

QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA CARDÍACA: Aplicação do Questionário WHOQOL-bref

Deisi Tamiozzo¹
Fernanda Dallazen²
Dante Thomé da Cruz³
Pollyana Windmüller⁴
Eliane Roseli Winkelmann⁵

RESUMO

Este estudo objetivou-se avaliar a qualidade de vida de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca através da aplicação do questionário WHOQOL-bref. A pesquisa é do tipo clínico de intervenção, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Unijuí sob protocolo n°02/2011. Oito pacientes submetidos à cirurgia cardíaca foram divididos em dois grupos: G1 (n=4) que realizaram fisioterapia ambulatorial durante 2 meses associada ao treinamento com incentivador respiratório a fluxo (Respiron®) e G2 (n=4) realizaram somente treinamento com incentivador respiratório a fluxo (Respiron®). O questionário WHOQOL-bref foi aplicado após alta hospitalar e novamente após 60 dias em ambos os grupos. Os participantes apresentaram média de idade de 54,88±16,54 anos, sendo 7 (87,5%) do sexo feminino. A QV geral dos indivíduos pós operatório, logo após a alta hospitalar é muito boa (96,87±5,79), assim como os resultados relativos aos domínios físicos (78,57±10,10), psicológico (81,25±8,33), social (104,17±9,96) e ambiental (90,23±10,88), como destaque foi o domínio social. Da mesma forma foi observado após 60 dias de procedimento cirúrgico que teve como destaque o domínio social (105,21±10,85). Conclui-se que a QV em pacientes submetidos a cirurgia cardíaca é muito boa logo após a alta hospitalar, não se alterando independente da intervenção.

Palavras-chave: Qualidade de Vida; Cirurgia Cardíaca; Fisioterapia.

LIFE QUALITY OF PATIENTS SUBMITTED OF HEART SURGERY: application of questionnaire WHOQOL-bref.

ABSTRACT

This study has objective evaluate the patients' life quality in the post operative of heart surgery through the Whoqol-bref questionnaire. The research is intervention clinical type, approved for the Unijuí Ethics and Research Committee under n°02/2011 protocol. Eight patients submitted the heart surgery was divided in two groups: G1 (n=4) was submitted a program post-operative of 2 months of ambulatory physiotherapy associated to the training with incentive breathing (respiron®) and G2 (n=4) realizes only the training with incentive breathing (respiron®). The whoqol-bref questionnaire was was applied after high hospitalar and again after 60 days in both groups. The medium age group was of 54,88 ± 16,54, of the which 7 (87,5%) were of the feminine gender. The general life quality of the individuals post operative of heart surgery, soon after the high hospitalar it's very good (96,87±5,79), as well as the relative results to the physical (78,57±10,10), psychological (81,25±8,33), social (104,17±9,96) and environmental domains (90,23±10,88), giving prominence to the social domain that it presented the best results. In the same way it was observed for after 60 days of surgical procedure, had prominence in the social domain (105,21 ± 10,85). We observed in this study that the life quality of the individuals post operative of heart surgery is very good soon after the high hospital, not losing temper independent of the intervention.

Keywords: Quality of Life; Thoracic Surgery; Physical Therapy.

¹ Fisioterapeuta, graduada pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul/UNIJUÍ. e-mail: deisit2010@hotmail.com

² Bolsista de iniciação científica PIBIC/UNIJUÍ, graduanda do curso de Fisioterapia da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUÍ. e-mail:fer_dallazen@hotmail.com;

³ Médico, cirurgião cardiovascular responsável técnico pela Unidade de Cirurgia Cardiovascular do Instituto do Coração INCOR-HCI. e-mail: dantethome@terra.com.br;

⁴ Fisioterapeuta, especialista em Fisioterapia Hospitalar pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul/UNIJUÍ. Membro da equipe de fisioterapia do Instituto do Coração (INCOR) do Hospital Caridade de Ijuí (HCI). e-mail: polly_wind@yahoo.com;

⁵ Fisioterapeuta, doutora em Ciências cardiovasculares pela UFRGS, mestre de Ciências Biológicas: Fisiologia pela UFRGS, docente do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – Unijuí. e-mail: elianew@unijui.edu.br.

