

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”

Faculdade Medicina de Botucatu

Departamento de Enfermagem

FERNANDA MARIA ALVES LIMA

**Avaliação de qualidade de vida de pacientes submetidos à angioplastia
coronariana e elaboração de material educativo**

Botucatu

2013

FERNANDA MARIA ALVES LIMA

**Avaliação de qualidade de vida de pacientes submetidos à angioplastia
coronariana e elaboração de material educativo**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina de Botucatu - Universidade Estadual Paulista - UNESP, para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof^a Dr^a Janete Pessuto
Simonetti

Botucatu

2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO DE AQUIS. E TRAT. DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: *ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE*

Lima, Fernanda Maria Alves.

Avaliação de qualidade de vida de pacientes submetidos à angioplastia coronariana e elaboração de material educativo / Fernanda Maria Alves Lima. – Botucatu : [s.n.], 2013

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Janete Pessuto Simonetti

Capes: 40401006

1. Angioplastia. 2. Coração – Doenças – Pacientes - Reabilitação.
3. Pacientes. 4. Qualidade de vida. 5. Coronariopatias. 6. Pacientes - Educação.

Palavras-chave: Qualidade de vida; Doença da artéria coronariana; Educação em saúde.

Dedicatória

*A Deus que é Pai, Filho e Espírito Santo e que sempre está ao meu lado, em
todos os momentos!*

Obrigada Senhor por mais esta conquista!

*Aos pacientes que participaram deste estudo e que compartilharam um pouco de suas
vidas... Aprendi muito com cada história, com cada palavra!*

Obrigada por confiarem em mim!

Agradecimento Especial

Ao meu marido Juliano...

*Obrigada pelo apoio incondicional, pelo incentivo nos momentos de desânimo e por
 tornar meus dias mais felizes!*

Obrigada pelo respeito, pelo amor e por compartilhar sua vida com a minha...

Te amo! Sempre e pra sempre...

Agradecimientos

À minha orientadora Prof^a Dr^a Janete Pessuto Simonetti... Pelo profissionalismo, pela dedicação e compreensão em todos os momentos! Obrigada por seus ensinamentos desde a graduação, pelas palavras certas nas horas certas e, principalmente, por acreditar na minha capacidade! A você Jajá, toda minha admiração e respeito!

À Prof^a Dr^a Magda Cristina Queiroz Dell'Aqua e à Prof^a Dr^a Silmara Meneguim... Pelas valiosas contribuições no Exame Geral de Qualificação!

Aos meus pais Assis e Aulizeti... Por me ensinarem os valores necessários para a vida e principalmente por sempre me mostrar o valor da educação. Obrigada pelo exemplo de amor e alegria! Amo vocês!

À minha irmã Verônica... Por ser minha amiga, minha companheira, meu bem mais precioso! Seu carinho, seu apoio e incentivo foram imprescindíveis para mim! Esta conquista também é sua! Te amo!

À minha amiga Marla Garcia de Ávila e sua linda família... Obrigada pelo incentivo desde o início desta jornada, pelas conversas norteadoras e por podermos partilhar tantos momentos agradáveis em família! Vocês são especiais!

Às queridas Cíntia, Denise, Mariete, Milena e Ellen... Pela amizade e pelas palavras de incentivo! Obrigada meninas!

À minha amiga Camila Polo... Por dividir comigo as angústias e as alegrias do Mestrado! Além da 'loucura' de casar no meio deste percurso! Sobrevivemos Cá!!!

À Claudinha e Ingrid, secretárias do Serviço Técnico de Hemodinâmica e Angiografia Digital... Pela atenção e comprometimento que tiveram durante o período de coleta de dados. Muito obrigada meninas! Que Deus as abençoe!

À equipe de Enfermagem (diurno e noturno), médicos e demais funcionários Serviço Técnico de Hemodinâmica e Angiografia Digital... Obrigada pelo incentivo e por torcerem sempre pelo meu sucesso! O apoio de vocês foi muito importante!

Às colegas de Mestrado... Pela convivência e pelo companheirismo durante esta etapa tão importante das nossas vidas!

Às docentes do Mestrado Profissional em Enfermagem... Pelo apoio, pelo incentivo e por contribuírem para meu crescimento pessoal e profissional!

À querida Manuela Botari, secretária da Pós-Graduação em Enfermagem... Pelo profissionalismo, atenção e paciência durante esta caminhada! Muito obrigada por tudo Manu!!!

As bibliotecárias Luciana e Rosângela pela revisão das referências bibliográficas e elaboração da ficha catalográfica.

Ao estatístico Hélio... Pelos inúmeros esclarecimentos e pelo profissionalismo. Muito obrigada!

A todos que contribuíram de alguma maneira para que este trabalho se tornasse realidade! Muito obrigada a todos vocês!

Epígrafe

Epígrafe

“O mais difícil dos conceitos pode ser explicado ao mais limitado dos homens se ele já não tiver uma ideia formada a respeito dele; porém a coisa mais simples não pode ser esclarecida ao mais inteligente dos homens se ele estiver persuadido de que já conhece, sem sombra de dúvida, o que está sendo colocado diante dele.”

Léon Tolstói, em The Kingdom of God is Within You (1894)

Resumo

As doenças cardiovasculares permanecem como a principal causa de mortes no mundo, com destaque para a doença arterial coronariana. A angioplastia coronariana transluminal percutânea é um dos métodos mais comumente utilizados para o tratamento da mesma. Avanços tecnológicos possibilitaram a realização de procedimentos mais seguros e com reduzida permanência no ambiente hospitalar. Entretanto, ainda há a necessidade de intervenções educativas em relação aos fatores de risco modificáveis que contribuam para mudanças comportamentais, adesão ao tratamento e melhoria da qualidade de vida relacionada à saúde. Este estudo buscou avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes submetidos à angioplastia coronariana transluminal percutânea, utilizando-se as variáveis do questionário SF-36, e desenvolver folhetos explicativos sobre a angioplastia coronariana e sobre hábitos saudáveis de vida. Foram incluídos 45 pacientes internados na enfermaria de Clínica Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP e que realizariam o procedimento pela primeira vez. A coleta de dados ocorreu em dois momentos no período de Janeiro a Maio de 2012. Os pacientes foram avaliados quanto à qualidade de vida antes (M1) e 30 a 40 dias após a angioplastia coronariana (M2). Foram elaborados folhetos explicativos sobre ACTP e sobre hábitos saudáveis de vida, que auxiliaram na orientação destes pacientes. Os participantes tinham em média 60,8 anos, eram predominantemente do sexo masculino (60%) e possuíam baixa escolaridade (média de 5,1 anos de estudo). Dentre os principais fatores de risco e comorbidades destacaram-se a hipertensão arterial sistêmica (77,8%), sedentarismo (71,1%) e dislipidemia (60%). As medianas dos escores do SF-36 foram maiores no M2, com diferenças estatisticamente significantes em todos os domínios, exceto Aspectos Emocionais. Os pacientes referiram que as orientações fornecidas e os folhetos explicativos foram de grande importância, pois além de esclarecerem muitas dúvidas, auxiliaram em diversas mudanças nos hábitos de vida como a redução da ingestão de frituras/carnes gordurosas (53,3%) e redução do sal na alimentação (44,4%). Foram relatadas algumas dificuldades como a realização de atividade física (55,6%), evidenciando-se a necessidade de orientações dos pacientes. Percebeu-se o quanto a qualidade de vida dos pacientes com doença arterial coronariana é influenciada pela realização da angioplastia e quais as principais necessidades referidas por estes pacientes. Cabe salientar que a grande dificuldade percebida durante o estudo foi falta de profissionais para realizar um cuidado mais

individualizado durante a internação e durante a angioplastia. Pretende-se que a proposta educativa aqui apresentada seja acrescida à rotina do serviço, para ser realizada pelos enfermeiros que atuam em diversos setores desta instituição. Além disso, que os folhetos impressos também sejam adotados, visto que podem ser utilizados e consultados pelos indivíduos quando necessário. Tais atitudes certamente poderão contribuir para melhorar a qualidade, não só da vida dos pacientes, mas também da assistência a ser oferecida.

Palavras-chave: Qualidade de Vida. Doença da Artéria Coronariana. Educação em Saúde.

Cardiovascular diseases remain as the leading cause of death worldwide, especially the coronary artery disease. Percutaneous transluminal coronary angioplasty (PTCA) is one of the most commonly used methods for treating such disease. Technological advances have made possible to perform safer procedures with reduced stay in the hospital. However, educational interventions are still needed concerning modifiable risk factors that lead to behavioral changes, treatment adherence, and better quality of life in terms of health. This study aimed at assessing the quality of life in terms of health in patients submitted to percutaneous transluminal coronary angioplasty by using the variables of the SF-36 questionnaire and developing leaflets on coronary angioplasty and healthy lifestyles. Forty-five patients hospitalized in Botucatu Medical School Hospital – UNESP who were undergoing the procedure for the first time were included in the study. The data collection occurred twice from January to May 2012. The patients were evaluated regarding their quality of life before the coronary angioplasty (M1) and from 30 to 40 days after it (M2). Leaflets on PTCA and healthy lifestyles were designed to assist guiding such patients. The participants were in average 60.8 years old, mainly male (60%), and had low educational background (in average, 5.1 years of study). Among the key risk and comorbidity factors were systemic hypertension (77.8%), sedentarism (71.1%), and dyslipidemia (60%). The average scores of the SF-36 were higher at M2, with statistically significant differences in all domains except in the Emotional Aspects. The patients related that the guidance offered, together with the leaflets, were highly important because not only did they clarify many doubts, but they also aided in several changes in their health habits, such as reduction in their intake of deep-fried foods/fatty meat (53.3%) and reduction of salt in their food (44.4%). Some difficulties related to exercising were reported (55.6%), which highlighted the importance of leading the patients about it. It could be noticed how much the quality of life of the patients who had coronary artery disease was influenced by their undergoing angioplasty, as well as what their main needs were. The major difficulty in performing this study was the lack of professionals to offer a more individualized care during hospitalization and during the angioplasty. It is intended that the educational proposal presented here be added to the service routine of the nurses who work in several wards of such institution, and that the printed leaflets be adopted as they can be used and checked by the patients whenever needed. These attitudes will certainly lead to an improvement both to the patients' quality of life and to the assistance to be offered.

Keywords: Quality of life. Coronary Artery Disease. Education in Health.

Lista de Abreviaturas

ACTP – Angioplastia Coronariana Transluminal Percutânea

AHA – *American Heart Association*

AVC – Acidente Vascular Cerebral

COURAGE - *Clinical Outcomes Utilizing Revascularization and Aggressive Drug Evaluation*

DAC – Doença Arterial Coronariana

DCV – Doença cardiovascular

DM – Diabetes mellitus

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HC-FMB – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu

IAM – Infarto Agudo do Miocárdio

IMC – Índice de Massa Corpórea

QVRS – Qualidade de Vida relacionada à Saúde

RITA – *Randomized Intervention Treatment of Angina*

RM – Revascularização Miocárdica

SCA - Síndrome Coronariana Aguda

SF-36 – *Medical Outcomes Study 36 - Item Short-Form Health Survey*

SUS – Sistema Único de Saúde

UNESP – Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Características sociodemográficas de pacientes submetidos à ACTP .	47
Tabela 2 - Variáveis clínicas relacionadas aos fatores de riscos para DCV e a comorbidades associadas, de pacientes submetidos à ACTP	48
Tabela 3 - Escores medianos, percentis 25 e 75 dos escores de qualidade de vida, pré (M1) e pós (M2) angioplastia.	49
Tabela 4- Relato dos entrevistados em relação à contribuição do folheto sobre ACTP.....	51
Tabela 5- Relato dos entrevistados em relação à contribuição do folheto sobre hábitos de vida	52
Tabela 6- Respostas dos entrevistados quanto às mudanças ocorridas nos hábitos de vida.....	53
Tabela 7- Respostas dos entrevistados quanto às dificuldades nas mudanças nos hábitos de vida	54

RESUMO	13
ABSTRACT	16
APRESENTAÇÃO	24
1 INTRODUÇÃO	26
1.1 Doença arterial coronariana: epidemiologia, fisiopatologia e tratamento	26
1.2 Prática educativa e fatores de risco para DCV	28
1.3 Doença arterial coronariana e QVRS	31
2 OBJETIVOS	37
2.1 Objetivo geral	37
2.2 Objetivos específicos	37
3 MÉTODO	39
3.1 Delineamento do estudo	39
3.2 Procedimentos éticos	39
3.3 Local do estudo	39
3.4 Sujeitos do estudo e critérios de inclusão/exclusão	41
3.5 Coleta de dados	41
3.5.1 Momento 1	41
3.5.2 Momento 2	43
3.6 Elaboração do material educativo	43
3.7 Processamento e análise dos dados.....	45
4 RESULTADOS	47
4.1 Dados sociodemográficos e clínicos	47
4.2 Dados sobre as medidas de QVRS.....	48
4.3 Dados sobre o material educativo	50
5 DISCUSSÃO	56
6 CONCLUSÕES	62
7 REFERÊNCIAS	65
APÊNDICES	74
ANEXOS	81

Apresentação

A motivação para a realização deste trabalho surgiu pela minha atuação como enfermeira assistencial no Serviço Técnico de Hemodinâmica e Angiografia Digital. A prática de enfermagem junto aos pacientes submetidos ao cateterismo cardíaco e à angioplastia coronariana transluminal percutânea (ACTP) despertou o interesse em aprofundar meus conhecimentos e responder a diversos questionamentos que surgiram. Dentre eles, duas questões destacaram-se: a necessidade de uma atuação mais direta da equipe de enfermagem antes e após o exame, para esclarecer as dúvidas frequentes relatadas pelos pacientes e a avaliação do real impacto do tratamento no estilo e na qualidade de vida destes pacientes.

