T1). Ribeirão Preto, 2011 – 2014.....	51
TABELA 2 -	Caracterização clínica dos participantes, no período de um ano após a intervenção coronária percutânea - ICP. Ribeirão Preto, 2011 – 2014.....	52
TABELA 3 -	Comparação dos valores médios dos oito componentes do SF-36 segundo os grupos (GI e GC), nos dois tempos de avaliação (T0 e T1). Ribeirão Preto, 2011 – 2014.....	53
TABELA 4 -	Comparação dos valores médios dos oito componentes do SF-36 de cada um dos Grupos (GC e GI), nos dois tempos de avaliação (T0 e T1). Ribeirão Preto, 2011 – 2014.....	55
TABELA 5 -	Comparação das medidas dos sintomas de ansiedade e depressão segundo os grupos (GI e GC), nos dois tempos de avaliação (T0) e (T1). Ribeirão Preto, 2011 – 2014.....	56
TABELA 6 -	Comparação das medidas dos sintomas de ansiedade e depressão de cada um dos Grupos (GC e GI), nos dois tempos de avaliação (T0 e T1). Ribeirão Preto, 2011 – 2014.....	57

LISTA DE ABREVEATURAS E SIGLAS

CRM	Cirurgia de Revascularização do Miocárdio
D.P.	Desvio Padrão
DAC	Doença Arterial Coronariana
GC	Grupo Controle
GI -	Grupo Intervenção
GIRQ	Grupo de Investigação em Reabilitação e Qualidade de Vida
HADS	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão
HCFMRP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
ICP	Intervenção Coronária Percutânea
MAT	Medida de Adesão aos Tratamentos
MEEM	Miniexame do Estado Mental
OMS	Organização Mundial de Saúde
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada a Saúde
SCA	Síndrome Coronariana Aguda
SF-36	Medical Outcomes Study 36 - Item Short Form Health Survey
SUS	Sistema Único de Saúde
T1	11 a 15 meses, após a ICP
TO	Antes da ICP
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	18
2. REVISÃO DE LITERATURA	24
2.1. Qualidade de Vida Relacionada à Saúde em Pacientes com DAC	26
2.2. Ansiedade e Depressão em Pacientes com DAC	28
2.3. Educação em Saúde em Pacientes com DAC	31
2.4. OBJETIVOS	39
3. MÉTODO	41
3.1. Delineamento do estudo	41
3.2. Local do estudo	41
3.3. Amostra	42
3.4 Instrumentos de coleta de dados	43
3.5. Procedimentos para coleta de dados	44

3.6. Análise dos dados	47
3.7. Aspectos éticos	48
4. RESULTADOS	50
5. DISCUSSÃO	59
6. CONCLUSÃO	66
REFERÊNCIAS	68
APÊNDICES	
APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA	79
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	83
ANEXOS	
ANEXO A – Questionário SF-36	86
ANEXO B – Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar - HADS	92
ANEXO C - Ofício de aprovação do Comitê de Ética	94
ANEXO D - Ofício de aprovação de adendo	95

1. Introdução

1. INTRODUÇÃO

1.1 – Apresentação e justificativa do estudo

Em 2011, iniciei minha participação no Grupo de Investigação em Reabilitação e Qualidade de Vida – GIRQ, coordenado pelas professoras Lídia Aparecida Rossi (orientadora) e Rosana A. Spadoti Dantas. Há muito ansiava participar de atividades de pesquisa, ciente de que seria uma fase rica, com muito aprendizado, mas com grandes desafios. Desde então, tenho atuado no GIRQ, desenvolvendo atividades na linha de pesquisa “Processo de cuidar do adulto com doenças agudas e crônico-degenerativas”, o que me proporcionou proximidade com o tema desta investigação e com a população em foco, ou seja, educação para o autocuidado de pessoas com doença arterial coronariana (DAC).

Essa aproximação com o tema de pesquisa se concretizou com a minha participação na coleta de dados da tese de doutoramento de Furuya (2013), uma das pesquisadoras do referido grupo, responsável pelo projeto maior do qual a presente dissertação é parte. Em ensaio clínico controlado e aleatorizado, Furuya et al. (2015) desenvolveram e implementaram um programa educativo, com seguimento por telefone, durante quatro meses após alta hospitalar em 60 pacientes submetidos à ICP. O objetivo era avaliar o estado de saúde percebido, a autoeficácia, a adesão aos medicamentos, e o estado emocional desses pacientes, comparando os desfechos do Programa Educativo com os das informações dadas na rotina hospitalar após seis meses da alta hospitalar. Esse estudo prévio foi

realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade São Paulo (HCFMRP-USP), de agosto de 2011 a junho de 2012. A intervenção educativa, realizada com os participantes do Grupo Intervenção (GI), teve como objetivos a educação em saúde para a mudança de comportamento e a prevenção secundária para a doença arterial coronariana (FURUYA et al., 2015).

Utilizou-se como referencial para a intervenção educativa o constructo da autoeficácia, de acordo com a Teoria Social Cognitiva de Albert Bandura (BANDURA, 1977, 2004). Após entrevista inicial, os participantes iniciais (90) do estudo de Furuya (2013) eram aleatorizados para o grupo intervenção (GI) ou para o grupo controle (GC). A alocação dos participantes era realizada por meio de uma lista de ordem aleatória, por meio do programa GraphPad, em blocos de 12, 16 e 32 participantes. Após organização no programa Excel 2004, a lista era sequenciada em envelopes opacos, selados e numerados. Após a primeira avaliação, a pesquisadora abria cada envelope, alocando os participantes para o GI ou para o GC (FURUYA, 2013). A coleta de dados, no trabalho de Furuya (2013), da qual participei ativamente, incluía checar a agenda na Seção de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista para verificar os pacientes agendados para a Intervenção Coronária Percutânea (ICP); fazer os esclarecimentos sobre o estudo; solicitar o consentimento; realizar a coleta dos dados e iniciar o programa educativo de acordo com o protocolo proposto que incluía nova avaliação, seis meses após a alta.

Os participantes do GC recebiam as orientações do próprio serviço (cuidado usual), e os participantes do GI a intervenção educativa proposta (Programa Educativo com Seguimento por Telefone), que incluía atendimento individualizado durante a hospitalização utilizando-se três livretos informativos e, após a alta

hospitalar, seguimento por telefone. O primeiro livreto, que continha informações sobre o coração e sobre a angioplastia denominado “Angioplastia Coronária Transluminal Percutânea - Angioplastia Coronária”, era aplicado antes do procedimento. Após a ICP, antes da alta hospitalar, os participantes do GI também recebiam orientações sobre a volta para casa, e sobre como cuidar do seu coração, utilizando-se os livretos denominados: “A volta para casa após angioplastia coronária” e “Como cuidar do seu coração e da sua saúde”, respectivamente. Os livretos que continham essas orientações, após a intervenção educativa eram entregues aos participantes do GI para consulta posterior. Os participantes do estudo que fizeram parte do GI também recebiam três chamadas telefônicas, na primeira, oitava e décima sexta semana, após a alta hospitalar, nas quais o objetivo era estimular as mudanças no estilo de vida. A pesquisadora questionava os participantes sobre vários aspectos do tratamento, incluindo as mudanças nas atividades física e na alimentação e, ainda, esclarecia dúvidas e apresentava motivos para os participantes manterem as modificações implementadas. Dos 90 participantes avaliados inicialmente, 60 completaram o seguimento no estudo de Furuya (2013).

As entrevistas com todos os participantes do estudo (Grupo Intervenção – GI e Grupo Controle - GC) eram realizadas no momento da admissão e, após seis meses da alta ou na data do agendamento pelo serviço. Eram aplicados novamente os mesmos instrumentos utilizados antes da intervenção para avaliar as variáveis estado de saúde percebido, adesão ao tratamento medicamentoso, autoeficácia, sintomas de ansiedade e de depressão. Os resultados do estudo mostraram que, seis meses após a ICP, na avaliação dos sintomas de ansiedade, no GI, houve aumento de não-caso de ansiedade e diminuição no GC, com associação

estatisticamente significativa ($p=0,04$) entre as variáveis. Os resultados dessa pesquisa são apresentados detalhadamente na tese de doutorado de Furuya (2013). Desde a finalização deste estudo, considerei importante a sua continuidade, para que os efeitos desse programa em longo prazo pudessem ser avaliados. Assim, a proposta da presente investigação foi continuar a avaliação destes pacientes até completarem um ano após a ICP.

Diferentes estudos investigaram a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) em pacientes com diagnóstico de DAC (BOINI et al., 2006; DESSOTTE et al., 2011; FAILDE; SOTO, 2006; FURUYA et al., 2015; HUEB et al., 2004; MELO; FERREIRA, 2007; SAMPAIO et al., 2013). Após o diagnóstico da DAC, estudo mostra piora na percepção da QVRS, avaliada por meio do SF-36, em relação ao Estado Geral de Saúde e Aspectos Físicos (BOINI et al., 2006). Sampaio et al. (2013), na avaliação de dois grupos de pacientes, um submetido à cirurgia de revascularização do Miocárdio (CRM) e outro à ICP, em seguimento realizado aos três, seis e 12 meses após o procedimento, constataram, que de modo geral, a maior parte dos participantes de ambos os grupos relatou, ao final de seis meses de acompanhamento, melhora na percepção da QVRS, avaliada pelo SF-36. Entretanto, o grupo de pacientes submetido à ICP apresentou melhores resultados na percepção da QVRS quando comparado ao submetido a CRM (SAMPALIO et al., 2013). Em estudo realizado na Espanha (FAILDE; SOTO, 2006), em uma unidade de cardiologia de um hospital universitário, indivíduos com diagnóstico de DAC foram acompanhados por três meses após alta hospitalar. Os autores avaliaram a QVRS por meio do SF-36 e constataram que as dimensões mais afetadas foram Aspectos Físicos e Saúde Mental (FAILDE; SOTO, 2006). Desta forma, foi sugerido um tratamento complementar para esses indivíduos (FAILDE; SOTO, 2006).

Hueb et al. (2004) realizaram ensaio clínico controlado e aleatorizado para avaliar a eficácia da CRM, da ICP e do tratamento clínico isoladamente em pacientes com DAC. Após um ano de acompanhamento, encontraram que os pacientes que realizaram a CRM tiveram menos sintomas de angina, quando comparados ao tratamento clínico isolado ($p<0,0001$). A terapia médica foi associada a menor incidência de eventos de curta duração e a menor necessidade de revascularização adicional em comparação com a ICP (HUEB et al., 2004).

Em Portugal, Melo e Ferreira (2007) avaliaram o impacto da CRM na qualidade de vida dos pacientes submetidos a revascularização do miocárdio utilizando o SF-36. Dois anos após o procedimento, os sujeitos relataram percepção de melhora em todas as dimensões do instrumento exceto Estado Geral de Saúde. Os pesquisadores sugerem a realização de outras investigações sobre esse aspecto (MELO; FERREIRA, 2007). Assim, há necessidade de um plano de cuidado individualizado, com envolvimento de uma equipe multidisciplinar, na atenção ao paciente ao longo da reabilitação (DESSOTTE et al., 2011).

As conclusões dos autores supracitados fortaleceram a nossa decisão de continuar a avaliação dos participantes do estudo de Furuya et al. (2015), em relação aos efeitos do programa educativo sobre a QVRS e a presença de sintomas de ansiedade e depressão. Nosso objetivo foi avaliar os grupos estudados um ano após ICP, em relação ao impacto de um programa educativo nessas variáveis.

Sendo assim, a questão da presente pesquisa é: Um ano após a ICP, haveria diferenças na QVRS e na manifestação dos sintomas de ansiedade e depressão, entre os pacientes que participaram de um programa educativo e pacientes que receberam o cuidado usual?

2. Revisão de Literatura

2. REVISÃO DE LITERATURA

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que as condições crônicas constituem o desafio do setor saúde deste século. Abrangem condições não transmissíveis (como por exemplo, doenças cardíacas, câncer, diabetes e asma), condições transmissíveis persistentes (como a síndrome da imunodeficiência adquirida – AIDS), distúrbios mentais de longo prazo e deficiências físicas e/ou estruturais contínuas (OMS, 2003). Em estudo sobre projeções de mortalidade global, os autores concluíram que a tendência de maior desenvolvimento econômico e social e o envelhecimento populacional contribuirá para o aumento do número de pessoas com condições crônicas (MATHERS; LONCAR, 2006). Nas próximas décadas, as doenças cardiovasculares continuarão como a principal causa de morte global, aumentando de 17,1 milhões de óbitos, em 2004, para 23,4 milhões, em 2030 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

Dentre as doenças cardiovasculares, destaca-se a DAC, devido à alta morbidade e mortalidade. Nos Estados Unidos, de 2007 a 2010, mais de 15 milhões de pessoas tinham diagnóstico de DAC, com prevalência de 6,4% nessa população. Além disso, em 2009, a DAC foi responsável por aproximadamente uma em cada seis mortes nesse país (GO et al., 2013). Essa doença crônica é apontada como uma das mais importantes causas de morbimortalidade na população adulta, com possibilidades de não haver alteração neste quadro nos próximos anos (TAKIUTI et al., 2007). No Brasil, em 2011, 8,8% dos óbitos foram atribuídos à DAC, considerando-se os dados de mortalidade geral (BRASIL, 2013).