INTRODUÇÃO

Avaliar a qualidade de vida (QV) de pessoas com doenças crônicas tem sido uma maneira de determinar o impacto do cuidado de saúde quando a cura não é possível (BURCKHARDT E ANDERSON, 2003). Ela tem sido objeto de investigação na área da saúde, por ser considerada importante aspecto na avaliação dos resultados de diferentes procedimentos terapêuticos usados nessa população. Não apenas os aspectos relacionados à redução dos sintomas e prolongamento da vida estão sendo investigados, mas, também, a sobrevida do doente e como a QV se apresenta para ele próprio e para a sociedade.

Qualidade de vida é um conceito de interesse em estudos de pessoas com doença arterial coronariana que têm sido submetidas a diferentes tipos de tratamento, entre eles a cirurgia de revascularização do miocárdio (RVM). Por acreditarmos que a doença coronariana, como toda doença crônica, é multidimensional, e afeta potencialmente todos os aspectos da vida pessoal e familiar, a escolha de um instrumento holístico é importante (STRAUSS, (1984); CORBIN E STRAUSS, (1988). Assim, a escolha de um instrumento genérico para avaliar a QV faz-se necessário (DANTAS, GÓIS E SILVA; 2005).

A reabilitação cardíaca (RC) é o processo de desenvolvimento e manutenção de um nível desejável das condições físicas, mentais e sociais, certificando o retorno do paciente a uma vida ativa e produtiva da melhor maneira possível (BUCHLER, FERRAZ e MENEGHELO, 1996.; COSTA et al., 1997). Pode ser definida como processo de restauração e ciência de restituir as capacidades vitais, compatíveis com a capacidade funcional do coração daqueles indivíduos que já apresentaram manifestações prévias de coronariopatias (ALFIERI, RASSI, RODRIGUES e STEPHN, 2002; POLLOCK e WILMORE, 1993; TROMBETTA, NEVES e KEDOR, 1994). É o processo pelo qual o paciente busca retornar a sua capacidade anterior a doença, tanto do ponto de vista físico, mental, como o social.

As cirurgias cardíacas, independente do tipo de procedimento cirúrgico, causam alterações fisiopatológicas que predisõem complicações pós-opera-

tórias. Devido à técnica cirúrgica, via de acesso, uso da circulação extracorpórea e incisão cirúrgica podem contribuir para o surgimento de disfunções respiratórias restritivas e alvéolos capilares difusoriais com conseqüente repercussão na função pulmonar. Os fatores de risco pós operatório estão relacionados à dor na incisão cirúrgica, que limita os movimentos torácicos, ineficiência da tosse, dificuldade em respirar profundamente e mudança de decúbitos (SILVA, 2004). A dor pós operatória e a qualidade de vida são circunstâncias finais importantes para se conhecer e avaliar o prejuízo físico e psicológico dos pacientes. A qualidade de vida está diretamente relacionada com a recuperação depois da cirurgia cardíaca, em especial à dimensão física (BASSALOBRE et al., 2006).

A importância da QV das pessoas apresenta o seu valor junto aos programas que promovam a saúde. Nas cirurgias cardíacas, a verificação da QV desses pacientes vem a contribuir para otimização de programas que buscam a promoção da saúde e também viabilizar a importância da melhora de pacientes pós cirúrgicos, no retorno à suas atividades de vida diária, bem como na melhoria da sua qualidade de vida (CONTE, 2010). Esta, é uma noção eminentemente humana e abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências, valores individuais e coletivos, que traduzem o momento histórico, a classe social e a cultura a que pertence o indivíduo (SPEROTTO, 2005).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), a expressão qualidade de vida foi empregada pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson em 1964 ao declarar que “os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos”. “Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas”. O interesse em conceitos como “padrão de vida” e “qualidade de vida” foi inicialmente partilhado por cientistas sociais, filósofos e políticos. Assim, a preocupação com o conceito de “qualidade de vida” refere-se a um movimento da ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida na sociedade em geral.

Na área da saúde, o interesse pelo conceito qualidade de vida (QV), é relativamente recente e decorre, em parte, dos novos paradigmas que têm influenciado as políticas e as práticas do setor nas últimas décadas. Os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença são multifatoriais e complexos (SEIDL e ZANNON, 2004).

No entanto, a necessidade de instrumentos de rápida aplicação determinou que o Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde desenvolvesse a versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-bref. Este instrumento consta de 26 questões divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiental. Deste modo o estudo é a apresentação do teste de campo brasileiro do WHOQOL-bref, na qual, avalia um bom desempenho psicométrico com praticidade de uso o que lhe coloca como uma alternativa útil para estudos que propõem a avaliar qualidade de vida no Brasil (FLECK, 2000).