O paciente com doença arterial coronariana (DAC) cria grandes expectativas frente aos procedimentos realizados no Serviço de Hemodinâmica, em especial a ACTP. Principalmente porque nestes casos, o procedimento é visto como uma possibilidade de melhoria de suas condições clínicas, o que pode resultar em uma melhor qualidade de vida. Entretanto, a realização da ACTP não garante essa melhor qualidade de vida se o paciente não aderir às mudanças necessárias no estilo de vida. A DAC pode muitas vezes ser assintomática, o que dificulta a adesão do paciente a essas mudanças.

O acesso às informações sobre a ACTP, sobre a necessidade e as alternativas para mudança no estilo de vida, assim como o conhecimento sobre a gravidade de sua doença e a importância do tratamento são possibilidades bastante válidas para a adesão destes pacientes ao tratamento proposto. Tanto o paciente como a família pode entender melhor todo o processo de tratamento, recuperação e prevenção, auxiliando assim nas mudanças significativas no estilo de vida.

Introdução

1 INTRODUÇÃO

1.1 Doença arterial coronariana: epidemiologia, fisiopatologia e tratamento

As doenças cardiovasculares (DCV) são reconhecidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a principal causa de morte no mundo. No ano de 2008, foram responsáveis por 48 % das mortes por doenças não-transmissíveis¹.

Segundo dados da American Heart Association (AHA), mais de 80 milhões de norte-americanos apresentam algum tipo de DCV. Destes, pelo menos 16 milhões apresentam doença arterial coronariana (DAC)². No Brasil, mais de 320.000 pessoas morrem anualmente em consequência de doenças do aparelho circulatório. Aproximadamente 96.000 destas mortes ocorrem por doenças isquêmicas do coração. A taxa de mortalidade específica (óbitos/100.000 habitantes) para doenças isquêmicas do coração é de 50,3³.

A DAC caracteriza-se por alterações funcionais ou estruturais das artérias coronárias devido principalmente ao acúmulo de uma placa de ateroma na luz das artérias, a chamada aterosclerose. Através da ruptura desta placa aterosclerótica, que pode ser causada pelos diversos fatores de risco, ocorre a ativação de plaquetas e fatores de coagulação, que levará à formação de um trombo local. É este trombo formado o principal responsável pelo estreitamento da luz da artéria coronária, o que leva à redução do fluxo sanguíneo para o tecido miocárdico e diminuição da oferta de oxigênio⁴⁻⁵.

Em geral, a DAC pode se manifestar de diversas maneiras. Varia desde uma angina estável até o evento mais grave que é o infarto agudo do miocárdio (IAM). A angina manifesta-se pela dor ou desconforto torácico que pode estar relacionada à atividade física, estresse ou mesmo um espasmo arterial. Outros sintomas importantes que podem caracterizar a DAC incluem a dispneia e a sensação de cansaço⁶. Trata-se de uma doença diretamente relacionada a fatores de risco, sejam eles modificáveis como a presença de hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), dislipidemia, obesidade, estresse, sedentarismo e tabagismo, ou não modificáveis como idade, sexo e história familiar⁷. Vale salientar que os fatores de risco estão diretamente relacionados à urbanização e à globalização que levaram a mudanças significativas no que se refere à oferta de alimentos industrializados, com

excesso de calorias e baixo custo, além da diminuição acentuada das atividades físicas⁸.

O tratamento da DAC pode ser realizado de diversas maneiras e inclui além da ACTP, o tratamento medicamentoso e a cirurgia de revascularização do miocárdio (RM). A escolha pelo tipo de tratamento a ser realizado dependerá das condições e grau de obstrução das artérias coronárias e do funcionamento do músculo cardíaco. Tem como principais objetivos o alívio dos sintomas, a redução da taxa de IAM e a restauração da função ventricular⁹.

A ACTP tornou-se o método mais comumente utilizado para o tratamento da DAC, por se tratar de um procedimento terapêutico mais simples e cada vez mais seguro¹⁰. Na década de 70 do século passado, a ACTP foi introduzida como uma grande evolução no tratamento da DAC, com a utilização de um cateter balão. Até aquele momento, o tratamento da DAC significava a realização de uma cirurgia de revascularização do miocárdio, com todos os riscos que a permeiam. Na década de 80, houve o início da utilização dos *stents* coronários com importante redução da reestenose coronária, bastante comum até então. No ano de 1999, os *stents* convencionais começaram a ser oferecidos no Brasil pelo Sistema Único de Saúde (SUS), tornando-se a principal alternativa à cirurgia de revascularização miocárdica¹¹.

Diversos estudos comparam os tratamentos utilizados na DAC. O estudo COURAGE (*Clinical Outcomes Utilizing Revascularization and Aggressive Drug Evaluation*) avaliou o tratamento clínico versus o tratamento clínico associado à ACTP em pacientes com DAC estável. Foram randomizados 2287 pacientes e, apesar de ter gerado diversas controvérsias, o estudo não demonstrou grandes diferenças nos desfechos como IAM, acidente vascular cerebral (AVC) e melhora da angina¹²⁻¹³.

O estudo RITA¹⁴ (*Randomized Intervention Treatment of Angina*), além de avaliar a qualidade de vida dos pacientes submetidos à ACTP e outros tratamentos, demonstrou que não houve diferenças entre o tratamento da DAC por ACTP e pela revascularização miocárdica no que se refere à mortalidade, acidente vascular cerebral (AVC) pós-tratamento e IAM. O estudo RITA-2, publicado posteriormente,

revelou a redução da mortalidade no grupo em que houve tratamento clínico (3,3%) em relação ao grupo que realizou a ACTP. Entretanto, em longo prazo, 35% dos pacientes do grupo de tratamento clínico necessitaram de alguma intervenção invasiva, o que demonstra a necessidade de acompanhamento tardio destes pacientes¹⁵.

Todos os avanços nos tratamentos das DCV têm proporcionado um aumento da expectativa de vida e a busca por uma melhor qualidade de vida dos pacientes. Atualmente, a qualidade do atendimento aos pacientes, bem como a melhoria de sua qualidade de vida são temas bastante discutidos¹⁶.

A evolução das técnicas terapêuticas e diagnósticas proporcionou a realização destes procedimentos de maneira mais segura, inclusive reduzindo a permanência do paciente no ambiente hospitalar. Entretanto, a dinâmica de trabalho dificulta um maior contato entre a equipe de saúde e o paciente, que acaba não recebendo as orientações necessárias e adequadas sobre o procedimento a que será submetido. A importância das DCV e seu aspecto multifatorial reflete a necessidade de uma abordagem efetiva em relação aos fatores de risco modificáveis¹⁰.

Neste sentido, destaca-se a atuação da equipe de Enfermagem junto aos pacientes com DAC. Muitas vezes é ela que tem um maior contato com os pacientes e pode atuar não somente na transmissão de informações e esclarecimento de dúvidas, mas na promoção da saúde destes indivíduos. Diversas possibilidades de intervenção educativa por parte da equipe podem auxiliar, de maneira bastante efetiva, na busca por mudanças comportamentais que resultem na adesão ao tratamento e na prevenção de eventos graves.

1.2 Prática educativa e os fatores de risco para DCV

A educação em saúde pode ser caracterizada como um processo orientado e planejado e que busca estimular o autocuidado e o autocontrole da doença. Na perspectiva atual, a educação em saúde está mais voltada à promoção da saúde, com o desenvolvimento da consciência crítica do indivíduo e com a intenção de

envolver os indivíduos nas decisões sobre sua própria saúde¹⁷.

A utilização de estratégias educativas tornou-se uma ferramenta importante para a equipe de saúde, em especial para o enfermeiro, que assume o papel de educador frente ao paciente, sua família e à comunidade¹⁸. É sua função colaborar para o sucesso do tratamento e contribuir, por meio de um processo devidamente planejado de orientação, para uma conscientização adequada sobre o processo saúde-doença. Esta abordagem possibilita a seleção de atitudes adequadas por parte dos pacientes e aumenta sua capacidade de transformar a realidade em que vivem¹⁹⁻²⁰.

O principal objetivo da educação em saúde é esta mudança de atitude por parte tanto dos pacientes como de seus familiares, o que pode contribuir não somente para prevenção e/ou controle dos fatores de risco, mas também para uma melhor qualidade de vida destes pacientes²¹.

É importante salientar que, muitas vezes, a realização de uma simples intervenção pode ter um resultado bastante satisfatório. Em pacientes com DAC, uma pequena mudança de comportamento pode auxiliar no controle dos sintomas e principalmente, na redução de novos agravos.

Um estudo de caso-controle com 197 pacientes com DAC buscou verificar se um programa de orientações sobre mudanças no estilo de vida traduzir-se-ia em mudanças reais como adoção de uma dieta saudável, cessação do hábito de fumar e a prática de atividade física. Ficou demonstrado que os pacientes que receberam as orientações apresentaram diminuição dos níveis de colesterol e glicemia, além da diminuição do tabagismo e aumento da atividade física²².

Outro trabalho observou a interferência de uma estratégia educativa em relação ao procedimento a ser realizado, sendo demonstrado que a falta de informação é um fator bastante importante no que se refere ao nível de ansiedade dos pacientes. A ameaça ao bem-estar e à integridade física, assim como as incertezas em relação ao resultado do tratamento são questões identificadas na maioria dos pacientes²³.

O acesso às informações sobre a doença aumenta a capacidade do paciente

em modificar atitudes e adotar um estilo de vida mais saudável. Cabe ao profissional considerar as crenças, os hábitos e o contexto em que cada um dos pacientes vive para inseri-lo como um sujeito ativo no processo de aprendizagem²⁴.

Neste contexto, a utilização de recursos educativos é uma opção a ser considerada. Além de embasar as informações transmitidas pelos profissionais de saúde, o recurso educativo pode ser consultado pelo paciente sempre que surgir esta necessidade, inclusive em domicílio¹⁹.

É bastante relevante o papel destes recursos para promoção da saúde, prevenção de complicações e outros agravos, e no desenvolvimento da autonomia dos pacientes. Também é importante considerar que qualquer estratégia educativa que busque promover mudanças comportamentais nos indivíduos deve incluir todo o contexto sociocultural em que o indivíduo está inserido, além de seu estilo de vida prévio²⁴⁻²⁵.

Em estudo sobre mudanças no estilo de vida de trabalhadores na prevenção da hipertensão arterial, constatou-se que após a utilização de uma estratégia educativa, a maioria destes trabalhadores mudou diversos hábitos de vida e se sentiu motivada a manter tais mudanças. Esta mudança evitou ou postergou o surgimento da hipertensão tanto nos próprios trabalhadores quanto em seus familiares²¹.