Dentre as formas de tratamento da DAC, a ICP constitui um importante grupo de tecnologias presentes na cardiologia intervencionista. É um procedimento invasivo em que um cateter é inserido de modo percutâneo, por punção arterial (radial, braquial ou femoral), para aumentar o lúmen da artéria coronária e, assim, melhorar o fluxo sanguíneo (SMITH et al., 2006).

Desde 1977, quando foi realizada a primeira angioplastia com balão, a ICP vem evoluindo como uma opção à CRM, para alívio dos sintomas apresentados pela DAC, com o benefício de ser menos invasiva (LOPES; LIMA; VIEIRA, 2010). A ICP, também, é entendida por alguns autores como uma forma de tratamento que, de acordo com o diagnóstico e grau de comprometimento das artérias, além de favorecer o processo de reabilitação, contribui para a redução do custo do tratamento. Inclui a angioplastia com balão (angioplastia coronária transluminal percutânea - ACTP), o implante de *stents* intracoronários e outras intervenções com o uso de cateteres para o tratamento da aterosclerose coronariana (LEVINE et al., 2011; SMITH et al., 2006).

São amplas as situações clínicas para recomendação da ICP em pacientes com DAC, por isso, esse procedimento atende a um grande número de pacientes incluindo aqueles que são acometidos por síndrome coronariana aguda (angina instável e infarto agudo do miocárdio - IAM) e os que possuem doença isquêmica cardíaca estável - angina estável (SMITH et al., 2006). Indicado, inicialmente, para doença coronária uniarterial, esse tratamento também é recomendado para tratar a doença coronária multiarterial, desde que as condições anatômicas sejam favoráveis (LOPES; LIMA; VIEIRA, 2010).

O sucesso da ICP depende de três componentes inter-relacionados: 1) resultado angiográfico, obtido pela redução da estenose-alvo com manutenção ou

reestabelecimento do fluxo sanguíneo; 2) ausência de complicações clínicas como morte, IAM e acidente vascular encefálico; 3) resultados clínicos, obtidos com o alívio dos sinais e sintomas de isquemia miocárdica. Em relação aos aspectos clínicos, espera-se que o alívio dos sinais e sintomas da isquemia miocárdica resulte em melhora da QVRS (SMITH et al., 2006). Assim, a QVRS pode ser um importante indicador de resultados da ICP.

2.1. Qualidade de Vida Relacionada à Saúde em Pacientes com DAC

De acordo com Minayo, Hartz e Buss (2000), a qualidade de vida pode ter significados diferentes para diferentes pessoas e, ainda, ter seu significado alterado de acordo com a área na qual é aplicado. Para Fayers e Machin (2007), a qualidade de vida é um termo de definição pouco clara, mas que normalmente se relaciona à felicidade e à satisfação com a vida.

Na área da saúde, os termos QVRS e estado de saúde percebido são frequentemente utilizados para avaliar o quanto uma doença ou problema de saúde afeta a vida de uma pessoa (FAYERS; MACHIN, 2007). Pesquisadores concordam que a QVRS é uma medida de resultado significativa e amplamente utilizada na população (STAUBER et al., 2013), incluindo para pacientes com diagnóstico de DAC (BOINI et al., 2006; DESSOTTE et al., 2011).

Em estudo realizado com pacientes internados em decorrência do primeiro episódio de síndrome coronariana aguda, a avaliação da QVRS, por meio do instrumento SF-36, mostrou que eles apresentavam comprometimentos nos

domínios Aspectos Físicos, Saúde Mental, Vitalidade e Estado Geral de Saúde ao se reportarem as quatro semanas que antecederam à internação (DESSOTTE et al., 2011).

Em estudo multicêntrico, denominado “COURAGE” (WEINTRAUB et al., 2008), realizado nos Estados Unidos e Canadá, 2.287 pacientes com DAC foram aleatorizados para os seguintes tratamentos: ICP mais a terapia clínica ou somente tratamento clínico. O grupo que recebeu tratamento clínico e foi submetido à ICP apresentou melhor QVRS, avaliada pelo *RAND-36 health survey*, que contém os mesmos itens que o SF-36, quando comparado ao grupo que recebeu somente tratamento clínico, nas avaliações realizadas ao longo dos dois primeiros anos (um, três, seis, 12 e 24 meses). Entretanto, em 36 meses, não havia mais diferença significativa ($p=0,30$) na QVRS entre os grupos (WEINTRAUB et al., 2008).

Em ensaio clínico controlado e aleatorizado desenvolvido por Favarato e colaboradores (2007) foi avaliado o impacto da CRM, ICP ou tratamento clínico na QVRS de pacientes com DAC, por meio do instrumento SF-36. Os pacientes submetidos aos três tipos de intervenções apresentaram melhorias na QVRS ao longo do primeiro um ano, principalmente, nos componentes Aspectos Físicos, Estado Geral de Saúde, Vitalidade e Dor. Os pacientes que haviam sido submetidos à intervenção cirúrgica tiveram piores escores na avaliação da QVRS em termos dos domínios Aspectos Físicos e Vitalidade quando comparados aos submetidos à ICP ($p<0,05$) e tiveram pior pontuação para Aspectos Sociais em comparação ao grupo que recebeu tratamento clínico ($p=0,0262$) (FAVARATO et al., 2007).

Já em outro ensaio clínico controlado e aleatorizado, no qual foram avaliados dois grupos de pacientes submetidos à ICP (com *stent* farmacológico) ou à CRM, Cohen et al. (2011) encontraram que ambos os grupos apresentaram melhora da

QVRS, avaliada pelos instrumentos SF-36, seis e 12 meses após os procedimentos, e que não houve diferença significativa nos relatos de frequência de angina entre eles, avaliada pela pontuação na subescala do *Seattle Angina Questionnaire*. Nos dois grupos, na avaliação da QVRS, os domínios do SF-36 para os quais se obtiveram pior avaliação foram Vitalidade e Estado Geral de Saúde, e melhor foram Aspectos Sociais e Aspectos Emocionais. Na avaliação aos 12 meses, embora a extensão do benefício tenha sido pequena, o alívio dos sintomas de angina foi relatado como melhor pelos pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio (76,3% versus 71,6%, $p=0,05$) quando comparados aos submetidos à ICP. Entretanto, em estudo realizado por Panasewicz et al. (2013), a QVRS dos indivíduos antes de serem submetidos à ICP foi preditora de pior QVRS após o procedimento.

2.2. Ansiedade e Depressão em pacientes com DAC

Skodová e colaboradores (2011) exploraram o potencial de bem-estar psicológico (ansiedade, depressão), a exaustão vital, personalidade tipo D (composto por pessoas solitárias, negativas e, em geral, mais depressivas) e posição socioeconômica como preditores de QVRS; o resultado mostrou que os fatores psicossociais (bem-estar psicológico e a exaustão vital) parecem ser importantes preditores de mudança na QVRS entre os pacientes com DAC (SKODOVÁ et al., 2011).

Vários estudos têm mostrado a presença dos sintomas de ansiedade ou depressão ou de ambos em pacientes com DAC (ROSENBLOOM et al., 2009; SKODOVÁ et al., 2011; STAFFORD; JACKSON; BERK, 2009; STEWART; FITZGERALD; KAMARCK, 2010; TROTTER; GALLAGHER; DONOGHUE, 2011; WELLENIUS et al., 2008). Assim, é importante avaliar essas manifestações que poderão influenciar na QVRS de pacientes com essa condição crônica.

Em estudo realizado com pacientes do serviço ambulatorial hospitalar, com intuito de verificar a frequência de transtornos mentais, Valença et al. (2008) concluíram que é essencial o reconhecimento dos transtornos de ansiedade e depressão pelos médicos clínicos de ambulatórios hospitalares, pois a identificação e tratamento destes transtornos nos pacientes com doenças clínicas pode contribuir para melhoria do seu nível de saúde geral e qualidade de vida.

Há consenso de que as manifestações de ansiedade e de depressão em pacientes com uma doença crônica influenciam de forma negativa no estado de saúde (HU; GRUBER, 2008; KHAWAJA et al., 2009; SHIMIZU et al., 2011; VALENÇA et al., 2008).

Em estudo realizado em pacientes idosos portadores de doenças crônicas (HU; GRUBER, 2008), que teve como objetivo avaliar o papel do afeto positivo e negativo como determinantes de saúde constatou-se que quanto maior o afeto negativo, maiores os sintomas depressivos e de angústia, e que a atividade de vida diária, as percepções físicas e mentais estão relacionadas a baixos sintomas de depressão. Desta forma, os níveis de estresse, sintomas de depressão, atividade de vida diária e QVRS podem estar relacionados. Na mesma direção, outro estudo mostrou que a diminuição das manifestações de depressão em pacientes com

diagnóstico de doenças crônicas poderia reduzir os efeitos negativos da doença na QVRS (STAFFORD; JACKSON; BERK, 2009).

Outros resultados mostraram que a relação entre ansiedade/depressão e desenvolvimento de eventos cardíaco contribui para maior gravidade da doença, pior prognóstico, possivelmente, em razão de um estilo de vida não saudável e da menor adesão ao tratamento (KHAWAJA et al., 2009; SHIMIZU et al., 2011). Assim, essas manifestações são importantes fatores de risco para a DAC (KHAWAJA et al., 2009; ROZANSKI; BLUMENTHAL; KAPLAN, 1999; SHIMIZU et al., 2011).

Em uma coorte de 148 pacientes com diagnóstico de insuficiência cardíaca, Shimizu et al. (2011) utilizaram o instrumento Medida de Desempenho de Atividades de Vida Diária-8, para avaliar o curso das limitações funcionais, em um, três e cinco meses após a alta hospitalar, com o objetivo de analisar o efeito de sintomas depressivos durante a fase de recuperação após a alta. Encontraram que a depressão pré-existente acelerou a transição do processo de incapacidade e estava associada ao pobre desempenho funcional após a alta. Dessa forma, os sintomas depressivos podem ser alvo de tratamento para melhorar as limitações funcionais desses pacientes durante a fase de recuperação (SHIMIZU et al., 2011).

Outros pesquisadores mostraram que a presença de sintomas pré-procedimento em pacientes submetidos à ICP foi preditiva de manifestações de ansiedade em ocasiões posteriores (TROTTER; GALLAGHER; DONOGHUE, 2011). Assim, as intervenções são essenciais para minimizar os efeitos dos sintomas de ansiedade durante o período de recuperação (TROTTER; GALLAGHER; DONOGHUE, 2011).

Com o objetivo de buscar melhores resultados na saúde dos pacientes portadores de DAC e de outras condições crônicas, têm sido desenvolvidas

pesquisas acompanhando a evolução clínica desses pacientes (DESSOTTE et al., 2011; GIL et al., 2012; STAFFORD; JACKSON; BERK, 2009), testando intervenções educativas para favorecer a reabilitação cardíaca (FURUYA et al., 2015; YU et al., 2004) e orientações educativas no pré e pós procedimento, visando ações que possam colaborar na redução de custo devido a reinternações (YU et al., 2004), e que possam melhorar a QVRS (FURUYA et al., 2015).

Em estudo com o objetivo de verificar possíveis associações entre variáveis clínicas e a QVRS após 12 meses da ICP, Moriel et al. (2010) encontraram desfechos desfavoráveis associados ao sexo feminino para todos os 8 domínios do SF-36 e, ainda, para evento prévio ou insucesso do procedimento. Em outro estudo realizado com pacientes com DAC submetidos à ICP, após a alta hospitalar, foi encontrada associação entre sexo feminino e depressão (FURUYA et al., 2013a).

2.3. Educação em Saúde em pacientes com DAC

Segundo a Organização Mundial da Saúde, programas educativos são uma forma vital de prevenção de doenças em pessoas com alto risco e de melhorar os resultados em pessoas com doenças crônicas. Os programas buscam prevenir doenças, limitar a evolução nas pessoas que já possuem a doença, reduzir as complicações e restaurar a saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Uma vez detectada a doença crônica, todos os envolvidos devem ficar atentos em relação aos cuidados e a prevenção secundária (STOLKER et al., 2012), com intuito de melhorar a QVRS desses pacientes (LUBKIN; LARSEN, 2009; YU et

al., 2004). Em casos de hospitalização, uma equipe interdisciplinar deve iniciar a reabilitação logo no primeiro dia da internação, prevenindo maiores complicações, promovendo o autocuidado com o objeto de manter ou restaurar funções (LUBKIN; LARSEN, 2009).