Em outro estudo, que teve como objetivo comparar os efeitos sob o risco cardiovascular de protocolos de um programa de intervenção nutricional em pacientes hipertensos e com excesso de peso, observou-se após 20 semanas redução no índice de massa corporal (IMC), na circunferência abdominal, na pressão arterial sistólica e no colesterol total²⁶.

Considerando a melhoria da qualidade de vida como resultado esperado da prática do profissional de saúde, bem como das políticas de promoção de saúde e prevenção de doenças, as estratégias educativas contribuem de maneira significativa para este fim. Além do aumento da expectativa de vida e da redução dos sintomas, é através dos aspectos relacionados à qualidade de vida dos pacientes com DCV que se pode avaliar o real impacto da terapêutica adotada e das estratégias educativas utilizadas¹⁶.

Na prática profissional nota-se a real necessidade de orientação dos pacientes com DAC. Muitas atitudes já inseridas no cotidiano destes pacientes podem ser prejudiciais à saúde sem que se saiba. Isto pode acontecer pela simples falta de informação ou esclarecimentos adequados sobre os fatores de risco para a DAC e sobre os benefícios dos hábitos saudáveis. Todo comprometimento causado pela DAC, seja ele físico ou psíquico, influencia significativamente na qualidade de vida destes pacientes. Cabe aos profissionais de saúde utilizar o tempo e os recursos disponíveis não somente para o tratamento da doença, mas utilizá-los com orientações e informações que auxiliem na busca por uma melhor qualidade de vida.

1.3 Doença arterial coronariana e Qualidade de vida relacionada à saúde

A expressão qualidade de vida tem sido conceituada de diversas maneiras ao longo do tempo, dependendo principalmente da área de aplicação deste conceito. Inicialmente era de interesse de filósofos, cientistas sociais e políticos, mas os avanços na área da saúde tornaram qualidade de vida um aspecto bastante importante na avaliação dos tratamentos utilizados²⁷.

A OMS, por meio da contribuição de diversos especialistas, definiu a qualidade de vida como:

“...a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.”²⁸ (p.1405)

Trata-se de um conceito bastante abrangente, que reflete dois aspectos relevantes do conceito de qualidade de vida: a subjetividade, que se refere à percepção do indivíduo sobre sua saúde e outros aspectos da vida não relacionados à saúde; e a multidimensionalidade, que está relacionada aos diferentes domínios que estruturam o conceito de qualidade de vida²⁹⁻³⁰.

O termo qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) tem sido utilizado em estudos na área da saúde e implica em uma associação entre a percepção da pessoa quanto ao seu estado de saúde nas diversas dimensões da própria vida³¹.

Os domínios ou dimensões da qualidade de vida dizem respeito aos aspectos que são investigados da vida dos indivíduos. Em geral, os aspectos avaliados são físicos, psicológicos, ocupacionais, sociais e as percepções sobre o estado de saúde. Foi a partir destas dimensões que os diversos instrumentos de avaliação de qualidade de vida foram estruturados. Estes instrumentos, que podem ser específicos ou genéricos, podem detectar a influência da doença na QVRS e como se dá o enfrentamento desta situação. Os instrumentos específicos focalizam uma área de interesse e avaliam determinados grupos, com determinada doença ou determinadas funções orgânicas. Já os instrumentos genéricos, podem ser aplicados em uma variedade de populações, pois avaliam aspectos gerais de ordem emocional e física³².

Dentre os instrumentos genéricos existem aqueles relacionados à saúde, que avaliam o impacto da doença ou tratamento na QVRS, além das condições de saúde em qualquer população, o que permite a comparação entre diferentes doenças ou tratamentos. O *Medical Outcomes Study 36 - Item Short-Form Health Survey (SF-36)* é um destes instrumentos genéricos que é de fácil aplicação e compreensão. Ele foi projetado para utilização na prática clínica, na avaliação de políticas de saúde e inquéritos da população de maneira geral. Pode ser auto-aplicado às pessoas acima dos 14 anos ou aplicado por um entrevistador pessoalmente ou por telefone³³⁻³⁴.

Trata-se de um questionário multidimensional, validado para a língua portuguesa e estruturado com 36 itens reunidos em oito componentes, sendo capacidade funcional, aspecto físico, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental³³.

- Capacidade funcional: é avaliada a presença e a extensão das limitações físicas (muita, pouca ou sem limitação);
- Aspecto físico: avalia-se a limitação física na realização do trabalho e das atividades diárias;
- Dor: é avaliada em sua intensidade, extensão e interferência nas atividades diárias;
- Estado geral de saúde: avalia-se a auto percepção do paciente;

- Vitalidade: é avaliada a presença de energia ou fadiga nas atividades diárias;
- Aspectos sociais: avalia-se a integração do indivíduo em atividades sociais;
- Aspectos emocionais: são avaliadas as limitações no trabalho e nas atividades diárias;
- Saúde mental: é avaliada pela presença de ansiedade, depressão, alterações comportamentais e bem-estar psicológico.

Há ainda uma avaliação das mudanças na saúde ocorridas no período e um ano. Esta questão não é utilizada na pontuação dos componentes, mas indica o conhecimento da doença pelo paciente. Cada um dos itens é pontuado, apresentando um escore final entre 0 (pior estado geral de saúde) e 100 (melhor estado de saúde)³³.

A escolha pela utilização do SF-36 ocorreu por ser este um instrumento multidimensional traduzido e validado no Brasil, por sua facilidade de aplicação e compreensão e por se tratar de um questionário mais abrangente.

Este instrumento, por suas características, é bem aplicado à pacientes portadores de doenças crônicas, o que inclui a DAC, pois avalia aspectos da vida destes pacientes que podem ser afetados pela doença ou mesmo pelo tratamento proposto²⁷.

Um estudo comparativo entre diversos instrumentos genéricos de avaliação de QVRS com instrumentos específicos em pacientes com doença arterial coronariana, o SF-36, teve a maior correlação com instrumentos específicos, que avaliam doenças do coração³⁵. Outro estudo, que buscou associar características clínicas e os escores de qualidade de vida de pacientes com DAC com desfechos desfavoráveis após 12 meses, também utilizou o SF-36 por sua aplicabilidade e sensibilidade adequadas ao seu propósito³⁶.

A DAC, considerada uma causa importante de morte e incapacitação, agrega diversos aspectos a serem considerados. Dentre eles salienta-se o caráter multifatorial da doença, com o envolvimento de fatores genéticos, ambientais e de estilo de vida. Assim como o infarto agudo do miocárdio (IAM), a DAC tem

consequências de ordem física, emocional e social. Deste modo, a avaliação da QVRS é de grande importância, pois complementa a avaliação dos benefícios dos tratamentos³⁷.

Em estudo que compara a QVRS de pacientes com isquemia refratária, submetidos à ACTP com aqueles submetidos à revascularização miocárdica utilizando o SF-36, foi demonstrado que a QVRS, após seis meses, foi equivalente nos dois tratamentos³⁸. Já outra pesquisa realizada com pacientes submetidos à ACTP com stent e com balão identificou-se a melhora da QVRS em sete dos oito domínios estudados nos pacientes submetidos à ACTP nos primeiros seis meses³⁹.

No Brasil, o SF-36 também foi utilizado em diversos estudos para avaliar a QVRS em relação a diferentes doenças. Comparou-se a QVRS de pacientes com DAC submetidos à revascularização miocárdica, angioplastia ou tratamento clínico, sendo observada melhora semelhante na QVRS nos três tipos de tratamento, com acentuada melhora daqueles submetidos à cirurgia⁴⁰. Em outro estudo, o SF-36 foi utilizado para avaliar a QVRS de pacientes que internaram pela primeira vez com síndrome coronariana aguda (SCA). Demonstrou-se que mesmo antes do evento agudo os pacientes, em especial as mulheres, já apresentavam um comprometimento significativo de diversos domínios⁴¹.

Todas as limitações causadas pela DAC devem ser consideradas, pois influenciam em diversos aspectos da vida dos pacientes, principalmente quando o cuidado é prestado e quando qualquer tipo de tratamento é proposto. Para tanto, a avaliação da QVRS é de grande importância e pode subsidiar a tomada de decisão por parte dos profissionais de saúde.

Tanto pelas suas características epidemiológicas como pelos acometimentos causados pelas DCV, destaca-se a necessidade de mudanças nas práticas assistenciais, com a inclusão de aspectos sociais, psicológicos e culturais nas ações de tratamento e reabilitação em saúde. Foram estes aspectos que suscitaram alguns questionamentos: com a realização da ACTP, há mudança na qualidade de vida dos pacientes? Estes pacientes estão sendo adequadamente orientados quanto à angioplastia que será realizada e às mudanças necessárias no estilo de vida?

Este estudo tem por finalidade avaliar a qualidade de vida de pacientes

submetidos à realização da ACTP, buscando compreender se este tipo de tratamento interfere de alguma maneira nas mudanças no estilo de vida dos indivíduos portadores de DCV. Busca-se, também, verificar o grau de conhecimento dos mesmos a respeito do procedimento ao qual foram submetidos, para, no futuro, ser elaborado um programa educativo, tendo como cenários para a realização desta atividade os locais de atendimento ambulatorial, unidades de internação e o próprio centro de diagnóstico, onde se realiza tal procedimento.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes submetidos à angioplastia coronariana transluminal percutânea, utilizando-se as variáveis do questionário SF-36.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar a população estudada em relação às variáveis sociodemográficas;
- Identificar os principais fatores de risco e comorbidades associados à DAC na população estudada;
- Desenvolver folhetos explicativos sobre a angioplastia coronariana transluminal percutânea e sobre hábitos saudáveis de vida;
- Avaliar o impacto da atividade educativa sobre os hábitos de vida dos pacientes orientados, identificando as principais mudanças e dificuldades relacionadas ao conteúdo das orientações.

3 MÉTODO

3.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo longitudinal, não-controlado e de abordagem quantitativa. Estudos longitudinais são importantes, pois fornecem informações sobre mudanças globais ou individuais ao longo do tempo. Existe um período de seguimento dos indivíduos e pelo menos dois pontos no tempo em que se colhem dados. Desta maneira, permite-se estudar as mudanças de estado que ocorreram na população durante o período em que esta foi seguida⁴².

3.2 Procedimentos éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP e aprovado conforme protocolo de número 4053/2011 (Anexo I), de acordo com as normas que regulamentam as pesquisas com seres humanos⁴³.

Os pacientes foram informados sobre a pesquisa e convidados a participar. Àqueles que concordaram, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para ciência e, os que não sabiam ler, a pesquisadora leu o documento e os indivíduos o assinaram em duas vias, sendo uma para eles e outra para ao responsável pelo estudo (Apêndice I).

3.3 Local do estudo

O estudo foi realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HC-FMB). A primeira etapa da coleta de dados foi realizada na Enfermaria de Clínica Médica I antes da realização da ACTP. A segunda etapa ocorreu entre 30 e 40 dias após a realização da ACTP, no retorno destes pacientes em consultas ambulatoriais no HC-FMB ou por meio telefônico.

A Enfermaria de Clínica Médica I conta com 40 leitos que são disponibilizados para as especialidades de Clínica Médica Geral, Gastroenterologia Clínica,

Nefrologia, Hematologia e Cardiologia. Dentre estes leitos, quatro deles são exclusivamente reservados para a internação de pacientes com DAC que serão submetidos à angioplastia coronariana eletiva. Em 2011 foram contabilizadas 247 internações para a realização deste procedimento. Os pacientes encaminhados podem ser procedentes tanto do ambulatório do HC-FMB, como de outros serviços, incluindo municípios da região.

O ambulatório geral do HC-FMB é dividido em quatro blocos que atendem às especialidades clínicas e cirúrgicas, dentre elas a de Cardiologia. Estas especialidades são subdivididas em mais de 300 subespecialidades que atendem em média 126 mil pacientes/ano, o que torna o ambulatório um campo importante para pesquisas dentro da Universidade. Além das consultas, são feitas cirurgias de pequeno porte, alguns procedimentos invasivos e terapias em grupo.

As angioplastias são realizadas no Serviço Técnico de Hemodinâmica e Angiografia Digital do HC-FMB, que conta atualmente com três salas para os exames e atende, além da Cardiologia Intervencionista, outras três especialidades médicas: Cirurgia Cardíaca, Cirurgia Vascular e Neurocirurgia. No ano de 2011 foram realizados 9.861 procedimentos pela Cardiologia Intervencionista, entre diagnósticos e tratamentos, incluindo os eletivos e de emergência.