Para prevenir complicações e diminuir o número de reinternações hospitalares, autores concordam que é necessário intensificar esforços para melhorar a educação do paciente portador de doença crônica (ZGHAL et al., 2012), aumentando o conhecimento do paciente sobre a doença e fornecendo apoio adicional necessário para manter o estilo de vida (GENTZ, 2000).

A educação em saúde é uma abordagem que tem sido muito utilizada pelos diversos profissionais da saúde (YU et al., 2004) na diminuição da ansiedade e depressão o que possibilitaria melhorar QVRS e, dessa forma, colaborar na redução das readmissões em serviços hospitalares e de urgências (VERONOVICI et al., 2014).

Durante a internação, a educação em saúde está inserida em diferentes momentos, devendo ser iniciada na chegada, no pré-procedimento, e ser continuada no decorrer do período de internação antes da alta hospitalar, com a função de estimular o autocuidado e a prevenção secundária. Pesquisadores tem introduzido o ensino do paciente em forma de orientações escritas sobre o cuidado com a saúde durante a hospitalização (FURUYA et al., 2015; YU et al., 2004) após a alta, por meio de visita domiciliar (IRMAK; FESCI, 2010) ou por contatos via telefone (FURUYA et al., 2013b, 2015).

Entretanto, não há regras ou padrões para a melhor forma de levar o conhecimento ao paciente. O ensino deve ser individualizado considerando as limitações do paciente, o que ele já conhece e deseja conhecer. A utilização de

métodos padronizados por meio de várias modalidades como, por exemplo, os instrumentos, vídeos, material de leitura e de áudio são apropriados e poupam recursos, entretanto, esses recursos só são eficazes se aplicados em conjunto com a educação individualizada (VERONOVICI et al., 2014).

Clark et al. (2005), em revisão sistemática para avaliar programas de prevenção secundária para pacientes com diagnóstico de DAC, classificaram as intervenções em três tipos: educação em grupo com sessões com treinamento para exercícios físicos e educação sobre os fatores de risco associados à DAC; grupos educativos, mas sem programa de treinamento para exercícios físicos; e educação individual incluindo seguimento com atendimento individual e por telefone encorajando o controle dos fatores de risco para prevenção da DAC. Os autores encontraram evidências de que, de modo geral, os programas educativos melhoram a QVRS, avaliada principalmente pelo SF-36, e diminuem hospitalizações. Embora tenham afirmado que houve dificuldade de analisar as especificidades de cada programa educativo, constataram que os programas individuais são mais efetivos que os realizados para grupos de pacientes (CLARK et al., 2005).

Em estudo randomizado e controlado realizado em 3.522 pacientes com DAC, Mckinley e colaboradores (2009) analisaram dois grupos, o grupo intervenção, que recebeu uma sessão de educação e aconselhamento com duração de 40 minutos, e o grupo controle, que recebeu cuidados habituais. Foram comparados os conhecimentos, atitudes e crenças em três momentos, no início do estudo, no terceiro e no décimo segundo mês. Concluíram que uma intervenção utilizando educação em saúde e aconselhamento pode levar ao aumento do conhecimento e maior percepção e controle sobre a doença, resultando atitudes positivas, e que o

contrário, maior ansiedade foi associada a baixos níveis de conhecimentos, de atitudes e de crenças sobre os riscos à saúde (MCKINLEY et al., 2009).

Os investimentos em educação do paciente, incluindo estratégias de ensino aprendizagem adequadas com acompanhamento continuado, voltadas para o indivíduo com DAC (KANG; YANG; KIM, 2010; ZGHAL et al., 2012), com ênfase no cuidado durante o período da internação e após alta hospitalar (CHERLIN et al., 2013; GRACE et al., 2012), beneficiarão os pacientes resultando em melhora do estado geral de saúde, principalmente, para àqueles que realizaram a primeira ICP (TROTTER; GALLAGHER; DONOGHUE, 2011).

Para garantir a continuidade do cuidado faz-se necessária a interação entre todos os profissionais que atuam na equipe interdisciplinar que cuida do paciente, incluindo os profissionais que atuam na fase aguda, e aqueles que atuam no contexto da atenção primária, que darão continuidade ao tratamento (SMITH et al., 2006). Para alcançar melhores resultados após ICP, esforços devem ser centrados na identificação precoce de novas oclusões, intensificando as terapias de prevenção secundária para prevenir nova formação de placas de gordura na artéria previamente tratada e na prevenção de reestenoses (STOLKER et al., 2012).

A reabilitação de pacientes com DAC tem sido estudada por diversos pesquisadores e profissionais da saúde (IRMAK; FESCI, 2010; SMITH et al., 2006; YU et al., 2004). As modificações dos fatores de risco influenciam na redução da morbimortalidade causada pelas doenças cardiovasculares, principalmente, para os pacientes classificados como de alto risco, devido à prevalência de fatores como obesidade, tabagismo, diabetes mellitus, e hipertensão arterial sistêmica (HERDY et al., 2014). Com a finalidade de reduzir a morbimortalidade associada ao processo aterosclerótico, no processo educativo do paciente com diagnóstico de DAC, os

profissionais de saúde têm focalizado os seguintes pontos: cessação do tabagismo, cuidados com a alimentação, visando ao controle lipídico, do peso, da diabetes e da pressão arterial, utilização de medicamentos de acordo com a indicação médica, realização de atividades físicas e participação em programas de reabilitação cardíaca (SMITH et al., 2011).

Para Gill e Chow (2010), maior ênfase deve ser dada para intervenções com foco na educação do paciente com DAC, tanto na prevenção primária quanto na secundária, direcionada principalmente aos pacientes de baixa renda, e abordando temas relacionados à consciência dos fatores de risco, aos sintomas de alerta e às ações que devem ser tomadas em situações de emergência cardiovascular.

Em uma cidade da Europa, pesquisadores avaliaram como pacientes se comportavam com relação à dor no peito, e concluíram que 50% dos que eram internados por DAC não eram orientados sobre como proceder na ocorrência dos sintomas, e que a falta de conhecimento interfere de forma negativa nos resultados do estudo com relação ao tempo para procura por cuidados médicos, o que pode impactar negativamente na vida destas pessoas ou até mesmo levar ao óbito (JANKOWSKI et al., 2011).

O acompanhamento do ensino previamente concedido, a ação de fornecer materiais escritos para pacientes, principalmente, em função da falta do seguimento de reabilitação cardíaca tem como objetivo evitar novos eventos (NOUREDDINE, 2009).

Diferentes estratégias têm sido utilizadas para proporcionar aos pacientes com diagnóstico de DAC, melhor compreensão de seus próprios problemas, tornando-os participantes ativos para viver melhor com sua condição crônica como, por exemplo, atividades lúdicas (BONETTI; SILVA; TRENTINI, 2013) e, ainda, que

mantenham um estímulo contínuo para o autocuidado, como o seguimento por telefone (FURUYA et al., 2013b, 2015).

Um ensaio clínico realizado em um Centro de Reabilitação Cardíaca Universitário, em Hong Kong, com 269 pacientes que passaram por um episódio de IAM recente ou por ICP, foi possível observar que o programa de reabilitação cardíaca de pequena duração, em forma de curso, proporcionou melhora na QVRS, e mostrou ser satisfatório a longo prazo (YU et al., 2004).

Em estudo prospectivo realizado na Austrália, Stafford, Jackson e Berk (2008) investigaram as crenças sobre a doença e a relação entre essas crenças e a adesão a comportamentos de prevenção secundária em 193 pacientes hospitalizados com DAC. Após a alta, foram realizadas entrevistas e aplicados instrumentos por telefone no terceiro, sexto e nono mês. Esse estudo mostrou que as intervenções que visam alterar crenças, principalmente aquelas relacionados às consequências da DAC, podem melhorar os resultados, a percepção dos pacientes sobre os fatores de risco, contribuindo para a compreensão da adesão ao comportamento de prevenção secundária.

Intervenções educativas em geral têm como objetivo melhorar o conhecimento e as habilidades dos pacientes para que participem na tomada de decisão monitorem e controlem a doença, resultando em mudanças positivas no comportamento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Revisões sistemáticas (CLARK et al., 2005; FURUYA et al., 2013b) e integrativa (STOLIC; MITCHELL; WOLLIN, 2010) não apresentaram resultados conclusivos sobre os efeitos em longo prazo de programas educativos com seguimento por telefone em pacientes com DAC.

Assim, o estudo atual, parte do estudo realizado anteriormente por Furuya et al. (2015), tem os objetivos descritos a seguir.

2.4. Objetivos

2.4. OBJETIVOS

OBJETIVO 1 – Comparar a QVRS de pacientes submetidos à ICP que participaram de um programa educativo (GI) com a QVRS de pacientes submetidos à ICP que receberam as informações de acordo com a rotina do serviço (GC), na internação e um ano após a ICP.

HIPÓTESE 1 – Não haverá diferenças significativas nas medidas de QVRS dos participantes do GI e do GC, durante a internação; mas um ano após ICP, as medidas da avaliação da QVRS dos participantes do GI serão maiores que a do GC.

OBJETIVO 2 – Comparar a presença de sintomas de ansiedade e depressão dos participantes do GI com as dos participantes do GC, na internação e um ano após a ICP.

HIPÓTESE 2 – Não haverá diferenças significativas nos sintomas de ansiedade e de depressão dos participantes dos grupos (GI e GC) durante a internação; mas um ano após ICP, os sintomas de ansiedade e de depressão dos participantes GI serão menores do que os do GC.

3. Método

3. MÉTODO

3.1. Delineamento do estudo

Estudo analítico com abordagem quantitativa, de delineamento longitudinal, após ensaio clínico controlado aleatorizado. Nesse tipo de estudo, o pesquisador realiza nova avaliação para elucidar o estado subsequente de um participante com uma condição específica ou que recebeu uma determinada intervenção, com o objetivo de apontar os efeitos de longo prazo do tratamento (POLIT; BECK, 2011).

3.2. Local do estudo

A investigação foi desenvolvida no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade São Paulo (HCFMRP-USP), uma Instituição hospitalar pública de alta complexidade, localizada no interior do Estado de São Paulo, que presta assistência predominantemente a pacientes do Sistema Único de Saúde. As entrevistas realizadas aos participantes deste estudo, um ano após ICP, aconteceram com agendamento prévio por telefone, nos ambulatórios de cardiologia, na Seção de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista ou no domicílio, respeitando a escolha do participante do estudo.

3.3. Amostra

Os participantes deste estudo fizeram parte de um estudo prévio, realizado por Furuya et al. (2015), tendo sido recrutados entre agosto de 2011 e junho de 2012. Os critérios de inclusão estabelecidos por Furuya et al. (2015) foram: pacientes adultos (18 anos de idade ou mais), submetidos à ICP pela primeira vez, que possuíam uma linha telefônica com funcionamento adequado e os critérios de exclusão foram: pacientes que não apresentavam condição cognitiva adequada, avaliada por meio do Miniexame do Estado Mental – MEEM, (BERTOLUCCI et al., 1994) e aqueles que não possuíam condições clínicas (físicas ou psicológicas) para responder aos questionários (FURUYA et al., 2015). Como relatado anteriormente, Furuya et al. (2015) realizaram seguimento com 60 participantes por seis meses (30 no GI e 30 no GC). No presente estudo, em continuidade à investigação realizada pelos referidos autores, foram recrutados, por telefone, esses 60 indivíduos. Desse total, quatro não compareceram aos encontros agendados para avaliação de um ano após ICP, que aconteceram no período de setembro de 2012 a junho de 2013. Novas tentativas de contato foram feitas com os quatro indivíduos, porém sem sucesso. Dessa forma, o presente estudo contou com uma amostra de 56 participantes (GI = 29 e GC = 27).

Para viabilizar a continuidade do acompanhamento desses pacientes por um período maior (um ano após ICP), foi enviado um adendo ao projeto que resultou na tese de Furuya (2013) ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, obtendo-se a aprovação (Anexo D).

3.4 Instrumentos de coleta de dados

Caracterização sociodemográfica e clínica: O instrumento de caracterização sociodemográfica e clínica foi baseado no estudo de Furuya (2013). A partir desse instrumento, outros dados foram investigados, porém para responder à pergunta deste estudo foram atualizados ou confirmados os dados já coletados anteriormente por Furuya (2013) como: idade, endereço, telefone, melhor horário para encontrar no domicílio, estado civil, situação de trabalho, renda mensal familiar e individual, por meio de entrevista individual e atualizados os dados clínicos conforme Apêndice A.

Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey (SF-36): a QVRS foi avaliada pelo instrumento SF-36 (WARE; SHERBOURNE, 1992), utilizando-se a versão do instrumento validada para o português (CICONELLI et al., 1999) (Anexo A). O SF-36 é um instrumento multidimensional formado por 36 itens, agrupados em oito escalas ou domínios: Capacidade Funcional (dez itens), Aspectos Físicos (quatro itens), Dor (dois itens), Estado Geral de Saúde (cinco itens), Vitalidade (quatro itens), Aspectos Sociais (dois itens), Aspectos Emocionais (três itens) e Saúde Mental (cinco itens). Cada domínio apresenta escore final de zero a 100, no qual o zero corresponde o pior QVRS e 100 a melhor QVRS. Esse instrumento já foi utilizado em pacientes com DAC com características semelhantes e obtiveram-se valores adequados para a consistência interna, com valores de alfa de Cronbach que variaram de 0,71 a 0,97, sendo esses valores extremos obtidos, respectivamente, para os domínios Estado Geral de Saúde e Aspectos Emocionais (DESSOTTE et al., 2011).

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): para avaliação dos sintomas de ansiedade e depressão, foi utilizada a HADS (ZIGMOND; SNAITH, 1983), em sua versão validada para o português (BOTEGA et al., 1995) (Anexo B). A HADS contém 14 questões do tipo múltipla escolha que abordam sintomas somáticos e psicológicos, divididas em duas subescalas: Ansiedade e Depressão. Cada subescala é composta de sete itens. Cada item tem pontuação que vai de zero a três. O intervalo global, em cada subescala, varia de zero a 21, maiores valores indicam mais sintomas de ansiedade e depressão. Na versão validada para o português, as subescalas de Ansiedade e Depressão apresentaram alfa de Cronbach de 0,68 e 0,77, respectivamente (BOTEGA et al., 1995).

3.5. Procedimentos para coleta de dados

Os dados do estudo na fase de internação foram coletados no estudo anterior (FURUYA, 2013), na Seção de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista com pacientes eletivos, no primeiro dia da internação, antes da realização da ICP em parceria com a pesquisadora do presente estudo, conforme descrito anteriormente.

No estudo prévio (FURUYA, 2013), antes da ICP, foram coletados dados para a caracterização sociodemográfica e clínica, avaliação da QVRS, presença de sintomas de ansiedade e de depressão, autoeficácia e adesão medicamentosa (MAT). No presente estudo, um ano após a ICP, foram coletados os dados de caracterização sociodemográfica e clínica e aplicados, sempre na mesma ordem, os seguintes instrumentos utilizados no estudo anterior: SF-36 (WARE;

SHERBOURNE, 1992) versão adaptada para o português (CICONELLI et al., 1999) e a Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), desenvolvida por Zigmond e Snaith (1983), versão validada para o português (BOTEGA et al., 1995).

Os 60 participantes do estudo prévio (FURUYA, 2013) foram recrutados por telefone e convidados a participar deste estudo quando completaram um ano da ICP. O agendamento do retorno pelo serviço foi realizado no período de 11 a 15 meses após a ICP, e de acordo com o retorno ambulatorial, ou disponibilidade do participante, foi realizada a entrevista. A coleta de dados foi realizada no ambulatório de cardiologia ou em local agendado de acordo com a conveniência dos participantes.

Dos 60 participantes do estudo de intervenção (FURUYA, 2013), 45 foram avaliados nos ambulatórios do hospital onde o estudo foi realizado, nas datas agendadas para os retornos médicos. Quinze participantes foram encaminhados para continuar o tratamento na cidade de origem após seis meses da ICP. Para esses, primeiramente, foram realizados contato por telefone e, após manifestação de interesse em continuar na pesquisa, foi agendada a coleta de dados no domicílio ou em local estabelecido por eles. Entre os 15 pacientes, quatro não compareceram ao retorno agendado; novas tentativas de contato por telefone foram feitas, sem sucesso.

Foram esclarecidos aos participantes os objetivos da continuidade da pesquisa e, após a obtenção do consentimento por escrito (Apêndice B); aplicados os instrumentos sempre na mesma ordem, por meio de entrevista, face a face e registrados os dados informados. O tempo médio das entrevistas foi de 60 minutos. O procedimento de coleta de dados está representado na Figura 1.

FIGURA 1 – Representação esquemática do procedimento de coleta de dados

3.6. Análise dos dados

Os dados foram digitados e analisados por meio do programa *Statistical Package for the Social Science* (IBM SPSS versão 22.0) para Windows. Foram realizadas análises descritivas de frequência simples para as variáveis categóricas (sexo, situação conjugal, desempenho de atividades remuneradas, tipo de ICP, número e motivo de reinternações) e análise de tendência central (média) e variabilidade (Desvio padrão – D.P.) para as variáveis numéricas (idade, anos de estudo, número de dependentes, renda mensal familiar) e escalares (SF-36 e HADS).

Para comparar as medidas de QVRS, os sintomas ansiedade e depressão dos participantes do GI com as dos participantes do GC, na internação e um ano após a alta hospitalar, foi utilizado o teste *t de Student*.

O teste *t de Student* pareado foi utilizado para comparação das medidas de QVRS, ansiedade e depressão no início e no final do estudo, em cada grupo (GI e GC). Essa comparação foi realizada visando subsidiar a discussão dos resultados obtidos na comparação entre os GC e GI.

O nível de significância adotado foi de 0,05.

3.7. Aspectos éticos

Para o desenvolvimento desta pesquisa, foi solicitado e aprovado um adendo pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP (HCFMRP-USP) ao projeto de pesquisa Programa Educativo para pacientes após a Revascularização do Miocárdio: avaliação do impacto no estado de saúde percebido e adesão ao tratamento. (Processo HCRP nº 7333/2010 - Anexo C, Ofício de aprovação do adendo sob o nº 7232/2012 de setembro de 2012 - Anexo D), contendo a solicitação de inclusão das medidas de QVRS e sintomas de ansiedade e depressão um ano após ICP. O adendo ao projeto de pesquisa foi elaborado de acordo com os preceitos éticos da Resolução CNS 466/12.

Os pacientes foram convidados a participar da pesquisa e, após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE (Apêndice B), assinaram o referido termo em duas vias, permanecendo uma com o participante da pesquisa e a outra foi arquivada pela pesquisadora.

Todas as dúvidas apresentadas sobre a pesquisa foram esclarecidas. Foi explicado aos participantes que a participação no estudo não acarretaria custos, que eles teriam liberdade de recusar a responder qualquer pergunta e estariam livres para recusar a participar, retirar o consentimento ou interromper a participação, a qualquer momento. Além disso, os participantes tiveram a garantia de anonimato.

4. Resultados

4. RESULTADOS

Caracterização sociodemográfica e clínica

Os dados de caracterização sociodemográfica dos 56 participantes deste estudo estão apresentados na Tabela 1, de acordo com o grupo em que foram alocados.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos sujeitos, na medida inicial (T0), antes da Intervenção coronária percutânea (ICP), e um ano após ICP (T1). Ribeirão Preto, 2011 – 2014

Variável	T0 (FURUYA, 2013)			T1(Estudo atual)		
	Antes da ICP		Valor de <i>p</i>	Após 12 meses		Valor de <i>p</i>
	GI (n=29)	GC (n=27)		GI (n=29)	GC (n=27)	
Idade (em anos) [M, (D.P.)]	63,5 (12,5)	60,2 (8,8)	0,261	64,6 (12,5)	61,3 (8,8)	0,262
Anos de estudo. [M, (D.P.)]	3,9 (2,9)	5,5 (4,2)	0,111	-	-	0,111-
Número de dependentes [M, (D.P.)]	3,41 (1,9)	3,1 (1,5)	0,523	2,7 (1,7)	2,7 (1,6)	0,907
Renda mensal familiar (em reais) [M, (D.P.)]	1670 (1173)	2579 (4646)	0,312	1362 (723)	1913 (1339)	0,062
Sexo % (n)			0,611			0,611*
Masculino	58,6 (17)	51,9 (14)		58,6 (17)	51,9 (14)	-
Feminino	41,4 (12)	48,1 (13)		41,4 (12)	48,1 (13)	-
Situação Conjugal % (n)			0,877			0,866*
Casado/União Consensual	75,8 (22)	74,1 (20)		72,4 (21)	70,4 (19)	
Solteiro/ Viúvo ou Separado	24,2 (7)	25,9 (7)		24,1 (8)	29,6 (8)	
Desempenho de atividades remuneradas % (n)			0,629			0,165*
Não	65,5 (19)	59,3 (16)		82,8 (24)	66,7 (18)	
Sim	34,5 (10)	40,7 (11)		17,2 (5)	33,3 (9)	

M = Média; D.P.= Desvio-padrão; *valor de *p* proveniente do teste Qui-quadrado (sexo, situação conjugal, desempenho atividades remuneradas) os demais valores de *p* vieram do teste de comparação de médias (*t de Student* para amostras independentes).

A caracterização clínica dos participantes com relação ao tipo de *stent*, e reinternação no período de um ano após a ICP, está apresentada na (Tabela 2). O *stent* não farmacológico foi o mais utilizado nos dois grupos.

Tabela 2 - Caracterização clínica dos participantes, no período de um ano após a intervenção coronária percutânea - ICP. Ribeirão Preto, 2011 – 2014

Variável	Grupo Intervenção N = 29 (%)	Grupo Controle N = 27 (%)
Tipo de ICP		
Stent não farmacológico	23 (79,3)	22 (81,5)
Stent farmacológico	6 (20,7)	5 (18,5)
Reinternação após ICP		
Não	25 (86,2)	22 (81,5)
Sim	4 (13,8)	5 (18,5)
Motivo da reinternação		
Nova ICP	4 (13,8)	4 (14,8)
Outro (angina)	-	1 (3,7)

Nove participantes foram reinternados no período de um ano após ICP, sendo quatro pacientes do GI e cinco do GC. Desses participantes, oito foram submetidos a nova ICP e um apresentou angina, mas não foi submetido à nova ICP (Tabela 2).

Na Tabela 3, estão informadas as médias obtidas para cada um dos oito domínios do SF-36 (medida da QVRS), antes da ICP (FURUYA, 2013) e 12 meses após. Os resultados da segunda avaliação não confirmaram a hipótese de que a QVRS dos participantes do GI seria maior do a do GC.

Tabela 3 - Comparação dos valores médios dos oito componentes do SF-36 segundo os grupos (GI e GC), nos dois tempos de avaliação (T0 e T1). Ribeirão Preto, 2011 – 2014

	T0 (FURUYA, 2013)			T1 (Estudo atual)		
	GI=29 Media [D.P.] ^a	GC=27 Media [D.P.] ^a	Valor de <i>p</i>	GI=29 Media [D.P.] ^a	GC=27 Media [D.P.] ^a	Valor de <i>p</i> [*]
Componentes do SF-36						
Aspectos Sociais	74,6 (25,5)	69,9 (29,5)	0,529	81,9 (19,6)	72,7 (29,2)	0,169
Capacidade Funcional	64,3 (24,1)	57,4 (26,7)	0,314	66,4 (24,6)	54,1 (31,6)	0,109
Estado Geral de Saúde	64,2 (15,0)	61,1 (20,5)	0,515	65,6 (21,7)	60,2 (21,1)	0,348
Vitalidade	61,4 (23,2)	61,7 (24,0)	0,964	66,9 (24,5)	61,5 (24,9)	0,416
Saúde Mental	60,7 (13,7)	61,3 (19,9)	0,888	65,5 (14,0)	63,2 (13,5)	0,543
Aspectos Emocionais	51,7 (37,3)	60,5 (41,4)	0,408	75,9 (35,5)	60,5 (43,4)	0,152
Dor	45,9 (37,5)	39,2 (34,3)	0,491	56,5 (28,4)	59,0 (27,1)	0,747
Aspectos Físicos	29,3 (34,8)	32,4 (33,8)	0,737	55,2 (44,0)	51,8 (43,3)	0,777

^aD.P. = Desvio-padrão

^{*}p-valor = Teste *t-Student*

Antes da ICP, os grupos apresentaram resultados semelhantes nas medidas de QVRS ao compararmos as medidas obtidas para os domínios mais comprometidos Aspectos Físicos (GI=29,3; GC=32,4; $p=0,737$) e Dor (GI=45,9; GC=39,2; $p=0,491$). Na avaliação da QVRS doze meses após ICP, os resultados não mostraram diferenças estatisticamente significantes entre as medidas dos oito domínios obtidas para o GC e GI.