Antes da realização da ACTP, todos os pacientes passam pelo procedimento de cateterismo cardíaco diagnóstico. Neste procedimento, se alguma lesão coronariana é identificada e passível de tratamento por meio da ACTP, o paciente é devidamente informado e, se concordar com o tratamento, já sai da Unidade com a data para internação agendada. A internação acontece de um a dois dias antes da realização da ACTP e neste período são realizados diversos exames pré-procedimento, dentre eles: RX de tórax, eletrocardiograma, hemograma completo, e coagulograma.

Após a realização da ACTP o paciente retorna à Enfermaria de Clínica Médica e permanece internado por cerca de um dia, caso não ocorram quaisquer intercorrências. Se o paciente é acompanhado no HC-FMB, ele já sai de alta hospitalar com a consulta de retorno da Cardiologia marcada para o ambulatório de especialidades do serviço. Caso contrário, todos os resultados de exames e as

imagens da ACTP são entregues ao paciente para que se dê seguimento ao tratamento com o médico que o acompanha, seja em consultórios particulares, seja em serviços públicos de outros municípios.

3.4 Sujeitos do estudo e critérios de inclusão/exclusão

Os critérios de inclusão para a participação na pesquisa foram: ser maior de 18 anos, de ambos os gêneros, estar internado na Enfermaria de Clínica Médica I do HC-FMB para realização da Angioplastia Coronariana Transluminal Percutânea (ACTP) pela primeira vez, ter capacidade de escrever ou de se expressar verbalmente, participar das duas etapas do estudo (antes e após a ACTP) e assinar o TCLE. No período estudado foram internados 86 pacientes na Enfermaria de Clínica Médica I para realização da ACTP.

Na primeira etapa, antes da ACTP, foram incluídos 49 pacientes. Entretanto, durante a realização da segunda etapa houve a necessidade de se excluir quatro participantes, devido a: reinternação para nova angioplastia antes da ocorrência da segunda etapa (dois pacientes), óbito (um paciente) e a perda do contato com o paciente para realização da segunda entrevista (um paciente). A amostra então foi composta por 45 indivíduos.

3.5 Coleta de dados

Realizou-se a coleta de dados no período de Janeiro a Maio de 2012, pela própria pesquisadora, em dois momentos que estão apresentados a seguir.

3.5.1 Momento 1 (M1)

Ocorreu antes da realização da ACTP, na Enfermaria de Clínica Médica I do HC-FMB, quando o paciente se encontrava internado aguardando o preparo e a realização do procedimento.

Foi aplicado o questionário SF-36 (Anexo II) e feita uma entrevista semi-estruturada para a obtenção dos dados de caracterização sociodemográficos como:

idade, sexo, procedência e escolaridade; presença de fatores de risco e comorbidades associados para DCV (tabagismo, etilismo, hipertensão, diabetes, infarto agudo do miocárdio prévio, acidente vascular cerebral prévio e outras doenças), medicações em uso, os valores da pressão arterial, frequências cardíaca e respiratória, peso e altura para o cálculo do Índice de Massa Corpórea (IMC), além de informarem quanto à orientação prévia em relação à ACTP e quanto a hábitos saudáveis, quais eram os principais hábitos alimentares e as medicações em uso (Apêndice II).

O questionário SF-36 para a avaliação da QVRS, utilizado nos dois momentos, é composto por 36 itens, agrupados em oito 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) Inclui, também, uma questão que compara o estado geral de saúde atual e há um ano³³.

As respostas aos itens do SF-36 foram computadas em cada domínio e cada valor foi pontuado em uma escala que varia entre 0 e 100 pontos (Anexo III). Os valores menores indicam uma pior percepção de saúde e dor, enquanto valores mais altos demonstram uma boa percepção da saúde.

Neste momento foi realizada uma orientação, juntamente com a entrega de folhetos explicativos (Apêndices III e IV) em relação à ACTP e aos hábitos saudáveis de vida. Os pacientes foram esclarecidos quanto à maneira como a ACTP é realizada, as vias de acesso para a realização do procedimento e os cuidados após a execução do mesmo e tiveram, também, oportunidade para o esclarecimento de dúvidas. Em relação aos hábitos saudáveis, foram informados quanto à importância da adoção de uma alimentação mais equilibrada e balanceada e da prática regular de atividades físicas.

O tempo de cada entrevista foi de, aproximadamente, 30 minutos, sendo de sete a dez minutos utilizados para aplicação do SF-36. O restante do período foi usado para a entrevista semi-estruturada, para realizar as orientações aos pacientes e para o esclarecimento de dúvidas.

3.5.2 Momento 2 (M2)

Ocorreu após a realização da ACTP, no prazo de 30 a 40 dias. Para a realização do mesmo, a abordagem do paciente foi feita de duas maneiras: para os pacientes inseridos no ambulatório geral do HC-FMB com retorno dentro do prazo estipulado, a entrevista foi feita pessoalmente pela pesquisadora. Para os pacientes inseridos neste serviço, mas com prazo de retorno superior a 40 dias e pacientes sem vínculo com o serviço mencionado, as entrevistas foram feitas por meio telefônico. Isto porque a maioria deles residia fora do município de Botucatu, não tendo sido possível para a pesquisadora se deslocar até a residência dos mesmos. Seja pela distância, seja pela falta do endereço.

Em estudo que buscou comparar as diferentes formas de aplicação do SF-36 (por meio de telefonemas, entrevistas ou auto-aplicação) foram observados resultados semelhantes entre as três formas, apesar da aplicação por entrevista ser a forma preferida dos pacientes^{34, 44-45}.

Neste momento foi aplicado novamente o SF-36 e feita uma nova entrevista semi-estruturada, contendo questões abertas, para identificar as facilidades e dificuldades nas mudanças no estilo de vida, quais as melhorias na qualidade de vida, se os folhetos educativos entregues contribuíram para as mudanças ocorridas e sobre a orientação realizada antes da ACTP, se ela auxiliou de alguma forma durante a realização do procedimento e na adoção de hábitos de vida mais saudáveis (Apêndice V).

O tempo da entrevista neste momento foi de, aproximadamente, 20 minutos, tanto para as realizadas pessoalmente, um total de 15 entrevistas (33,3%) como para as realizadas através de contato telefônico, sendo 30 (66,7%).

3.6 Elaboração do material educativo

A elaboração de um recurso explicativo sobre mudanças no estilo de vida e sobre a ACTP partiu da necessidade de um material impresso que contivesse informações importantes a serem repassadas aos pacientes. Muitas vezes essas

informações não são adequadamente transmitidas ou ocorrem apenas de maneira verbal e informal.

Deste modo, a construção deste recurso ocorreu em duas etapas, seguindo parcialmente a proposta de Doak, Doak e Root⁴⁶: etapa de planejamento, em que se destaca a definição da população-alvo, a definição dos objetivos do material educativo e os tópicos a serem apresentados, e uma segunda etapa, de redação do material, atentando para seu *layout*. A etapa posterior de avaliação, também proposta pelos autores, não foi abordada neste estudo.

Planejamento

a) Definição da população: foram considerados como população-alvo todos os pacientes com DAC que tiveram indicação de ACTP após o cateterismo diagnóstico. A escolha destes pacientes deu-se devido à necessidade de orientação percebida durante a rotina de trabalho e pela importância das DCV. Buscou-se considerar também algumas características como idade e anos de estudo para que fosse conhecida a capacidade de leitura e entendimento destes pacientes.

b) Objetivos do material educativo e tópicos apresentados: Frente às necessidades percebidas na rotina de trabalho, optou-se pela elaboração de dois materiais distintos, porém complementares.

Um deles sobre a ACTP que teve como objetivo fornecer informações importantes para o paciente sobre o procedimento e os principais cuidados a serem tomados após sua realização. Com isso, dois tópicos foram destacados no material. O primeiro relacionado à ACTP, com informações sobre a obstrução das artérias coronárias e de que maneira é realizada a desobstrução destas com a realização da ACTP. O segundo tópico apresenta os principais cuidados a serem tomados após o término do procedimento de acordo com a via de acesso arterial utilizada, assim como o tipo de curativo realizado.

O outro material, sobre hábitos saudáveis teve como objetivos fornecer algumas recomendações sobre hábitos saudáveis de vida e informar sobre as DCV. Também neste material foram abordados dois tópicos: um sobre as DCV, suas definições e quais são os principais fatores de risco associados à doença; e o outro

trouxo as principais medidas para prevenir o surgimento e/ou a progressão das DCV, ou mesmo controlar alguns fatores de risco.

Redação do material

Tendo em vista a necessidade de compreensão do material por parte da população-alvo e a complexidade de alguns termos médicos, buscou-se a utilização de palavras comuns e mais fáceis na sua redação, evitando o uso de termos técnicos. Neste momento foi escolhido o formato do material, no caso folheto explicativo, e realizada uma busca de recursos visuais adequados ao tema de cada folheto. Também foram considerados o tamanho e o tipo de fonte a serem utilizados, pensando na facilidade de leitura por parte dos pacientes, e escolhidos os títulos para cada um dos folhetos. O folheto sobre a ACTP teve com título “Entendendo a Angioplastia Coronariana” (Apêndice III) e o folheto sobre os hábitos saudáveis foi intitulado “Hábitos saudáveis e as doenças cardiovasculares” (Apêndice IV).

Os folhetos foram elaborados pela própria pesquisadora, por meio do programa Microsoft Office Publisher 2007 e posteriormente realizada sua impressão.

Ressalta-se que a etapa de avaliação da adequação do material não foi desenvolvida neste estudo. Entretanto os pacientes foram questionados posteriormente (M2) sobre a importância das orientações presentes nos folhetos explicativos nas mudanças de seus hábitos de vida e se as orientações sobre a ACTP auxiliaram de alguma forma. Isto pode auxiliar na verificação do impacto das orientações realizadas.

3.7 Processamento e análise dos dados

Todos os dados foram inseridos em planilha do programa Excel for Windows, versão 2007. Posteriormente foram realizadas análises descritivas de frequência simples e de tendência central.

A comparação entre os momentos pré e pós ACTP em relação aos escores dos oito domínios do SF-36 foi realizada por meio do teste não paramétrico de Wilcoxon para amostras pareadas. O nível de significância adotado foi de 0,05.

Resultados

4 RESULTADOS

4.1 Dados sociodemográficos e clínicos

Fizeram parte deste estudo 45 pacientes, em ambos os momentos da pesquisa, M1 e M2. Os dados de caracterização desta amostra podem ser observados na Tabela 1.

Tabela 1- Características sociodemográficas de pacientes submetidos à ACTP. Botucatu, 2012.

Variável (n=45)	n (%)	Intervalo	Média
Idade		41 - 78	60,8
Sexo			
Masculino	27 (60,0)		
Feminino	18 (40,0)		
Anos de estudo		(0 - 16)	5,1

Pode-se constatar a predominância do sexo masculino, sendo 27 pacientes (60,0%), idosos, sendo 22 pacientes (48,8%) com 60 anos ou mais. Também foi observado que a maioria apresentava baixa escolaridade. Apenas nove pacientes (20%) tinham nove anos ou mais de estudo e 28 deles (62,2%) tinham somente de zero a quatro anos de estudo.

Na Tabela 2 estão demonstrados os dados referentes aos aspectos clínicos dos participantes, relacionados aos fatores de riscos para DCV e a comorbidades associadas.

Tabela 2- Variáveis clínicas relacionadas aos fatores de riscos para DCV e a comorbidades associadas, de pacientes submetidos à ACTP. Botucatu, 2012.

Variável (n=45)	n (%)
Hipertensão Arterial Sistêmica	35 (77,8)
Sedentarismo	32 (71,1)
Dislipidemia	27 (60,0)
Sobrepeso	22 (48,9)
Diabetes mellitus	14(31,1)
Tabagismo	14 (31,1)
Obesidade	9 (20,0)
Etilismo	5 (11,1)
IMC*	26,4 (17,6 - 36,4)

* mediana (mínimo e máximo)

Destaca-se a alta prevalência de hipertensão, sedentarismo e dislipidemia. A obesidade, um importante fator de risco para DAC foi identificada em nove pacientes (20%). Entretanto, vale salientar que a mediana do IMC para a população estudada foi de 26,4 Kg/m², já na faixa de sobrepeso. Entre os participantes, 32 (71,1%) tinham o IMC acima de 25 Kg/m².