Tanto no GI quanto no GC, as maiores médias foram observadas no domínio Aspectos Sociais (GI=81,9 e GC=72,7; $p=0,169$). Assim, em ambas avaliações, os participantes perceberam o comprometimento das atividades diárias pelos problemas da saúde física.

Na Tabela 4, apresentamos os resultados obtidos para QVRS, em T0 e T1, comparando-se os resultados dos grupos com eles mesmos (GI em T0 e T1; GC em T0 e T1).

Tabela 4 - Comparação dos valores médios dos oito componentes do SF-36 de cada um dos Grupos (GC e GI), nos dois tempos de avaliação (T0 e T1). Ribeirão Preto, 2011 - 2014

VARIÁVEL	GC=27		^b Valor de <i>p</i>	GI=29		Valor de <i>p</i>
	*T0	**T1		*T0	**T1	
	Media (D.P.) ^a	Media (D.P.) ^a		Media (D.P.) ^a	Media (D.P.) ^a	
Componentes do SF-36						
Aspectos Sociais	69,9 (29,5)	72,7 (29,2)	0,562	74,6 (25,5)	81,9 (19,6)	0,237
Vitalidade	61,7 (24,0)	61,5 (24,9)	0,972	61,4 (23,2)	66,9 (24,5)	0,154
Saúde Mental	61,3 (19,9)	63,2 (13,5)	0,552	60,7 (13,7)	65,5 (14,0)	0,063
Estado Geral de Saúde	61,1 (20,5)	60,2 (21,1)	0,841	64,2 (15,0)	65,6 (21,7)	0,689
Aspectos Emocionais	60,5 (41,4)	60,5 (43,4)	1,000	51,7 (37,3)	75,9 (35,5)	0,011
Capacidade Funcional	57,4 (26,7)	54,1 (31,6)	0,474	64,3 (24,1)	66,4 (24,6)	0,587
Dor	39,2 (34,3)	59,0 (27,1)	0,018	45,9 (37,5)	56,5 (28,4)	0,161
Aspectos Físicos	32,4 (33,8)	51,8 (43,3)	0,059	29,3 (34,8)	55,2 (44,0)	0,003

*T0 = Medida inicial coletada antes da ICP (FURUYA, 2013); **T1= medida final coletada 12 meses após ICP (Estudo atual);

^(a)D.P.= Desvio-padrão. ^b Valor de *p*: teste *t* de Student para amostra pareada.

De modo geral, em ambos os grupos, houve aumentos nos escores médios dos domínios do SF-36. No GI, este aumento pode ser observado em todos os domínios. Entretanto, apenas em Aspectos Emocionais ($p=0,011$) e Aspectos Físicos ($p=0,001$), as diferenças entre T0 e T1 foram estatisticamente significantes. Para o GC, a diferença foi estatisticamente significativa apenas no domínio Dor (T0=39,2; T1=59,0, $p=0,018$).

Os resultados obtidos com a aplicação da HADS também não confirmaram a hipótese de que um ano após ICP, os participantes do GI teriam menores escores para as medidas de ansiedade e de depressão quando comparados as do GC (Tabela 5). Os grupos eram semelhantes em T0 e permaneceram assim em T1.

Tabela 5 - Comparação das medidas dos sintomas de ansiedade e depressão segundo os grupos (GI e GC), nos dois tempos de avaliação (T0) e (T1). Ribeirão Preto, 2011 – 2014

VARIÁVEL	T0 (FURUYA, 2013)			T1 (Estudo atual)		
	GC=27	GI=29	Valor de p	GC=27	GI=29	Valor de p
	Média (D.P.) ^a	Média (D.P.) ^a		Média (D.P.) ^a	Média (D.P.) ^a	
Ansiedade	7,26 (3,58)	7,03 (4,00)	0,826	6,33 (3,47)	6,31 (3,86)	0,981
Depressão	5,52 (4,02)	6,48 (3,90)	0,366	5,89 (4,31)	5,31 (3,39)	0,578

^aD.V. desvio padrão.

Valor de p : teste t de Student.

Tabela 6 - Comparação das medidas dos sintomas de ansiedade e depressão de cada um dos Grupos (GC e GI), nos dois tempos de avaliação (T0 e T1). Ribeirão Preto, 2011 - 2014

VARIÁVEL	GC=27			GI=29		
	*T0	**T1	Valor de <i>p</i>	*T0	**T1	Valor de <i>p</i>
	Media (D.P.) ^a	Media (D.P.) ^a		Media (D.P.) ^a	Media (D.P.) ^a	
Ansiedade	7,26 (3,58)	6,33 (3,47)	0,177	7,03 (4,00)	6,31 (3,86)	0,311
Depressão	5,52 (4,02)	5,89 (4,31)	0,620	6,48 (3,90)	5,31 (3,39)	0,066

*T0= antes da ICP (FURUYA, 2013); **T1=12 meses após ICP;

^aD.V. desvio padrão;

Valor de *p*: teste *t* de Student para amostra pareada.

Na comparação dos participantes de cada grupo em T0 e T1, também, não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes nas medidas dos sintomas de ansiedade e de depressão (Tabela 6).

5. Discussão

5. DISCUSSÃO

A questão a ser respondida com a presente investigação foi: Qual o efeito, na QVRS e na presença de ansiedade e de depressão, da participação em um programa educativo voltado ao autocuidado de pacientes submetidos à primeira ICP, doze meses após a intervenção coronariana?

O objetivo estabelecido foi comparar essas três variáveis considerando-se as avaliações realizadas nos pacientes que participaram do referido programa educativo (GI) com aquelas advindas dos pacientes que receberam as informações, de acordo com a rotina do serviço (GC) onde o estudo foi realizado. As hipóteses estabelecidas foram: pacientes do GI, doze meses após a ICP, teriam melhor QVRS e menor presença de sintomas de ansiedade e de depressão do que os pacientes do GC.

No presente estudo, a participação no programa educativo não teve efeito sobre as variáveis de interesse, uma vez que não houve diferenças estatisticamente significantes entre os grupos em relação as medidas de QVRS, ansiedade e depressão.

Antes de um ano após a realização da ICP, para ambos os grupos, os domínios da QVRS mais comprometidos eram Dor e Aspectos Físicos. Entretanto, quando comparados aos valores obtidos entre os próprios participantes, em cada grupo, constatamos diferenças estatisticamente significantes apenas para domínio dor no GC e para os domínios Aspectos Físicos e Aspectos Emocionais para o GI.

Os resultados obtidos antes da ICP eram esperados devido ao comprometimento da irrigação miocárdica pela DAC, provocando sintomas de dor e

desconforto, principalmente, durante a realização de esforços físicos que demandam maior necessidade de oxigenação dos tecidos e exigem mais do coração. Um ano após a intervenção coronariana era esperado a melhora nesses domínios para ambos os grupos devido à melhora da perfusão miocárdica decorrente da ICP. Entretanto, como afirmado anteriormente, observaram-se melhores escores, com diferenças estatisticamente significantes na avaliação entre os participantes de cada grupo, para os domínios Dor no GC e Aspectos Físicos e Aspectos Emocionais no GI.

Hawkes et al. (2013) descreveram os efeitos de um programa educativo com seguimento por telefone na prevenção secundária para pacientes após infarto do miocárdio. Seis meses após o seguimento, constataram significativa melhora na QVRS, avaliada pelo SF-36, nos domínios Aspectos Sociais e Aspectos Emocionais entre os pacientes que receberam o programa educativo quando comparados ao cuidado usual. Os autores atribuem a melhora nesses domínios aos possíveis efeitos da interação entre a pessoa que realizou a intervenção e o paciente, o que também pode ter ocorrido no presente estudo em relação aos Aspectos Emocionais.

Outros autores (HANSSEN et al., 2007, 2009), em estudo controlado, aleatorizado, avaliaram os efeitos de um programa educativo com seguimento por telefone, realizado durante 24 semanas após a alta, sobre a QVRS, avaliada pelo SF-36, seis (HANSSEN et al., 2007), 12 e 18 meses após a alta hospitalar. Constataram que as diferenças observadas na QVRS, nas medidas sumárias do Componente físico e do Componente mental do SF-36 aos seis meses, não se mantiveram aos 12 e 18 meses após a alta (HANSSEN et al., 2009).

Em estudo realizado em Hong Kong (WONG; CHAIR, 2007), com o objetivo de avaliar a QVRS, utilizando o SF-36, em pacientes submetidos a ICP, constatou-

se percepção de melhora em todos os domínios do SF-36 um mês após o procedimento. Após três meses do procedimento, com exceção do domínio Aspectos Físicos, todos os demais apresentaram melhoras significativas.

No estudo clínico randomizado que foi utilizado como base para o presente estudo (FURUYA, 2013), seis meses após a intervenção coronariana, os pacientes, que também participaram do estudo atual, avaliaram os domínios Aspectos Físicos e Dor como os mais comprometidos. Aos seis meses, os participantes do GI (n=30) apresentaram, as médias de 50 e 55,7, respectivamente, para os domínios Aspectos Físicos e Dor. No presente estudo, aos doze meses, os participantes do GI apresentaram, as médias de 55,2 e 56,5, respectivamente, para os domínios Aspectos Físicos e Dor (Tabela 3). Esses domínios também se mantiveram como os mais comprometidos para ambos os grupos.

Para analisar mudanças na QVRS, Furuya et al. (2015) realizaram análises de variância para medidas repetidas usando tempo, grupo e a interação entre tempo e grupo como fatores. Os autores utilizaram, além dos oito domínios do SF-36, as medidas sumárias do Componente físico e do Componente mental. Os resultados para os oito domínios mostraram significância estatística apenas para o efeito do tempo para Capacidade Funcional, Aspectos Emocionais e Aspectos Físicos. Quanto aos componentes sumários, para o Componente Mental não houve significância estatística ao se considerar o tempo, o grupo ou a interação entre eles. Entretanto, no Componente sumário físico, não houve interação estatisticamente significativa ao se considerar a interação entre tempo e grupo, mas observou-se o efeito do tempo ($p=0,009$) na avaliação dos participantes dos dois grupos, da avaliação inicial (antes da ICP) até os seis meses após a intervenção (FURUYA et al., 2015). No presente estudo, não foi realizada análise de medidas repetidas e,

embora tenha sido observado aumento nos valores dos oito domínios do SF-36, na avaliação dos pacientes em seus grupos de alocação, as diferenças não foram estatisticamente significantes para a maioria dos domínios.

Na avaliação da presença de sintomas de ansiedade e de depressão segundo a participação no programa educativo, não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes nas medidas obtidas pelas subescalas de ansiedade e depressão da HADS, doze meses após a ICP. Antes da intervenção, os grupos também eram semelhantes. Gallagher et al. (2003) realizaram um programa educativo com mulheres que haviam sido diagnosticadas previamente com infarto agudo do miocárdio, e submetidas a tratamento cirúrgico ou clínico. Na avaliação da ansiedade e depressão, utilizando a HADS, e interpretando valores maiores que 11 como indicativo da condição clínica, concluíram que a intervenção não apresentou efeitos.

Os resultados do presente estudo diferem das conclusões de Chaudhury e Srivastava (2013), ao salientarem que o sucesso da ICP resulta em redução dos sintomas de ansiedade e de depressão. Em estudo realizado em Hong Kong, pesquisadores (CHAN; CHEUNG, 2003) também constataram redução dos níveis de ansiedade, após aplicação de um programa educativo, em pacientes com DAC submetidos à cateterização cardíaca.

Na avaliação dos participantes do presente estudo feita por Furuya et al. (2015), houve uma interação estatisticamente significativa entre os fatores tempo e grupo para a medida de ansiedade. Os sintomas de ansiedade diminuíram nos participantes do GI depois de seis meses, mas aumentaram entre os participantes do GC. Com relação aos sintomas de depressão não houve efeito do grupo, do tempo ou da interação entre os dois fatores.

Os fatores psicossociais (bem-estar psicológico e a exaustão vital) são importantes preditores de mudança na QVRS entre os pacientes com DAC (SKODOVÁ et al., 2011). A depressão pré-existente acelera a transição do processo de incapacidade e está associada ao pobre desempenho funcional após a alta (SHIMIZU et al., 2011). Sintomas de depressão prévios levam a maior gravidade da doença e a piora no prognóstico, em razão de um estilo de vida não saudável e da menor adesão ao tratamento (KHAWAJA et al., 2009; SHIMIZU et al., 2011).

Trotter, Gallagher e Donoghue (2011) recomendam que os enfermeiros busquem estratégias que minimizem os efeitos da ansiedade antes e após a ICP. Vários autores (CHERLIN et al., 2013; GRACE et al., 2012; PETERSON et al., 2014; ZGHAL et al., 2012) reforçaram a necessidade de investimentos em educação para o paciente com DAC, incluindo estratégias de ensino e aprendizagem com acompanhamento pós alta hospitalar, visando diminuir reinternações (CHERLIN et al., 2013), auxiliar no processo de reabilitação e estimular a prevenção secundária (GRACE et al., 2012; PETERSON et al., 2014; ZGHAL et al., 2012).

Recomenda-se o uso de educação em saúde para maiores benefícios do estado geral de saúde de pacientes com DAC (CHERLIN et al., 2013; GRACE et al., 2012; ZGHAL et al., 2012). Para Mckinley et al. (2009), a educação em saúde e o aconselhamento levam ao aumento do conhecimento e maior percepção e controle sobre a DAC, resultando em atitudes positivas com relação à saúde, melhorando o estado geral de saúde.

Programas educativos, além de melhorar o conhecimento e a adesão ao tratamento podem promover apoio social por meio, por exemplo, de grupos de apoio ou seguimento por telefone. Embora não tenham sido constatados efeitos sobre os sintomas de ansiedade e depressão, o programa educativo oferecido neste estudo

pode ter sido percebido pelos pacientes como um apoio social (FURUYA et al., 2015).

Faz-se necessário considerar algumas limitações do presente estudo. A primeira é a falta de um cálculo amostral para o estabelecimento do número de pacientes, o que possibilitaria o caráter confirmatório das nossas hipóteses. Como foi estudada uma população previamente definida, ou seja, participantes do estudo clínico randomizado (FURUYA, 2013; FURUYA et al., 2015), desenvolvido por investigadores do Grupo de Reabilitação em Qualidade de Vida da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, o caráter confirmatório das hipóteses não era possível.

Outra limitação é o uso de medidas subjetivas (SF-36 e HADS) para a avaliação dos efeitos do programa educativo entre os participantes. Destacam-se ainda como limitações, a baixa escolaridade dos pacientes atendidos em hospitais públicos de ensino, que podem ter contribuído para possíveis erros decorrentes das dificuldades dos indivíduos para se lembrar, com clareza, como estavam ao responder aos itens do SF-36 (últimas quatro semanas) e da HADS (última semana). Este é um dos riscos que pode ocorrer em todos os estudos, principalmente, nos que utilizam instrumentos que remetem ao passado (DESSOTTE; DANTAS; SCHMIDT, 2011; NOUREDDINE, 2009).

Estudos de acompanhamento em geral são onerosos e demandam vários fatores para sua conclusão como, por exemplo, o fato de os participantes não pertencerem à cidade sede do estudo, acarretando problemas relacionados à locomoção agravados pela situação social do grupo estudado. O vínculo prévio do pesquisador que coletou os dados e com os participantes pode, também, ter influenciado nos resultados do estudo atual.

6. Conclusão

6. CONCLUSÃO

A participação em um programa educativo antes da ICP não teve efeito na determinação de uma melhor QVRS e menor presença de sintomas de ansiedade e de depressão, doze meses após a realização da intervenção.

O GI, quando comparado com ele mesmo, em T0 e T1 apresentou melhora estatisticamente significativa na QVRS, nos domínios Aspectos Emocionais e Aspectos Físicos. Para o GC, a diferença foi estatisticamente significativa apenas no domínio Dor.

Novos esforços devem ser empregados para comparar e testar programas de educação com seguimento em saúde em pacientes com DAC, com um número maior de participantes, utilizando acompanhamento individual e em grupo.

Referências

REFERÊNCIAS¹

BANDURA, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. **Psychological Review**, Bethesda, v. 84, n. 2, p. 191-215, 1977. Disponível em: <<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi:10.1.1.315.4567&rep=rep1&type=pdf>>. Acesso em: 09 jun. 2015.

BANDURA, A. Health promotion by social cognitive means. **Health education & behavior: the official publication of the Society for Public Health Education**, Thousand Oaks, v. 31, n. 2, p. 143-164, 2004. doi:10.1177/1090198104263660.

BERTOLUCCI, P. H. F. et al. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, São Paulo, v. 52, n. 1, p. 1-7, mar. 1994. doi:10.1590/S0004-282X1994000100001.

BOINI, S. et al. Occurrence of coronary artery disease has an adverse impact on health-related quality of life: a longitudinal controlled study. **International Journal of Cardiology**, Amsterdam, v. 113, n. 2, p. 215–222, Nov. 10 2006. doi:10.1016/j.ijcard.2005.11.016.

BONETTI, A.; SILVA, D. G. V.; TRENTINI, M. O método da pesquisa convergente assistencial em um estudo com pessoas com doença arterial coronariana. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p. 179–183, jan./mar. 2013. doi:10.1590/S1414-81452013000100025.

BOTEGA, N. J. et al. Transtornos de humor em enfermarias de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, n. 5, p. 355-363, 1995. doi:10.1590/S0034-89101995000500004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Informações de Saúde (TABNET). **Estatísticas Vitais**. Epidemiológicas e morbidades. 2013. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>. Acesso em: 20 dez. 2013.

¹ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

CLARK, A. M. et al. **Randomized trials of secondary prevention programs in coronary artery disease: a systematic review**. Rockville, Agency for Healthcare Research and Quality (US) AHRQ Technology Assessment Program, Dec. 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK285279/?report=reader>>. Acesso em: 27 maio 2015.

CICONELLI, R. M. et al. 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**, Campinas, v. 39, n. 3, p. 143-150, 1999. Disponível em: <http://www.ufjf.br/renato_nunes/files/2014/03/Valida%C3%A7%C3%A3o-do-Question%C3%A1rio-de-qualidade-de-Vida-SF-36.pdf>. Acesso em: 09 jun. 2015.

CHAUDHURY, S.; SRIVASTAVA, K. Relation of depression, anxiety and quality of life with outcome after percutaneous transluminal coronary angioplasty. **The Scientific World Journal**, New York, v. 2013, p. 1-5, 2013. doi:10.1155/2013/465979.

CHAN, D. S.; CHEUNG, H. W. The effects of education on anxiety among Chinese patients with disease undergoing cardiac catheterization in Hong Kong. **Contemporary Nurse**, United States, v. 15, n. 3, p. 310-320, 2003. doi:10.5172/conu.15.3.310.

CHERLIN, E. J. et al. Features of high quality discharge planning for patients following acute myocardial infarction. **Journal of General Internal Medicine**, Philadelphia, v. 28, n. 3, p. 436-443, Mar. 2013. doi:10.1007/s11606-012-2234-y.

COHEN, D. J. et al. Quality of life after PCI with drug-eluting stents or coronary-artery bypass surgery. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 364, n. 11, p. 1016-1026, Mar. 2011. doi:10.1056/NEJMoa1001508.

DESSOTTE, C. A. M. et al. Health-related quality of life in patients admitted after a first episode of acute coronary syndrome. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, p. 1106-1113, Oct. 2011. doi:10.1590/S0104-11692011000500007.

DESSOTTE, C. A. M.; DANTAS, R. A. S.; SCHMIDT, A. Sintomas de pacientes antes da primeira hospitalização por Síndrome Coronariana Aguda. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1097-1104, out. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000500010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 jun. 2015. doi:10.1590/S0080-62342011000500010.

FAILDE, I. I.; SOTO, M. M. Changes in health related quality of life 3 months after an acute coronary syndrome. **BioMed Central Public Health**, London, v. 6, n. 18, p. 1-10, 2006. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/6/18>>. doi:10.1186/1471-2458-6-18. Acesso em: 09 Jun. 2015.

FAVARATO, M. E. et al. 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**, Amsterdam, v. 116, p. 364–370, 2007. doi:10.1016/j.ijcard.2006.06.001.

FAYERS, P. M.; MACHIN, D. **Quality of life Assessment, analyses and interpretation**. 2nd ed. Chichester: John Wiley & Sons, 2007.

FURUYA, R. K. **Programa educativo com seguimento por telefone para pacientes submetidos à intervenção coronária percutânea: ensaio clínico controlado e aleatorizado**. 2013. 217 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

FURUYA, R. K. et al. Anxiety and depression among men and women who underwent percutaneous coronary intervention. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1333-1337, Dec. 2013a. doi:10.1590/S0080-623420130000600012.

FURUYA, R. K. et al. Original research: telephone follow-up for patients after myocardial revascularization: a systematic review. **The American journal of nursing**, Philadelphia, v. 113, n. 5, p. 28-31, May 2013b. doi:10.1097/01.NAJ.0000429756.00008.ca.

FURUYA, R. K. et al. A randomized controlled trial of an educational programme to improve self-care in Brazilian patients following percutaneous coronary intervention. **Journal Advanced Nursing**, Oxford, v. 71, n. 4, p. 895-908, Apr. 2015. doi:10.1111/jan.12568.

GENTZ, C. A. Perceived learning needs of the patient undergoing coronary angioplasty: An integrative review of the literature. **Heart & Lung**, Philadelphia, v. 29, n. 3, p. 161-172, 2000. doi:10.1067/mhl.2000.106002.

GIL, G. P. et al. Clinical evolution of patients hospitalized due to the first episode of Acute Coronary Syndrome. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 5, p. 830-837, Sept./Oct. 2012. doi:10.1590/S0104-11692012000500003.

GILL, R.; CHOW, C. M. Knowledge of heart disease and stroke among cardiology inpatients and outpatients in a Canadian inner-city urban hospital. **The Canadian Journal of Cardiology**, Ontário, n. 26, v. 10, p. 537-541, Dec. 2010. doi:10.1016/S0828-282X(10)70468-2.

GRACE, S. L. et al. Effectiveness of inpatient and outpatient strategies in increasing referral and utilization of cardiac rehabilitation: a prospective, multi-site study. **Implementation science**, London, v. 7; n. 120, p. 1-8, Dec. 2012. doi:10.1186/1748-5908-7-120.

GO, A. S. et al. Heart disease and stroke statistics-2013 update: a report from the American Heart Association. **Circulation**, Dallas, v. 1, n. 127, p. e6-e245, 2013. doi:10.1161/CIR.0b013e31828124ad.

HAWKES, A. L. et al. Effect of a telephone-delivered coronary heart disease secondary prevention program (ProActive Heart) on quality of life and health behaviours: primary outcomes of a randomised controlled trial. **International Journal of Behavioral Medicine**, London, v. 20, n. 3, p. 413–424, 2013. doi:10.1007/s12529-012-9250-5.

HANSSEN, T. A. et al. Does a telephone follow-up intervention for patients discharged with acute myocardial infarction have long-term effects on health-related quality of life? A randomised controlled trial. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 18, n. 9, p. 1334-1345, May 2009. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02654.x.

HANSSEN, T. A. et al. Improving outcomes after myocardial infarction: a randomized controlled trial evaluating effects of a telephone follow-up intervention. **European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation**, London, v. 14, n. 3, p. 429-437, Jun. 2007. doi:10.1097/HJR.0b013e32801da123.

HERDY, A. H. et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Consenso Sul-Americano de Prevenção e Reabilitação Cardiovascular. **Lex: Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 103, n. 2, p. 1-31, 2014. Suplemento 1. Disponível em:
<<http://www.arquivosonline.com.br/2014/10302/pdf/Diretriz%20Consenso%20Sul-Americano.pdf>> Acesso em: 20 nov. 2014.

HU, J.; GRUBER, K. J. Positive and negative affect and health functioning indicators in older adults with chronic illnesses. **Issues in Mental Health Nursing**, New York, v. 29, n. 8, p. 895-911, Aug. 2008. doi:10.1080/01612840802182938.

HUEB, W. et al. The medicine, angioplasty, or surgery study (MASS-II): a randomized, controlled clinical trial of three therapeutic strategies for multivessel coronary artery disease. **Journal of the American College of Cardiology**, New York, v. 43, n. 10, p. 1743-1751, May 2004. Disponível em: <<http://content.onlinejacc.org/article.aspx?articleid=1135601.pdf>> Acesso em: 20 nov. 2014. doi:10.1016/j.jacc.2003.08.065 .

IRMAK, Z.; FESCI, H. Effects of nurse-managed secondary prevention program on lifestyle and risk factors of patients who had experienced myocardial infarction. **Applied Nursing Research**, Philadelphia, v. 23, n. 3, p. 147-152, Aug. 2010. doi:10.1016/j.apnr.2008.07.004.