4.2 Dados sobre as medidas de QVRS

Os dados contidos na Tabela 3 são referentes às medianas da pontuação do questionário SF-36, de cada um dos seus oito domínios, em uma escala que varia de 0 a 100 pontos, como já mencionado. Quanto menor a pontuação, pior a percepção de saúde pelo indivíduo. Valores mais altos demonstram uma boa percepção da saúde.

Tabela 3 – Escores medianos, percentis 25 e 75 dos escores de qualidade de vida, pré (M1) e pós (M2) angioplastia. Botucatu, 2012.

Domínios do SF-36	Pré (M1) Mediana (p25 - p75)	Pós (M2) Mediana (p25 - p75)	Diferença entre os escores no M1 e M2	p *
1- Capacidade Funcional	80,0 (60- 90)	95,0 (85 - 100)	15	0,000
2- Aspectos físicos	0,0 (0 - 100)	100,0 (75 - 100)	100	0,000
3- Dor	84,0 (58 - 100)	100,0 (84 - 100)	16	0,006
4- Estado Geral de Saúde	72,0 (52 - 82)	82,0 (57 - 89,5)	10	0,003
5- Vitalidade	80,0 (60 - 87,5)	85,0 (72,5 - 90)	5	0,017
6- Aspectos sociais	87,5 (56,2 - 100)	100,0 (87,5 - 100)	12,5	0,011
7- Aspectos emocionais	100,0 (100 - 100)	100,0 (100 - 100)	0	0,077
8 - Saúde Mental	72,0 (64 - 88)	80,0 (70 - 92)	8	0,001

* p < 0,05

Pode-se observar que houve diferenças estatisticamente significantes em quase todos os componentes do SF-36, exceto na limitação por aspectos emocionais. Este domínio não apresentou variação entre o M1 e o M2. Os domínios vitalidade, saúde mental e estado geral de saúde apresentaram as menores variações entre os dois momentos.

No M1, as menores medianas detectadas foram: limitação por aspectos físicos (zero ponto), estado geral de saúde (72 pontos) e saúde mental (72 pontos). Esta primeira avaliação se baseou nas informações das últimas quatro semanas antes da internação para realização da ACTP, conforme é estabelecido pelo SF-36³².

Já no M2, avaliação realizada entre 30 e 40 dias após a realização da ACTP, observou-se a elevação dos valores medianos dos escores, o que revela a melhora da percepção dos pacientes quanto à sua saúde. Os domínios que mais apresentaram alterações, quando comparados ao M1, foram: aspectos físicos (+100 pontos), dor (+16 pontos), capacidade funcional (+15 pontos) e aspectos sociais (+12,5 pontos). Mesmo com os domínios saúde mental, estado geral de saúde e vitalidade sendo os mais comprometidos, pode-se verificar a melhora dos escores em todos os domínios.

4.3 Dados sobre o material educativo

No M1, além das orientações feitas verbalmente, foram entregues dois folhetos educativos, um com o objetivo de fornecer informações sobre o procedimento e os principais cuidados a serem tomados após sua realização e o outro fornecendo algumas recomendações sobre hábitos saudáveis de vida e sobre as DCV.

Quando questionados sobre a orientação prévia quanto à ACTP somente nove pacientes (20,0%) relataram que receberam esta orientação em algum momento. Já em relação às orientações sobre estilo de vida, 14 pacientes (31,1%) referiram terem sido orientados de alguma maneira.

Na Tabela 4 estão apresentadas as respostas dos pacientes quanto à contribuição do conteúdo do folheto e da orientação recebida antes da ACTP.

Tabela 4- Relato dos entrevistados em relação à contribuição do conteúdo do folheto sobre ACTP. Botucatu, 2012.

Respostas (n=45)	n (%)
Importante saber antecipadamente o que vai acontecer	20 (44,4)
Maior tranquilidade durante a realização do exame	17 (37,8)
Explicação adequada sobre o procedimento	16 (35,6)
Diminuiu o nervosismo/ansiedade antes do procedimento	15 (33,3)
Diminuiu o medo do procedimento	07 (15,6)
Ajudou a tranquilizar a família	03 (6,7)
Auxiliou na orientação de outras pessoas	02 (4,4)

Todos os pacientes relataram ter sido de grande importância o conteúdo com o qual tiveram contato sobre a ACTP, juntamente com a orientação fornecida. Saber antecipadamente o que iria acontecer foi a principal contribuição mencionada por 20 pacientes (44,4%).

Em relação ao folheto explicativo sobre os hábitos saudáveis de vida, os participantes do estudo também o consideraram importante, juntamente com as orientações. Isto pode ser observado na Tabela 5.

Tabela 5- Relato dos entrevistados em relação à contribuição do folheto sobre hábitos de vida. Botucatu, 2012.

Respostas (n=45)	n (%)
Esclareceu sobre a importância da diminuição do sal	21 (46,7)
Esclarecimento sobre os benefícios da alimentação saudável	14 (31,1)
Reforçou informações já sabidas	11 (24,4)
Serviu para basear a alimentação atual	10 (22,2)
Esclareceu sobre a importância da diminuição de frituras/gorduras	08 (17,8)
Esclarecimento de dúvidas	06 (13,3)
Mostrou o quanto a alimentação estava errada	05 (11,1)
Ajudou na orientação de outros membros da família	04 (8,9)

A principal contribuição mencionada foi o esclarecimento sobre a importância da diminuição do consumo de sal na alimentação, relatada por 21 pacientes (46,7%). Cabe ressaltar que dez pacientes (22,2%) disseram utilizar o folheto para basear a alimentação atual.

Quanto às principais mudanças que ocorreram nos hábitos de vida, na Tabela 6 pode-se observar o relato dos pacientes.

Tabela 6- Respostas dos entrevistados quanto às mudanças ocorridas nos hábitos de vida. Botucatu, 2012.

Respostas	n (%)
Redução da ingestão de frituras/carnes gordurosas	24 (53,3)
Redução do sal da alimentação	20 (44,4)
Aumento da ingestão de legumes e verduras	18 (40,0)
Mudança na alimentação antes da angioplastia	13 (28,9)
Aumento do consumo de frutas	13 (28,9)
Início da prática de atividade física	12 (26,7)
Cessação do hábito de fumar	09 (20,0)
Diminuição do consumo de carne vermelha	05 (11,1)
Aumento do consumo de carne branca	04 (8,9)
Redu�o da ingestão de doces	03 (6,7)

Destaca-se a redu o da ingest o de frituras/carnes gordurosas (24 - 53,3%) e a redu o da quantidade de sal da alimenta o (20 - 44,4%). Alguns pacientes referiram j  ter mudado os h bitos alimentares antes da realiza o da ACTP (13 - 28,9%), podendo-se entender que os mesmos devem ter recebido algum tipo de orienta o antes da fornecida neste estudo. A cessa o do h bito de fumar foi citada por nove pacientes (20,0%), lembrando que dentre os 45 participantes foram identificados 14 tabagistas.

Os pacientes t m tamb m foram perguntados sobre as dificuldades sentidas quando tentaram modificar alguns h bitos de vida. A principal dificuldade relatada por 25 pacientes (55,6%) foi realiza o de atividade f sica. Outros dez referiram ter dificuldades na redu o da quantidade de sal da alimenta o habitual (22,2%). Dos 14 pacientes que, inicialmente, foram identificados como tabagistas, cinco referiram n o ter conseguido cessar com o h bito de fumar. Estes dados s o demonstrados na Tabela 7.

Tabela 7- Respostas dos entrevistados quanto às dificuldades para as mudanças nos hábitos de vida. Botucatu, 2012.

Respostas	n (%)
Realizar atividade física	25 (55,6)
Reduzir o sal da alimentação	10 (22,2)
Reduzir frituras/carnes gordurosas	05 (11,1)
Aumentar o consumo de frutas	05 (11,1)
Cessação do hábito de fumar	05 (11,1)
Sem dificuldades	05 (11,1)
Aumentar a ingestão de legumes/verduras	02 (4,4)
Controlar a vontade de doces	01 (2,2)

  importante ressaltar que os pacientes, apesar de relatarem as dificuldades na busca por melhores h bitos de vida, revelaram uma necessidade bastante significativa quanto  s orienta es. A maioria dos participantes do estudo apresentava algum fator de risco ou comorbidade que, em muitos casos, poderia ter sido abordado previamente.

Discussão

5 DISCUSSÃO

Este estudo buscou avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com DAC submetidos à ACTP com a aplicação do questionário SF-36. Em relação às características sociodemográficas, a população estudada constituiu-se de pacientes com idade mediana de 60 anos com predominância de pacientes do sexo masculino (60%). Este dado indica o surgimento cada vez mais precoce da DAC, em uma população ainda economicamente ativa⁴⁷.

O estudo multicêntrico AFIRMAR, que avaliou fatores de risco associados ao IAM no Brasil, descreveu uma mediana de 56 anos, também demonstrando a precocidade no surgimento de sintomas de DAC em países em desenvolvimento⁴⁸.

Foi observado um baixo nível de escolaridade, evidenciado por uma mediana de somente quatro anos de estudo. Outras pesquisas destacam a importância do nível de escolaridade, assim como outros fatores sociais, e sua relação com a mortalidade por DCV. Diversos fatores de risco são mais frequentemente observados em pacientes com menor escolaridade^{49, 50, 51, 52}.

O nível de escolaridade também é um fator importante a ser considerado no planejamento e implementação de atividades educativas. A adequação da linguagem ao nível de escolaridade do indivíduo facilita a compreensão e melhora a comunicação entre as partes envolvidas, além de considerar as necessidades, as possibilidades e o potencial de recuperação/reabilitação de cada indivíduo⁵³.

Em relação às características clínicas, 77,8% dos pacientes do presente estudo eram hipertensos. O sedentarismo e a dislipidemia também surgiram como importantes fatores de risco, acometendo 71% e 60% dos pacientes respectivamente.

O estudo INTERHEART, que avaliou o impacto dos fatores de risco cardiovasculares para o IAM em 52 países, incluindo o Brasil, demonstrou associação de diversos fatores ao risco de IAM. Dentre eles se incluiu o estresse, HAS, diabetes, tabagismo, razão cintura/quadril aumentada e dislipidemia. A atividade física regular e o consumo diário de frutas e vegetais surgiram como fatores protetores para o IAM⁵⁴.

Em estudo realizado em Porto Alegre para identificar os principais fatores de risco em pacientes submetidos à procedimentos em uma unidade de Hemodinâmica (diagnósticos e terapêuticos), também houve o predomínio de pacientes com HAS (73%), sedentários (75%) e dislipidêmicos(50,5%)⁵⁵.

Outros fatores de risco importantes apresentados pelos pacientes deste estudo incluem tabagismo (31,1%), diabetes (31,1%) e obesidade (20%). Vale salientar que, neste estudo foram identificados 14 tabagistas e, após 30 dias, 9 deles referiram ter cessado o hábito de fumar.

O tabagismo é o principal fator de risco passível de prevenção. Dados da Pesquisa Especial sobre Tabagismo (PETab) indicam que a política de controle de tabagismo tem tido resultados positivos, com uma redução significativa na prevalência de fumantes com 15 anos ou mais^{56, 57}.

Em relação ao diabetes, o resultado obtido na presente pesquisa foi semelhante ao valor encontrado em estudo realizado em Porto Alegre, que identificou 30,7% (oito) pacientes diabéticos⁸.

Pacientes com diabetes tem maior risco para DCV, com pior prognóstico, menor sobrevida e pior resposta aos tratamentos propostos. O controle glicêmico é um fator bastante importante na prevenção da DCV e também na redução da mortalidade. Em estudo realizado com 1441 pacientes com diabetes tipo 1, houve redução de eventos cardiovasculares nos pacientes que foram submetidos a um tratamento mais agressivo para o controle glicêmico quando comparados aos pacientes que mantiveram o tratamento convencional^{58, 59}.

Com relação à obesidade, é importante destacar que mais da metade da amostra apresentou algum grau obesidade ou sobrepeso (68,9%). A mediana de IMC para toda amostra foi de 26,4 Kg/m², já na faixa de sobrepeso. O excesso de peso aumenta o risco de DAC, principalmente porque, em geral, está associado a outros fatores como HAS, dislipidemias e diabetes⁶⁰.