JANKOWSKI, P. et al. Half of coronary patients are not instructed how to respond to symptoms of a heart attack. **Cardiology Journal**, Gdansk, v. 18, n. 6, p. 668-674, 2011. Disponível em: <http://r.search.yahoo.com/_ylt=AwrBTzBaQndVhyla6XHz6Qt.;_ylu=X3oDMTByOHZyb21tBGNvbG8DYmYxBHBvcwMxBHZ0aWQDBHNIYwNzcg--/RV=2/RE=1433907931/RO=10/RU=http%3a%2f%2fwww.cardiologyjournal.org%2fen%2fdarmowy_pdf.phtml%3findeks%3d106%26indeks_art%3d1515/RK=0/RS=c3lqwMZ6_9U0zKpKOVk89DHmH.M->>. Acesso em: 09 Jun. 2015.

KANG, Y.; YANG, I. S.; KIM, N. Correlates of health behaviors in patients with coronary artery disease. **Asian Nursing Research**, Philadelphia, v. 4, n. 1, Mar. 2010. doi:10.1016/S1976-1317(10)60005-9.

KHAWAJA, I. S. et al. Depression and coronary artery disease: the association, mechanisms, and therapeutic implications. **Psychiatry**, Edgemont, v. 6, n. 1, p. 38-51, Jan. 2009. Disponível em: <<http://innovationscns.com/depression-and-coronary-artery-disease-the-association-mechanisms-and-therapeutic-implications>>. Acesso em: 07 de maio de 2015.

LEVINE, G. N. et al. Guideline for percutaneous coronary intervention: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions. ACCF/AHA/SCAI. **Circulation**, Dallas, n. 124, p. e574-e651, 2011.

LOPES, N. H. M.; LIMA, E. G.; VIEIRA, R. D. O. Insuficiência coronariana estável. In: MORETTI, M. A.; FERREIRA, J. F. M. **Cardiologia prática**. São Paulo: Atheneu, 2010. p. 81-95.

LUBKIN, I. M.; LARSEN, P. **Chronic illness**: impact and interventions. 7th ed. London: Jones and Bartlett, 2009.

MATHERS, C. D.; LONCAR, D. Projections of global mortality and burden of diseases from 2002 to 2030. **PLoS Medicine**, San Francisco, v. 3, n. 11, p. e442, 2006. doi:10.1371/journal.pmed.0030442.

MCKINLEY, S. et al. The effect of a short one-on-one nursing intervention on knowledge, attitudes and beliefs related to response to acute coronary syndrome in people with coronary heart disease: A randomized controlled trial. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v. 46, p. 1037–1046, 2009. doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.01.012.

MELO, E. M. P.; FERREIRA, P. L. Calidad de vida 2 años después de la revascularización coronária. **Enfermería Clínica**, Madrid, v. 17, n. 6, p. 309-317, 2007. doi:10.1016/S1130-8621(07)71823-5.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000. doi:10.1590/S1413-81232000000100002.

MIRALDA, C. P. et al. Resultados después de cirugía coronaria: determinantes de calidad de vida relacionada con la salud postoperatoria. **Revista Espanhola de Cardiologia**, Madrid, v. 54, n. 5, p. 607-616, mayo 2001. doi:10.1016/S0300-8932(01)76363-4.

MORIEL, G. et al. Qualidade de vida em pacientes com doença aterosclerótica coronariana grave e estável. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, n. 6, p. 691-697, dez. 2010. doi:10.1590/S0066-782X2010005000151.

NOUREDDINE, S. Patterns of responses to cardiac events over time. **The Journal of Cardiovascular Nursing**, Frederick, v. 24, n. 5, p. 390-397, Sep./Oct. 2009. doi:10.1097/JCN.0b013e3181ae4f0e.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para as condições crônicas**: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília, 2003.

PANASEWICZ, A. et al. Health-related quality of life in the elderly three years after percutaneous coronary intervention. **Intervention EuroIntervention: journal of EuroPCR in collaboration with the Working Group on Interventional Cardiology of the European Society of Cardiology**, Toulouse, v. 9, n. 3, p. 373-381, Jul. 2013. doi:10.4244/EIJV9I3A60.

PETERSON, J. C. et al. Developing self-management education in coronary artery disease. **Heart & Lung**, Philadelphia, v. 43, p. 133-139, 2014. doi:10.1016/j.hrtlng.2013.11.006.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

ROZANSKI, A.; BLUMENTHAL, J. A.; KAPLAN, J. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. **Circulation**, Dallas, v. 16, n. 99, p. 2192-2217, 1999. doi:10.1161/01.CIR.99.16.2192.

ROSENBLOOM, J. I. et al. Self-reported anxiety and the risk of clinical events and atherosclerotic progression among patients with coronary artery bypass grafts (CABG). **American Heart Journal**, Dallas, v. 158, n. 5, p. 867-873. Nov. 2009. doi:10.1016/j.ahj.2009.08.019.

SAMPAIO, J. K. V. R. et al. Impacto na qualidade de vida pós-angioplastia coronariana ou revascularização do miocárdio. **Revista Brasileira de Cardiologia**, Rio de Janeiro, n. 26, v. 5, p. 337-346, set./out. 2013. Disponível em: <<http://www.rbconline.org.br/artigo/impacto-na-qualidade-de-vida-pos-angioplastia-coronariana-ou-revascularizacao-do-miocardio/>>. Acesso em: 06 ago. 2014.

SHIMIZU, Y. et al. The effects of depression on the course of functional limitations in patients with chronic heart failure. **Journal of Cardiac Failure**, Philadelphia, v. 17, n. 6, p. 503-510, Jun. 2011. doi:10.1016/j.cardfail.2011.01.005.

SKODOVÁ, Z. et al. Psychosocial predictors of change in quality of life in patients after coronary interventions. **Heart & Lung**, Philadelphia, v. 40, n. 4, p. 331-339, Jul./Aug. 2011. doi:10.1016/j.hrtlng.2009.12.007.

SMITH, S. C., JR. et al. ACC/AHA/SCAI 2005 Guideline update for percutaneous coronary intervention: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association task force on Practice Guidelines (ACC/AHA/SCAI Writing Committee to Update the 2001 Guidelines for Percutaneous Coronary Intervention). ACC/AHA/SCAI. **Circulation**, Dallas, v. 113, n. 7, p. e166-286, 2006.

SMITH, S. C., JR. et al. AHA/ACCF secondary prevention and risk reduction therapy for patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease: 2011 Update: a Guideline from the American Heart Association and American College of Cardiology Foundation. **Circulation**, Dallas, v. 124, p. 2458-2473, 2011.

STAFFORD, L.; JACKSON, H. J.; BERK, M. Illness Beliefs About Heart Disease and Adherence to Secondary Prevention Regimens. **Psychosomatic Medicine**, Baltimore, v. 70, p. 942–948, 2008. doi:10.1097/PSY.0b013e318187e22e.

STAFFORD, L.; JACKSON, H. J.; BERK, M. Cognitive-personality style as vulnerability to depression in patients with coronary artery disease: roles of sociotropy and autonomy. **Psychosomatic medicine**, Baltimore, v. 71, n. 1, p. 63–69, Jan. 2009. doi:10.1097/PSY.0b013e318187c023.

STAUBER, S. et al. Health-related quality of life is associated with positive affect in patients with coronary heart disease entering cardiac rehabilitation. **Journal of Clinical Psychology in Medical Settings**, New York, v. 20, n. 1, p. 79–87, Mar. 2013. doi:10.1007/s10880-012-9311-6.

STEWART, J. C.; FITZGERALD, G. J.; KAMARCK, T. W. Hostility now, depression later? Longitudinal associations among emotional risk factors for coronary artery disease. **Annals of Behavioral Medicine**, Knoxville, v. 39, n. 3, p. 258–266, Jun. 2010. doi:10.1007/s12160-010-9185-5.

STOLIC, S.; MITCHELL, M.; WOLLIN, J. Nurse-led telephone interventions for people with cardiac disease: a review of the research literature. **European Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 9, n. 4, p. 203–217, Dec. 2010. doi:10.1016/j.ejcnurse.2010.02.003.

STOLKER, J. M. et al. Repeat Revascularization After Contemporary Percutaneous Coronary Intervention An Evaluation of Staged, Target Lesion, and Other Unplanned Revascularization Procedures During the First Year. **Circulation: Cardiovascular interventions**, Hagerstown, Dec. 2012. doi:10.1161/CIRCINTERVENTIONS.111.967802. Disponível em: <<http://circinterventions.ahajournals.org/>>, consulta em 05/08/2014>. Acesso em: 09 Jun. 2015.

TAKIUTI, M. E. et al. Qualidade de vida após revascularização cirúrgica do miocárdio, angioplastia ou tratamento clínico. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 88, n. 5, p. 537–544, maio 2007. doi:10.1590/S0066-782X2010005000151.

TROTTER, R.; GALLAGHER, R.; DONOGHUE, J. Anxiety in patients undergoing percutaneous coronary interventions. **Heart & Lung**, Philadelphia, v. 40, n. 3, p. 185–192, Mayo Jun. 2011. doi:10.1016/j.hrtlng.2010.05.054.

VALENÇA, A. M. et al. Transtornos de ansiedade e depressão em pacientes de ambulatório de clínica médica, v 65, ed suplementar 2. **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, p. 12-17, 2008. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4819>. Acesso em: 16 jun. 2014.

VERONOVICI, N. R. et al. Discharge education to promote selfmanagement following cardiovascular surgery: An integrative review. **European Journal of Cardiovascular Nursing**, Amsterdam, v. 13, n. 1, p. 22-31, 2014. doi:10.1177/1474515113504863.

WARE, J. E., JR.; SHERBOURNE, C. D. The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. **Medical Care**, Philadelphia, v. 30, n. 6, p. 473-483, Jun. 1992.

WELLENIUS, G. A. et al. Depressive symptoms and the risk of atherosclerotic progression among patients with coronary artery bypass grafts. **Circulation**, Dallas, v. 117, n. 18, p. 2313-2319, May 2008. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.107.741058.

WEINTRAUB, W. S. et al. Effect of PCI on quality of life in patients with stable coronary disease. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 359, n. 7, p. 677-687, Aug. 2008. doi:10.1056/NEJMOA072771.

WONG, M. S.; CHAIR, S.Y. Changes in health-related quality of life following percutaneous coronary intervention: a longitudinal study. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v. 44, n. 8, p. 1334-1342, Nov. 2007. doi:10.1016/J.IJNURSTU.2006.07.011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Status Report On Noncommunicable Diseases 2010**. Geneva. World Health Organization, 2011. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/>. Acesso em: 12 maio 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The Global Burden of Disease: 2004 update** 2008. Disponível em: <http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/index.html>. Acesso em: 13 fev. 2014.

YU, C. M. et al. A short course of cardiac rehabilitation program is highly cost effective in improving long-term quality of life in patients with recent myocardial infarction or percutaneous coronary intervention. **Archives of Physical Medicine**

and Rehabilitation, Philadelphia, v. 85, p. 1915-1922, 2004.
doi:10.1016/j.apmr.2004.05.010.

ZIGMOND, A. S.; SNAITH, R. P. The hospital anxiety and depression scale. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, Copenhagen, v. 67, n. 6, p. 361-370, Jun. 1983.

ZGHAL, F. M. et al. Bare metal stent thrombosis in patients with acute coronary syndrome. **Circulation Journal**, Kyoto, v. 76, n. 3, p. 634-640, 2012.
doi:10.1253/circj.CJ-11-1041.

Apêndices

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA

A.12 meses ID: _____.

Maneira de coleta de dados: () 1 Ambulatório () 2 Domicílio () 3 Telefone

DATA: ____/____/____.

Registro HCFMRP-USP: _____

Número de identificação (ID): _____

Endereço:

Telefone: _____

Melhor horário para encontrar no domicílio _____

Situação de trabalho atual:

() Ativo/a Se ativo retornou ao trabalho em ____/____/____

() Inativo/a Especifique: () 2.1 aposentado

() 2.2 afastado

.....() 2.3 dona de casa

.....() 2.4 desempregado

.....() 2.5 outros _____

Renda Familiar _____ Individual: _____ N°

dependentes: _____

Estado civil:

() 1 casado () 2 solteiro () 3 viúvo () 4 separado () 5 união consensual

Faltou em algum retorno: () Sim Motivo: _____

() Não

Data da coleta no Prontuário: ____/____/____

I. Dados para caracterização sociodemográfica:

I.a – Data de nascimento: ____/____/____

I.b – Sexo: () 1. Masculino () 2. Feminino

I.c - Data da entrevista: ____/____/____

I.d. - Data da angioplastia: ____/____/____

II. Dados para caracterização clínica

REFERENTE À PRIMEIRA ICP:

II.a – Período de internação: ____/____/____ a ____/____/____

Procedimento realizado:

Número de ICP: _____

Tipos de ICP:

() 1 stent convencional

() 2 stent farmacológico

() 3 balão

II.b – Presença de intercorrências durante esta internação:

() 1. Sim () 2 Não

Se sim, quais:

II.c – Desfecho da alta:

() 1 - Seguimento ambulatorial

() 2 – Seguimento ambulatorial em outra especialidade no HCFMRP-USP

() 3 – Óbito

() 4 – Encaminhamento para outro serviço

III – Evolução nos 12 primeiros meses após alta hospitalar da primeira ICP

REFERENTE AO ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

III.a- Datas e locais dos retornos do HCFMRP-USP: após ICP realizada em: ____/____/____

DATA:	ESPECIALIDADE	TIPO RETORNO	PRESENÇA:
____/____/____			() Sim () Não
____/____/____			() Sim () Não
____/____/____			() Sim () Não
____/____/____			() Sim () Não
____/____/____			() Sim () Não
____/____/____			() Sim () Não
____/____/____			() Sim () Não
____/____/____			() Sim () Não

Totais	Quantidade
TOTAL RETORNO:	
TOTAL RETORNO ACTP	
TOTAL RETORNO ISQUEMIA	
TOTAL RET. ACTP/ISQUEMIA:	
TOTAL FALTAS ACTP/ISQUEMIA	
TOTAL GERAL DE FALTAS	

III.b – Data do último atendimento no HCFMRP-USP (considerando 12 meses após alta da primeira ICP ____/____/____).