A junção de diversos fatores de risco é bastante frequente em pacientes com DCV e aumenta a possibilidade de aparecimento de agravos cada vez mais precocemente. Deste modo, o comprometimento dos diversos aspectos da

qualidade de vida destes pacientes torna-se mais intenso, necessitando de uma abordagem mais efetiva da equipe de saúde que o assiste⁶¹.

As DCV como a maioria das doenças crônicas, podem comprometer de maneira bastante significativa o cotidiano e as funções física e psíquica do indivíduo acometido (33). O SF-36 tem sido um dos instrumentos genéricos mais amplamente utilizados para avaliação da QVRS, por ser um questionário mais simples, que aborda os aspectos físicos, emocionais e sociais, além de apresentar confiabilidade, validade e sensibilidade adequadas ao seu propósito⁶².

No presente estudo, o SF-36 se mostrou bastante adequado, o que possibilitou a identificação dos diversos domínios comprometidos na qualidade de vida dos pacientes com DAC. De modo geral, foi observado que a avaliação da QVRS melhorou após a realização da ACTP, com diferenças estatisticamente significantes em alguns domínios. O domínio mais afetado na avaliação antes da realização da ACTP foi limitação por aspectos físicos. Este aspecto busca avaliar a interferência dos problemas físicos de saúde nas atividades diárias e no trabalho⁶³.

Outro estudo que avaliou a QVRS de pacientes hospitalizados devido à primeira Síndrome Coronariana Aguda (SCA) também mostrou este domínio como mais afetado, juntamente com saúde mental e vitalidade⁴¹.

Os aspectos físicos são bastante prejudicados na avaliação prévia, principalmente pelos sintomas apresentados na DAC. O cansaço, a dor no peito e a dispnéia são sintomas comumente relatados pelos pacientes e que melhoram após a realização da ACTP. Tal fato justifica a melhora significativa na avaliação após a ACTP, do escore limitações por aspectos físicos. Esta mudança nos escores de qualidade de vida em um determinado período de tempo é de grande importância, em especial para pacientes com DAC, pois representa o que é percebido pelo paciente e pode determinar inclusive uma conduta terapêutica⁶³.

Na presente pesquisa pode-se observar que todos os domínios da QVRS avaliados apresentaram diferenças importantes e estatisticamente significantes, exceto a limitação por aspectos emocionais. Este aspecto avalia limitações no trabalho ou em alguma atividade diária, ocorridas devido a problemas emocionais³³. O menor comprometimento deste domínio pode estar relacionado principalmente à

disponibilidade de tratamento a estes pacientes. Muitos deles relataram a confiança que tinham no Serviço, por ser um local de referência e por serem atendidos por bons profissionais. Deste modo, a possibilidade de um tratamento adequado trazia uma relativa tranquilidade a eles, mesmo frente às limitações físicas causadas pela DAC.

Quanto ao material educativo, muitos estudos destacam as etapas a serem seguidas para sua elaboração. Basicamente, todos os estudos citam as etapas de planejamento, definição da população, redação adequada do material, cuidados com o layout e avaliação do material educativo^{46, 64, 65}.

Apesar de diversos estudos descreverem a contribuição de recursos educativos na promoção da saúde, prevenção de complicações e principalmente no desenvolvimento de uma consciência crítica nos pacientes, não há uma metodologia completamente descrita para seu desenvolvimento^{21, 66, 67, 68, 69,70}.

Neste estudo foram seguidas as etapas mais comumente utilizadas, dando ênfase em informações relevantes e de fácil compreensão. Para tanto, a metodologia proposta por Doak, Doak e Root⁴³ foi utilizada, pois reúne o conhecimento de diversos autores e contempla uma sequência de itens imprescindíveis para a elaboração de um recurso educativo.

Deste modo, o recurso educativo foi elaborado para pacientes com DAC que fossem submetidos à ACTP pela primeira vez. Estes pacientes, na maioria das vezes, não recebem orientações adequadas sobre o procedimento a que serão submetidos e sobre hábitos saudáveis de vida, ou seja, informações importantes sobre medidas de prevenção e controle da DAC. O desafio neste caso está em sensibilizar os pacientes, valorizar a mudança de hábito como parte do tratamento e como forma de cuidado à própria vida.

Muitos pacientes destacaram a importância das orientações fornecidas pelos dois folhetos propostos, mesmo com as dificuldades relatadas para incorporá-las no seu cotidiano. Foram reveladas mudanças importantes como a redução da ingestão de frituras/carnes gordurosas, a redução do consumo de sal e o aumento do consumo de legumes e verduras. Ao mesmo tempo relataram dificuldades como realizar atividades físicas e reduzir o sal da alimentação.

Uma pesquisa buscou verificar as crenças e os comportamentos dos pacientes sobre as causas e as medidas de controle da DAC, podendo-se identificar a importância das orientações adequadas. Muitos pacientes referiram mudanças comportamentais importantes, principalmente nos hábitos alimentares como a redução do consumo de sal e a redução na ingestão de gorduras. Também se destaca o estabelecimento de uma relação entre profissional de saúde e pacientes baseada na compreensão, na confiança e no respeito à história de vida e maneira de viver de cada paciente⁷¹.

O sucesso no tratamento da DAC, assim como de todas DCV, não depende exclusivamente de mudanças físicas. O relacionamento do paciente com a equipe também deve ser considerado, pois a confiança que se estabelece nesta relação pode interferir na percepção do paciente quanto à evolução da doença e ao tratamento proposto. Todos os participantes deste estudo foram entrevistados e orientados pela própria pesquisadora nos dois momentos, o que possibilitou o estabelecimento de uma relação adequada entre profissional e paciente.

A adesão ao tratamento proposto envolve fatores sociodemográficos, clínicos, institucionais, crenças e hábitos culturais, relacionamento com o profissional de saúde, dentre outros. A compreensão destas relações auxilia de maneira bastante significativa na determinação dos métodos mais adequados para o controle de sintomas, prevenção de agravos e principalmente, na busca pela melhor qualidade de vida dos pacientes com DAC⁷².

Os resultados do estudo puderam esclarecer o quanto a QVRS é influenciada pela realização da ACTP e, principalmente, quais as principais necessidades referidas pelos pacientes. Através destas informações é possível buscar alternativas para melhorar a assistência prestada com vistas à prevenção e controle dos agravos que afetam a qualidade de vida deles. É evidente que a mudança de comportamento não é algo simples, pois os hábitos são adquiridos ao longo da vida. Cabe então aos profissionais considerar o contexto em que estão inseridos e utilizá-los na orientação adequada dos pacientes.

Conclusões

6 CONCLUSÕES

Esta pesquisa buscou avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes que foram submetidos à angioplastia coronariana, visto a importância das doenças cardiovasculares no cenário epidemiológico, em especial a DAC, bem como o papel do profissional de saúde, tão relevante para a prevenção e promoção nos diferentes níveis de atenção.

Para a avaliação da qualidade de vida foi utilizado o Questionário SF-36 para a avaliação da QVRS, composto por 36 itens, agrupados em oito domínios que compreendem desde a capacidade funcional até a saúde mental.

De um total de 45 participantes, a maioria era do sexo masculino, idoso, com baixa escolaridade, alta prevalência de hipertensão, sedentarismo e dislipidemia, tendo a obesidade como um importante fator de risco para DAC. A coleta de dados ocorreu em dois momentos (M1 e M2), sendo M1 antes da realização do procedimento e M2 após a realização do mesmo.

Outro aspecto de relevância para este estudo foi a abordagem educativa, tanto em relação ao procedimento propriamente dito como em relação aos hábitos de vida dos indivíduos, já que a maioria apresentava algum tipo de fator de risco ou comorbidade associada à DAC.

Para esta etapa foram elaborados folhetos explicativos impressos, contendo informações importantes a serem repassadas aos pacientes, previamente à realização da ACTP. Esta necessidade foi percebida, pois pela experiência profissional da pesquisadora, muitas vezes tais informações não eram adequadamente transmitidas ou ocorriam de maneira verbal e informal.

Os resultados revelaram a melhora da QVRS após a realização da ACTP em pacientes com DAC que nunca haviam sido submetidos a este tipo de tratamento, principalmente em relação aos domínios aspectos físicos, dor, capacidade funcional e aspectos sociais. Até mesmo os domínios mais comprometidos, saúde mental, estado geral de saúde e vitalidade, também foram influenciados após a realização do procedimento.

Percebeu-se a necessidade de orientação e esclarecimento sobre o procedimento, diante da valorização por parte dos participantes desta iniciativa, destacando que ter informações previamente à realização da ACTP reduziu o medo, dando maior tranquilidade tanto à família como ao paciente.

Em relação à orientação a respeito dos hábitos de vida, ressalta-se que o aspecto mais relevante foi quanto à alimentação, mas também houve iniciativas quanto à prática de atividade física e cessação do tabagismo. Inclusive, a prática de exercícios foi citada por vários indivíduos como sendo a maior dificuldade para ser inserida na rotina diária.

Avaliar a qualidade de vida destes indivíduos permitiu uma melhor compreensão de sua individualidade, dos aspectos de vida afetados pela doença e de suas necessidades. Foram estas informações que subsidiaram tanto a elaboração dos folhetos explicativos quanto as orientações fornecidas aos pacientes.

Cabe salientar que a grande dificuldade percebida durante o estudo foi falta de profissionais para realizar um cuidado mais individualizado durante a internação e durante a ACTP, o que não é exclusividade deste hospital.

Também seria interessante que a avaliação destes pacientes ocorresse após um intervalo de tempo maior para se constatar se as alterações da QVRS e das mudanças nos hábitos de vida foram de fato incorporadas ao cotidiano.

Pretende-se que a proposta educativa aqui apresentada seja considerada para ser acrescida à rotina do serviço, para ser realizada pelos enfermeiros que atuam em diversos setores desta instituição e que, de alguma forma, têm contato com estes pacientes. Além da participação efetiva destes profissionais, que os folhetos impressos também sejam adotados, visto que podem ser utilizados e consultados pelos indivíduos, quando necessário. Tais atitudes certamente poderão contribuir para melhorar a qualidade, não só da vida dos pacientes, mas também da assistência a ser oferecida.

Referências

7 REFERÊNCIAS

1. World Health Organization [Internet]. Global status report on non communicable diseases. 2010 [cited 2012 Abr 20]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458_eng.pdf
2. Roger VL, Go AS, Jones DML, Benjamin EJ, Berry JD, Borden WB, et al. Heart disease and stroke statistics - 2012 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2012; 125: e2-e220.
3. Ministério da Saúde [Internet]. Departamento de Informática do SUS. Sistema de informação de mortalidade [acesso 2012 Abr 20]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2010/c08.def>
4. Stefanini E, Junior CVS, Timermam A, editores. Tratado de Cardiologia SOCESP. 2ª ed. São Paulo: Manole; 2008. v.1.
5. Mendis S, Puska P, Norrving B, editors. Global atlas on cardiovascular disease prevention and control. Geneva: World Health Organization; 2011.
6. Porto CC, Porto AL. Doença do coração: prevenção e tratamento. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
7. Maia CO, Goldmeier S, Moraes MA, Boaz MR, Azzolin K. Fatores de risco modificáveis para doença arterial coronariana nos trabalhadores de enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2007; 20(2): 138-42.
8. Petersen LC, Chinazzo H, Saldanha C, Basso M, Garcia P, Bartholomay E, et al. Fatores de risco cardiovasculares e comorbidades em ambulatórios de cardiologia da região metropolitana de Porto Alegre, RS. *Rev AMRIGS*. 2011; 55(3): 217-23.
9. Pedroso AP, Meireles GCX, Abreu Filho LM, Forte AAC, Sumita MK, Favarato D, et al. Avaliação do custo do implante programado de múltiplos stents em mais de uma intervenção percutânea em pacientes com doença coronária multiarterial. *Rev Bras Cardiol Invasiva*. 2007; 15(3): 249-54.