III.c – Local do último atendimento no HCFMRP-USP

- () ambulatório de angioplastia.
 () ambulatório de cardiologia (isquemia).
 () outro ambulatório.

Especificar: _____

- () internação nas enfermarias de Cardiologia
 () internação nas enfermarias de outra especialidades. Especificar: _____
 () atendimento de urgência na Unidade de Emergência (Cardiologia)

IV - REFERENTE RE-INTERNAÇÕES

IV.a – Período de internação: ____/____/____ a ____/____/____

IV.b – Motivo da internação: _____

IV.c – Submetido a algum procedimento: () sim () não

Especificar: _____

IV.d – Presença de intercorrências durante esta internação: () 1. Sim () 2 Não

Se sim, quais: _____

Desfecho: _____

IV.e – Período de internação: ____/____/____ a ____/____/____

IV.f – Motivo da internação: _____

IV.g – Submetido a algum procedimento: () sim () não

Especificar: _____

IV.h – Presença de intercorrências durante esta internação: () 1. Sim () 2 Não

Se sim, quais: _____

Desfecho: _____

Em caso de nova ICP, descrever se foi agendada outra ICP porque o paciente tinha mais de uma lesão, se houve re-estenose no local onde foi feito ICP, se houve estenose em outro local que não estava presente quando realizada a primeira ICP, ou algum outro motivo. _____

V - REFERENTE A PROCEDIMENTOS SEM INTERNAÇÃO HOSPITALAR

V. a – Procedimentos submetidos nos 12 meses após internação inicial:

Data: ____/____/____ Motivo: _____

Procedimento realizado: _____

VI - Desfecho ao término de um ano após a internação inicial

☐ Seguimento ambulatorial no HCFMRP-USP

() Óbito. Data: ____/____/____ Causa: _____

() Encaminhamento para outro serviço. Especificar: _____

Data: ____/____/____

() Abandono/interrupção do seguimento/ sem informação no prontuário

Especificar: _____

VI – MEDICAMENTOS

VI.a) Coletar na entrevista:

[illegible]

VI.b) Coletar no Prontuário:

[illegible]

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Avaliação após 12 meses ID:_____.

1. Nome da pesquisa: “Programa educativo para pacientes após revascularização do miocárdio: avaliação do impacto no estado de saúde percebido e na adesão ao tratamento”.
2. Pesquisador responsável: Enfermeira Doutoranda Rejane Kiyomi Furuya COREN/PR Nº: 00178771 e Prof. Dra. Lidia Aparecida Rossi
3. Promotor da pesquisa: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP. Endereço: Av. Bandeirantes, 3900, CEP: 14049-902 Ribeirão Preto - SP

O (A) Senhor (a) participou, como voluntário, de uma pesquisa que teve como objetivo avaliar um Programa Educativo para o autocuidado para pessoas submetidas à revascularização do miocárdio (que inclui a cirurgia de revascularização do miocárdio e a angioplastia coronária transluminal percutânea).

Nós conversamos com o senhor (a) no dia da angioplastia, aquele exame feito para “desentupir as veias do coração”. Como já foi dito naquele dia, para alguns pacientes, a pesquisadora mostrou algumas cartilhas e conversou sobre os principais cuidados após a alta hospitalar, e para outros pacientes, as orientações/explicações que eles receberam foram aquelas que o Hospital das Clínicas já fornece, através da equipe de enfermagem que cuidou do (a) senhor (a). A escolha de qual paciente ficaria em qual grupo foi feita através de sorteio.

Após seis meses, nós procuramos o senhor (a) novamente, e fizemos todas as perguntas que fizemos no dia da angioplastia.

Este estudo está permitindo conhecer se o programa educativo (as orientações das cartilhas) que está sendo testado ajudou vocês, pacientes, após a alta hospitalar.

TCLE – Avaliação após 12 meses, versão 1.0 de 05 de setembro de 2012

Gostaríamos de dar continuidade ao estudo. Se o (a) senhor (a) concordar em participar, será convidado a responder algumas perguntas no retorno ambulatorial de 12 meses. Para responder às perguntas, o (a) senhor (a) levará em torno de 20 minutos.

Novamente gostaríamos de afirmar que a sua participação nesta etapa do estudo é voluntária, e caso o (a) senhor (a) não queira participar, o seu atendimento e tratamento no HC serão os mesmos. A recusa em participar não trará mudanças no seu

tratamento, tendo liberdade para deixar de responder as perguntas que possam lhe causar algum incomodo ou constrangimento, deixando-as em branco.

Serão oferecidos esclarecimentos sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar e o (a) senhor (a) estará livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento, não sendo identificado em momento algum.

A participação no estudo não acarretará custos para o (a) senhor (a), e os riscos são mínimos, e estão relacionados ao possível constrangimento ao responder as perguntas, entretanto, o (a) senhor (a) tem a liberdade de se recusar a responder alguma pergunta que não desejar.

O (a) Sr (a) não receberá qualquer compensação financeira. Em caso de dúvidas poderá entrar em contato com as pesquisadoras, Rejane Kiyomi Furuya ou a Prof^a. Dra. Lidia Aparecida Rossi, nos telefones (16) 36023402 e (16) 3602-3398 (recados).

Eu, _____ RG _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim o desejar. A pesquisadora responsável me certificou de que será mantido o meu anonimato e privacidade.

- Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa, como, por exemplo, gastos com condução e alimentação.

TCLE – Avaliação após 12 meses, versão 1.0 de 05 de setembro de 2012
- Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Assinatura do Paciente

Data

Nome do pesquisador

Assinatura do Pesquisador

Data

TCLE – Avaliação após 12 meses, versão 1.0 de 05 de setembro de 2012

Anexos

ANEXO A – Questionário SF-36

A.12 meses ID:_____.

Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)

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 cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

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

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

2. **Comparada a um ano atrás**, como você classificaria sua saúde em geral, **agora?**

(Circule uma)

- Muito melhor agora do que a um ano atrás 1
- Um pouco melhor agora do que a 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

3. 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?

(circule um número em cada linha)

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 lances 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

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

(circule uma em cada linha)

	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

5. 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)?

(circule uma em cada linha)

	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

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

(circule uma)

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

7. 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

8. 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

9. 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 as **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

10. 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

11. O quanto **verdadeiro** ou **falso** é **cada** uma das afirmações para você?

(circule um número em cada linha)

	Definitiva mente verdadeir o	A maioria das vezes verdadeir a	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitiva mente falsa
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

ANEXO B – Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar - HADS

A.12 meses ID:_____.

ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO HOSPITALAR (HADS)

Marque com um X a resposta que melhor corresponder a como você se sente agora. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

A Eu me sinto tenso ou contraído:

- 3 () A maior parte do tempo
- 2 () Boa parte do tempo
- 1 () De vez em quando
- 0 () Nunca

D Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:

- 0 () Sim, do mesmo jeito que antes
- 1 () Não tanto quanto antes
- 2 () Só um pouco
- 3 () Já não sinto mais prazer em nada

A Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:

- 3 () Sim, e de um jeito muito forte
- 2 () Sim, mas não tão forte
- 1 () Um pouco, mas isso não me preocupa
- 0 () Não sinto nada disso

D Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:

- 0 () Do mesmo jeito que antes
- 1 () Atualmente um pouco menos
- 2 () Atualmente bem menos
- 3 () Não consigo mais

A Estou com a cabeça cheia de preocupações:

- 3 () A maior parte do tempo
- 2 () Boa parte do tempo
- 1 () De vez em quando
- 0 () Raramente

D Eu me sinto alegre:

- 3 () Nunca
- 2 () Poucas vezes
- 1 () Muitas vezes
- 0 () A maior parte do tempo

A Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:

- 0 () Sim, quase sempre
- 1 () Muitas vezes
- 2 () Poucas vezes

3 ☐ Nunca

D Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:

3 ☐ Quase sempre

2 ☐ Muitas vezes

1 ☐ De vez em quando

0 ☐ Nunca

A Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:

0 ☐ Nunca

1 ☐ De vez em quando

2 ☐ Muitas vezes

3 ☐ Quase sempre

D Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

3 ☐ Completamente

2 ☐ Não estou mais me cuidando como eu deveria

1 ☐ Talvez não tanto quanto antes

0 ☐ Me cuido do mesmo jeito que antes

A Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:

3 ☐ Sim, demais

2 ☐ Bastante

1 ☐ Um pouco

0 ☐ Não me sinto assim

D Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:

0 ☐ Do mesmo jeito que antes

1 ☐ Um pouco menos do que antes

2 ☐ Bem menos do que antes

3 ☐ Quase nunca

A De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

3 ☐ A quase todo momento

2 ☐ Várias vezes

1 ☐ De vez em quando

0 ☐ Não sinto isso

D Consigo sentir prazer quando assisto um bom programa de televisão, de rádio, ou quando leio alguma coisa:

0 ☐ Quase sempre

1 ☐ Várias vezes

2 ☐ Poucas vezes

3 ☐ Quase nunca

ANEXO C - Ofício de aprovação do Comitê de Ética

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

www.hcrp.usp.br

Ribeirão Preto, 18 de agosto de 2010

Ofício nº 2772/2010
CEP/SPC

Prezadas Senhoras,

O trabalho intitulado **“PROGRAMA EDUCATIVO PARA PACIENTES APÓS CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO: AVALIAÇÃO DO IMPACTO NO ESTADO DE SAÚDE PERCEBIDO E NA ADESÃO AO TRATAMENTO”** foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 311ª Reunião Ordinária realizada em 16/08/2010 e enquadrado na categoria: **APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, de acordo com o Processo HCRP nº 7333/2010.

Este Comitê segue integralmente a Conferência Internacional de Harmonização de Boas Práticas Clínicas (IGH-GCP), bem como a Resolução nº 196/96 CNS/MS.

Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da pesquisa.

Atenciosamente.

PROF. DR. SÉRGIO PEREIRA DA CUNHA
Coordenador do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssimas Senhoras

REJANE KIYOMI FURUYA

PROFª DRª LÍDIA APARECIDA ROSSI (Orientadora)

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

Comitê de Ética em Pesquisa HCRP e FMRP-USP - Campus Universitário
FWA - 0000 2733; IRB - 0000 2186 e Registro SISNEP/CONEP nº 4
Fone (16) 3602-2228 - E-mail : cep@hcrp.usp.br
Monte Alegre 14048-900 Ribeirão Preto SP

ANEXO D - Ofício de aprovação de adendo

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

Ribeirão Preto, 12 de setembro de 2012

Ofício nº 3252/2012
CEP/RCC

PROCESSO HCRP nº 7333/2010

**“PROGRAMA EDUCATIVO PARA PACIENTES APÓS CIRURGIA DE
REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO: AVALIAÇÃO DO IMPACTO NO
ESTADO DE SAÚDE PERCEBIDO E NA ADESÃO AO TRATAMENTO”**

Prezadas Senhoras,

O Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 353ª Reunião Ordinária, realizada em 10/09/2012, tomou ciência do relatório parcial da pesquisa, assim como **aprovou** a solicitação de adendo e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Avaliação após 12 meses, versão 1.0 de 05 de setembro de 2012 (parecer anexo).

Atenciosamente.

PROF.DR. RICARDO DE CARVALHO CAVALLI
Vice-Coordenador do Comitê de Ética
em Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssimas Senhoras

REJANE KIYOMI FURUYA

PROF^a. DR^a. LÍDIA APARECIDA ROSSI(Orientadora)

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

Depto. de Enfermagem Geral e Especializada