10. Cavalcanti TC, Leite RS, Gottschall CAM, Quadros AS, Goldmeier S, Souza EN, et al. Cateterismo cardíaco esquerdo: lacunas nas informações transmitidas aos pacientes. *Rev Bras Cardiol Invasiva*. 2008; 16(2): 206-10.
11. Piegas LS, Haddad N. Intervenção coronariana percutânea no Brasil. Resultados do Sistema Único de Saúde. *Arq Bras Cardiol*. 2011; 96(4): 317-24.
12. Stankovic G. Intervenção coronária percutânea (ICP) para pacientes estáveis: há algum benefício além do alívio dos sintomas?. *Arq Bras Cardiol*. 2009; 93(2): 196-9.
13. Boden WE, O'Rourke RA, Teo KK, Hartigan PM, Maron DJ, Kostuk WJ, et al. Optimal medical therapy with or without PCI for stable coronary disease. *N Engl J Med*. 2007; 356 (15): 1503-16.
14. RITA Trial Participants. Coronary angioplasty versus coronary artery bypass surgery: the Randomized Intervention Treatment of Angina (RITA) trial. *Lancet*. 1993; 341(8845): 573-80.
15. Pocock SJ, Henderson RA, Clayton T, Lyman GH, Chamberlain DA. Quality of life after coronary angioplasty or continued medical treatment for angina: three-year follow-up in the RITA-2 trial. *J Am Coll Cardiol*. 2000; 35(4): 907-14.
16. Dantas RAS, Góis CFL, Silva LM. Utilização da versão adaptada da escala de qualidade de vida de Flanagan em pacientes cardíacos. *Rev Latino-Am Enferm*. 2005; 13(1): 15-20.
17. Oliveira DL. A 'nova' saúde pública e a promoção de saúde via educação: entre a tradição e a inovação. *Rev Latino-Am Enferm*. 2005; 13(3): 423-31.
18. Torres HC, Pereira FRL, Alexandre LR. Avaliação das ações educativas na promoção do autogerenciamento dos cuidados em diabetes mellitus tipo 2. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(5): 1077-82.

19. Salles PS, Castro RCB. Validação de material informativo a pacientes em tratamento quimioterápico e aos seus familiares. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(1): 182-9.
20. Santos AA. Ação educativa no processo de cuidar: as expressões de estudantes de enfermagem [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.
21. Santos ZMSA, Lima HP. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. *Texto Contexto Enferm*. 2008; 17(1): 90-7.
22. Vestfold Heartcare Study Group. Influence on lifestyle measures and five-year coronary risk by a comprehensive lifestyle intervention programme in patients with coronary heart disease. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2003; 10(6): 429-37.
23. Grazziano ES, Bianchi ERF. Nível de ansiedade de clientes submetidos a cineangiocoronariografia e de seus acompanhantes. *Rev Latino-Am Enferm*. 2004; 12(2): 168-74.
24. Mantovani MF, Mendes FRP, Ulbrich EM, Bandeira JM, Fusuma F, Gaio DM. As representações dos usuários sobre a doença crônica e a prática educativa. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011; 32(4): 662-8.
25. Budó MLD, Mattioni FC, Machado TS, Ressel LB, Lopes LFD. Quality of life and health promotion through the perspective of the users of the family health strategy. *Online Braz J Nurs* [Internet]. 2008 [cited 2012 Maio 14]; 7(1). Available from: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/1104>
26. Alvarez TS, Zanella MT. Impacto de dois programas de educação nutricional sobre o risco cardiovascular em pacientes hipertensos e com excesso de peso. *Rev Nutr*. 2009; 22(1): 71-9.
27. Winkelmann ER, Manfroi WC. Qualidade de vida em cardiologia. *Rev HCPA*. 2008; 28(1): 49-53.

28. The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Méd.* 1995; 41: 1403-10.
29. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Pública.* 2004; 20(2): 580-8.
30. Fleck MP, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Cachamovich E, Vieira G, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr.* 1999; 21(1): 21-8.
31. Ebraim S. Clinical and public health and applications of health-related quality of life measurement. *Soc Sci Med.* 1995; 41(10): 1383-94.
32. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care.* 1992; 30(6): 473-83.
33. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão J, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol.* 1999; 39: 143-50.
34. Weinberger M, Oddone EZ, Samsa GP, Landsman PB. Are health-related quality-of-life measures affected by the mode of administration? *J Clin Epidemiol.* 1996; 49(2): 135-40.
35. Garster NC, Palta M, Sweitzer NK, Kaplan RM, Fryback DG. Measuring health-related quality of life in population-based studies of coronary heart disease: comparing six generic indexes and a disease-specific proxy code. *Qual Life Res.* 2009; 12: 39-47.
36. Moriel G, Roscani MG, Matsubara LS, Cerqueira ATAR, Matsubara BB. Qualidade de vida em pacientes com doença aterosclerótica coronariana grave e estável. *Arq Bras Cardiol.* 2010; 95(6): 691-7.
37. Favarato MECS, Favarato D, Hueb WA, Aldrighi JM. Qualidade de vida em portadores de doença arterial coronária: comparação ente gêneros. *Rev Assoc Med Bras.* 2006; 52(4): 236-41.

38. Rumsfeld JS, Magid DJ, Plomondon ME, Sacks J, Henderson W, Hlatky M, et al. Health-related quality of life after percutaneous coronary intervention versus coronary bypass surgery in high-risk patients with medically refractory ischemia. *J Am Coll Cardiol*. 2003; 41: 1732-8.
39. Rinfret S, Grines CL, Cosgrove RS, Ho KKL, Cox DA, Brodie BR, et al. Quality of life after balloon angioplasty or stenting for acute myocardial infarction: one-year results from the Stent-PAMI Trial. *J Am Coll Cardiol*. 2001; 38:1614-21.
40. Takiuti ME, Hueb W, Hiscock SB, Nogueira CRSR, Girardi P, Fernandes F, et al. Qualidade de vida após revascularização cirúrgica do miocárdio, angioplastia ou tratamento clínico. *Arq Bras Cardiol*. 2007; 88(5): 537-44.
41. Dessote CAM, Dantas RAS, Schmidt A, Rossi LA. Qualidade de vida relacionada à saúde de sujeitos internados, decorrente da primeira síndrome coronariana aguda. *Rev Latino-Am Enferm* [Internet]. set-out 2011 [acesso 2012 Abr 02]; 19(5): [08 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_07.pdf
42. Pereira MG. Métodos empregados em epidemiologia. In: Pereira MG. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008. p. 269-88.
43. Conselho Nacional de Saúde [Internet]. Resolução 196/96 [acesso 2012 Set 19]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm
44. Hays RD, Kim S, Spritzer KL, Kaplan RM, Tally S, Feeny D, et al. Effects of mode and order of administration on generic health-related quality of life scores. *Value Health*. 2009; 12(6): 1035-9.
45. Maglente GA, Hays RD, Kaplan RM. US general population norms for telephone administration of the SF-36v2. *J Clin Epidemiol*. 2012; 65(5): 497-502.
46. Doak CC, Doak LG, Root JH. *Teaching patients with low literacy skills*. 2nd. ed. Philadelphia: Lippincott; 1996.
47. Gama GGG, Mussi, FC, Mendes AS, Guimarães AC. (Des)controle de parâmetros clínicos e antropométricos em indivíduos com doença arterial coronária. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(3): 624-31.

48. Piegas LS, Avezum A, Pereira JC, Hoepfner C, Farran JA, Ramos RF, et al. Risk factors for myocardial infarction in Brazil. *Am Heart J*. 2003; 146(2): 331-8.
49. Ishitani LH, Franco GDA C, Perpétuo IHO, França E. Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40(4): 684-91.
50. Lessa I, Araújo MJ, Magalhães L, Almeida Filho N, Aquino E, Costa MCR. Simultaneidade de fatores de risco cardiovascular modificáveis na população adulta de Salvador (BA), Brasil. *Rev Panam Salud Pública*. 2004; 16(2): 131-7.
51. Kaiser SE. Aspectos epidemiológicos nas doenças coronarianas e cerebrovasculares. *Rev SOCERJ*. 2004; 17(1): 11-8.
52. Viebig RF, Valero MP, Araújo F, Yamada AT, Mansur AJ. Perfil de saúde cardiovascular de uma população adulta da região metropolitana de São Paulo. *Arq Bras Cardiol*. 2006; 86 (5): 353-60.
53. World Health Organization. Therapeutic patient education of patients with coronary heart disease: training guide for general practitioners. Udine (Italy): WHO; 2006.
54. Lanas F, Avezum A, Bautista LE, Diaz R, Luna M, Islam S, et al. Risk factors for acute myocardial infarction in Latin America. The INTERHEART Latin America Study. *Circulation*. 2007; 115: 1067-74.
55. Feijó MKEF, Lutkmeier R, Ávila CW, Rabelo ER. Fatores de risco para doença arterial coronariana em pacientes admitidos em unidade de hemodinâmica. *Rev Gaúcha Enferm*. 2009; 30(4): 641-7.
56. Silva GA. Câncer de pulmão e as tendências atuais do tabagismo no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2012; 28(9): 1620-1.
57. Facina T. Pesquisa Especial de Tabagismo (PETab) - relatório Brasil. *Rev Bras Cancerol*. 2011; 57(3): 429-30.

58. Nathan DM, Cleary PA, Backlund JY, Genuth SM, Lachin JM, Orchard TJ, et al. Diabetes control and complications trial. Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications (DCCT/EDIC) Study Research Group. Intensive diabetes treatment and cardiovascular disease in patients with type 1 diabetes. *N Engl J Méd.* 2005; 353(25): 2643-53.
59. Schaan BDS, Reis AF. Doença cardiovascular e diabetes. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2007; 51(2): 151-2.
60. Souza PAL, Fayh APT, Portal VL. Circunferência abdominal como preditor de evolução em 30 dias na síndrome coronariana aguda. *Arq Bras Cardiol.* 2011; 96(5): 399-404.
61. Capilheira MF, Santos IS, Azevedo Jr. MR, Reichert FF. Risk factors for chronic non-communicable diseases and the CARMEN Initiative: a populationbased study in the South of Brazil. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24(12): 2767-74.
62. Alcântara EC, Resende ES, Paula LKG, Silveira LC, Costa MD. Avaliação da qualidade de vida após infarto agudo do miocárdio e sua correlação com o fator de risco hipertensão arterial. *Rev Bras Hipertens.* 2007; 14(2): 118-20.
63. Silva AS, Passos SRL, Carballo MT, Figueiró M. Avaliação da qualidade de vida após síndrome coronariana aguda: revisão sistemática. *Arq Bras Cardiol.* 2011; 97(6): 526-40.
64. Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. Simply put - a guide for creating easy-to-understand materials. Atlanta: Division of Communication Services [cited 2012 Dez 27]. Available from: http://www.cdc.gov/healthcommunication/toolstemplates/simply_put_082010.pdf
65. Echer IC. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. *Rev Latino-Am Enferm.* 2005; 13(5): 754-7.
66. Oliveira MS, Fernandes AFC, Sawada NO. Manual educativo para o autocuidado da mulher mastectomizada: um estudo de validação. *Texto Contexto Enferm.* 2008; 17(1): 115-23.

67. Mendonça RD, Lopes ACS. The effects of health interventions on dietary habits and physical measurements. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(3): 573-9.
68. Pereira DA, Costa NMSC, Sousa ALL, Jardim PCBV, Zanini CRO. Efeito de intervenção educativa sobre o conhecimento da doença em pacientes com diabetes mellitus. *Rev Latino-Am Enferm [Internet]*. 2012 [acesso 2012 Dez 11]; 20(3): [8 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a08v20n3.pdf
69. Torres HC, Candido NA, Alexandre LR, Pereira FL. O processo de elaboração de cartilhas para orientação do autocuidado no programa em diabetes. *Rev Bras Enferm*. 2009; 62(2): 312-6.
70. Torrano SK, Veiga VB, Goldmeier S, Azzolin K. Digital video disc explicativo em pacientes submetidos ao cateterismo cardíaco diagnóstico. *Rev Latino-Am Enferm [Internet]*. 2011 [acesso 2012 Dez 11]; 19(4): [07 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt_06.pdf
71. Gama GGG, Mussi FC, Pires CGS, Guimarães AC. Crenças e comportamentos de pessoas com doença arterial coronária. *Cienc Saúde Colet*. 2012; 17(12): 3371-83.
72. Santos ZMSA, Frota MA, Cruz DM, Holanda SDO. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. *Texto Contexto Enferm*. 2005; 14(3): 332-40.

Apêndice I**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado Senhor (a), meu nome é Fernanda Maria Alves Lima e estou fazendo uma pesquisa sobre: **“Avaliação da qualidade de vida antes e após a realização da angioplastia coronariana transluminal percutânea”** que tem como objetivo principal avaliar a qualidade de vida dos pacientes que serão submetidos à angioplastia coronariana.

Solicito seu consentimento para participar desta avaliação que será realizada em 2 momentos: antes da realização do exame e após a alta, na data de retorno no ambulatório da Cardiologia, cerca de 30 dias após o procedimento. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder às perguntas feitas e assinar este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, sendo uma cópia para o senhor (a) e outra para a pesquisadora. O tempo de duração desta participação será de no máximo 30 minutos.

Suas informações serão utilizadas exclusivamente para esta pesquisa e declaro que mantereí sigilo sobre sua identidade. Estou disponível para responder quaisquer perguntas e o senhor (a) poderá retirar seu consentimento a qualquer momento, sem qualquer prejuízo para o seu acompanhamento no serviço ou custo. Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, através do fone: (14) 3811-6143.

Botucatu, ____ de _____ de 20__.

Fernanda Maria Alves Lima

Pesquisadora

Tendo sido satisfatoriamente informado sobre a pesquisa **“Avaliação da qualidade de vida antes e após a realização da angioplastia coronariana transluminal percutânea”** sob responsabilidade da Enf^a Fernanda Maria Alves Lima do Curso de Mestrado Profissional, do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, declaro que concordo em participar da mesma, respondendo as perguntas que forem necessárias.

Botucatu, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do entrevistado

Pesquisadora Responsável: Enf^a Fernanda Maria Alves Lima; Endereço: Rua Prof. Lourenço Monti, 671, Jd. Bom Pastor, Botucatu / SP; CEP: 18607-630; Telefone: (14)3354-6141; e-mail: fernandalimaenf@gmail.com

Orientadora: Prof^a Dr^a Janete Pessuto Simonetti; Endereço: Rua Úrsula Camargo de Barros, 422, Jardim Paraíso, Botucatu / SP; CEP 18610-301; Telefone (14)3815-8841; e-mail: jpessuto@fmb.unesp.br

Apêndice II**QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS - M1****Identificação**

Nome: _____ R.G.: _____

Idade: _____ anos Sexo: () M () F

Procedência: _____

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC: _____

Escolaridade: _____

Antecedentes pessoais

Hipótese Diagnóstica Atual: _____

P.A= _____x_____mmHg FC= _____ bpm FR= _____ rpm

Já recebeu alguma orientação em relação à angioplastia coronariana?

() Não

() Sim. De quem e qual? _____

Já recebeu alguma orientação em relação à importância das mudanças no estilo de vida para diminuir os riscos cardiovasculares?

() Não

() Sim. De quem e qual? _____

Fatores de risco e comorbidades associadas:

() Etilismo

() Tabagismo

() Obesidade

() HAS

() Diabetes mellitus

() IAM prévio

() AVC prévio

() Dislipidemia

() Sedentarismo

Hábitos alimentares: _____

() Outras doenças _____

Medicações em uso: _____

Apêndice III

Para que se mantenha a saúde do coração é necessário que os fatores de risco para doenças cardiovasculares sejam reduzidos, principalmente através das mudanças nos hábitos de vida.

**CUIDE BEM
DO SEU
CORAÇÃO!!!**



Elaborado por:
Enfª Fernanda M. A. Lima
Mestrado Profissional em Enfermagem - Unesp

unesp UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
JULIO DE MESQUITA FILHO
Campus de Botucatu

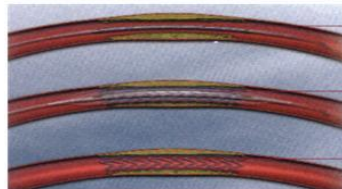
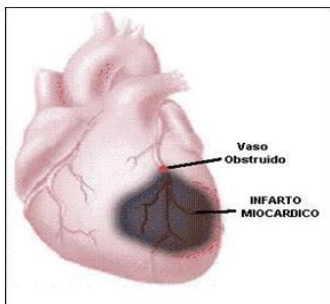


Entendendo a Angioplastia Coronariana



Angioplastia Coronariana

As artérias do coração podem entupir por acúmulo de colesterol (gordura no sangue), células e outras substâncias. Este entupimento diminui a quantidade de sangue para o coração podendo causar dores no peito, a chamada angina. Às vezes, pode-se formar um coágulo de sangue que piora ou bloqueia completamente a passagem do sangue, resultando em um ataque do coração, o chamado infarto.



A angioplastia é um procedimento realizado para abrir as artérias entupidas, restaurando a quantidade normal de sangue que vai para o coração. É realizada através de um punção em uma artéria do braço ou da perna, por onde é colocado um cateter, que é um tipo de tubo bem fino que vai até o coração. Lá a artéria é desentupida enchendo um pequeno balão no local do entupimento e/ou com a colocação de um *stent*, que é um tipo de mola que mantém as paredes do vaso afastadas entre si.



Cuidados após Angioplastia

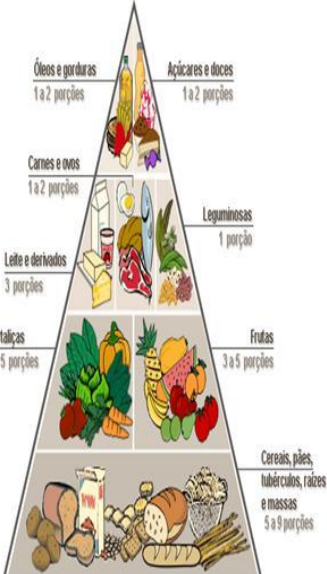
- Se a angioplastia for realizada pela perna, é necessário manter repouso até que seja retirado o 'introdutor', a peça por onde é introduzido o cateter na artéria. Aproximadamente 4 horas após a angioplastia, que é o tempo necessário para metabolização da heparina (anticoagulante), o introdutor pode ser retirado. É realizada uma compressão no local por 20 minutos e após, um curativo compressivo. É recomendado repouso por pelo menos 12 horas.



- Se a angioplastia for realizada pelo braço (radial), o introdutor é retirado logo após o término do procedimento. É mantido um curativo compressivo também por 4 horas e o curativo é afrouxado após este período. É recomendado que não se dobre o punho e que não seja feito nenhum esforço com o braço.

- Deve-se ingerir bastante líquido para auxiliar na eliminação do contraste utilizado durante o exame e evitar atividade física rigorosa durante 1 a 2 dias


Apêndice IV


CUIDE BEM DO SEU CORAÇÃO!!!



HÁBITOS SAUDÁVEIS E AS DOENÇAS CARDIOVASCULARES






Elaborado por:
 Enfª Fernanda M. A. Lima
 Mestrado Profissional em Enfermagem - Unesp

DOENÇAS CARDIOVASCULARES

As doenças cardiovasculares são aquelas que acontecem no sistema circulatório, comprometendo órgãos importantes como o cérebro e o coração. Muitos fatores de risco estão associados ao aparecimento das doenças cardiovasculares, principalmente a doença arterial coronariana. Podemos destacar:

- **obesidade**
- **colesterol elevado**
- **hipertensão**
- **tabagismo**
- **hereditariedade**
- **dieta mais desequilibrada**
- **sedentarismo**
- **tabagismo**
- **alcoolismo**




Grande parte dessas condições são evitáveis e a mudança de certos hábitos e rotinas de vida pode retardar e/ou reduzir significativamente a incidência das doenças cardiovasculares

MEDIDAS PREVENTIVAS E EFICAZES

- Reduzir a ingestão total de gorduras da dieta, dando maior ênfase à redução da gordura saturada (de origem animal)
- Reduzir a utilização do sal durante o consumo e preparo dos alimentos e evitar aqueles já previamente salgados
- Reduzir a ingestão de produtos refinados (açúcar e doces)
- Aumentar a ingestão de carnes brancas (frango e peixe), verduras, legumes, frutas, e grãos integrais (de 3 a 5 vezes por semana)

- Iniciar a prática de atividade física, de intensidade moderada com regularidade (de 3 a 5 vezes por semana)
- Manter um controle adequado dos níveis de pressão arterial e da glicemia (açúcar no sangue)
- Parar de fumar
- Reduzir a ingestão de bebidas alcoólicas
- Procurar reduzir o nível de stress emocional: manter um bom convívio familiar, social e no trabalho; administrar melhor o tempo tendo horários para trabalho, lazer, exercício e refeições.



Apêndice V

QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS - M2

Identificação

Nome: _____ R.G.: _____

1- Comente sobre as facilidades para as mudanças no estilo de vida e melhorias na qualidade de vida. (o que deixou de fazer, o que está fazendo de novo, como tem se sentido,...) _____

2- Comente sobre as dificuldades para as mudanças no estilo de vida e melhoria da qualidade de vida. (o que tem sido mais difícil, o que não conseguiu mudar e deveria mudar, como tem se sentido...) _____

3- Os folhetos educativos entregues antes da realização do exame ajudaram nessas mudanças? Como? _____

4- O esclarecimento sobre o procedimento ajudou de alguma forma? Como? Por que? _____

ANEXO I



Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu

Distrito Rubiãe Junior, s/nº - Botucatu - S.P.
CEP: 18.618-570
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br
e-mail coordenadoria: tsarden@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde
em 30 de abril de 1997

Botucatu, 05 de dezembro de 2011.

Of. 531/2011

Ilustríssima Senhora
Prof^ª. Dr^ª. Janete Pessuto Simonetti
Departamento de Enfermagem da
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prezada Prof^ª. Janete,

Informo que o Projeto de Pesquisa (Protocolo CEP 4053-2011) *Avaliação da qualidade de vida antes e após a realização da angioplastia coronariana transluminal percutânea*, a ser conduzido por Fernanda Maria Alves Lima, orientada por Vossa Senhoria recebeu do relator parecer favorável, aprovado em reunião de 05/12/2011.

Situação do Projeto: **APROVADO**. Os pesquisadores deverão apresentar ao CEP ao final da execução do Projeto o "Relatório Final de Atividades".

Atenciosamente,

Prof. Dr. Trajano Sardenberg
Coordenador do CEP

ANEXO II

QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA SF-36

Nome: _____

INSTRUÇÕES: Este questionário fornecerá informações sobre sua saúde, de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer 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:

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

2- Comparada há um ano, como você classificaria sua idade em geral, agora?

Muito melhor	Um pouco melhor	Quase a mesma	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

ATIVIDADES	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar de esportes árduos	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 Km	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar 1 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 seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

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

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

	SIM	NÃO
a) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geram lmente faz?	1	2

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

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

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

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

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	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 aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	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 sentindo cheio de vigor, de vontade, 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 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 ou 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 de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo o tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

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

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

ANEXO III

Pontuação do questionário SF-36

QUESTÃO	PONTUAÇÃO
01	1=5,0 / 2=4,4 / 3=3,4 / 4=2,0 / 5=1,0
02	Soma normal
03	Soma normal
04	Soma normal
05	Soma normal
06	1=5,0 / 2=4,0 / 3=3,0 / 4=2,0 / 5=1,0
07	1=6,0 / 2=5,4 / 3=4,2 / 4=3,1 / 5=2,2 / 6=1,0
08	<p>Se 8=>1 e 7=>1, então 8=6,0</p> <p>Se 8=>1 e 7=>2 a 6, então 8=5,0</p> <p>Se 8=>2 e 7=>2 a 6, então 8=4,0</p> <p>Se 8=>3 e 7=>2 a 6, então 8=3,0</p> <p>Se 8=>4 e 7=>2 a 6, então 8=2,0</p> <p>Se 8=>5 e 7=>2 a 6, então 8=1,0</p> <p>Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 passa a ser:</p> <p>1=6,0 / 2=4,75 / 3=3,5 / 4=2,25 / 5=1,0</p>
09	<p>a, d, e, h=> valores contrários</p> <p>1=6,0 / 2=5,0 / 3=4,0 / 4=3,0 / 5=2,0 / 6=1,0</p> <p>b, c, f, g, i=> soma normal</p>
10	Soma normal
11	<p>a, c => soma normal</p> <p>b, d => valores contrários</p> <p>1=5,0 / 2=4,0 / 3=3,0 / 4=2,0 / 5=1,0</p>