Neste estudo, objetivou-se avaliar a qualidade de vida de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca através da aplicação do questionário WHOQOL-bref., logo após a alta hospitalar e após 60 dias em pacientes que foram orientados a realizar fisioterapia ambulatorial associado ao uso do incentivador respiratório a fluxo (Respiron®) e apenas o incentivador respiratório a fluxo (Respiron®).

MÉTODOS

Este estudo é classificado como um ensaio clínico não randomizado, composta por 8 indivíduos submetidos à cirurgia cardíaca divididos em dois grupos: G1(n=4) que realizaram fisioterapia ambulatorial durante dois meses associada ao treinamento com incentivador respiratório a fluxo (respiron®) e G2 (n=4) que realizaram treinamento com incentivador respiratório a fluxo (respiron®) a domicílio. A qualidade de vida foi avaliada através do questionário WHOQOL-bref. logo após a alta hospitalar e novamente após dois meses.

Os critérios de inclusão foram indivíduos submetidos à cirurgia cardíaca no Instituto do Coração/INCOR do Hospital de Caridade de Ijuí/RS. Os cri-

térios de exclusão da amostra foram indivíduos incapazes de entender os procedimentos da pesquisa e que não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou se recusaram a participar.

O questionário WHOQOL abreviado analisa a qualidade de vida, condições de saúde e sentimentos nas últimas duas semanas, utilizado na forma abreviada devido a sua praticidade e confiabilidade. O instrumento está disponível em 20 idiomas, a versão em português (Brasil) do instrumento foi desenvolvido no Centro WHOQOL para o Brasil, no Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS, 2009).

Este instrumento consta de 26 questões divididas em quatro domínios e duas questões gerais sobre qualidade de vida. A pontuação de cada questão varia de 1 a 5, e quanto maior a qualidade de vida melhor a pontuação. Os quatro domínios e as questões que correspondem a cada domínio são:

Domínio 1– Físico: dor e desconforto (questão 3), dependência de medicação ou tratamento (questão 4), energia e fadiga (questão 10), sono e repouso (questão 16), mobilidade (questão 15), atividade da vida cotidiana (questão 17), capacidade para o trabalho (questão 18).

Domínio 2– Psicológico: sentimentos positivos (questão 5), crenças pessoais/espiritualidade (questão 6), memória e concentração (questão 7), imagem corporal e aparência (questão 11), auto-estima (questão 19), sentimentos negativos (questão 26).

Domínio 3– Relações Sociais: relações pessoais (questão 20), atividade sexual (questão 21), suporte social (questão 22).

Domínio 4– Meio ambiente: segurança física e proteção (questão 8), ambiente no lar (questão 23), recursos financeiros (questão 12), cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade (questão 24), oportunidade de adquirir novas informações, habilidade (questão 13), participação e oportunidades de recreação/lazer (questão 14), ambiente físico (questão 9), transporte (questão 25).

A aplicação do questionário WHOQOL-bref foi realizado em duas ocasiões distintas, a cada um dos pacientes no pós-operatório logo após a alta hospi-

tar e após dois meses de cirurgia. No pós-operatório, logo após a alta hospitalar, aconteceu na fase ambulatorial na Clínica Escola de Fisioterapia da UNIJUÍ, da mesma forma ocorreu no segundo momento da aplicação do questionário, ou seja, após dois meses do procedimento cirúrgico. Este período foi adotado por se tratar do tempo necessário para que o paciente retomasse suas atividades usuais antes do evento hospitalar e por corresponder a época do retorno da avaliação médica. Nos dois encontros, a examinadora leu o questionário para os pacientes, deixando-os livres para responder cada item de acordo com sua própria interpretação, sem a presença de seus familiares em uma sala individual.

O protocolo de reabilitação iniciou após a alta hospitalar e teve duração de dois meses de intervenção, duas vezes por semana, durante de 50 minutos. Neste grupo os pacientes realizaram a intervenção fisioterapêutica na clínica escola de Fisioterapia da UNIJUÍ e o uso do incentivador respiratório a fluxo (Respiron®) no domicílio.

No primeiro mês os indivíduos realizaram exercícios de alongamentos de membros superiores (MsSs) e inferiores (MsIs) coluna cervical e lombar, mantendo cada alongamento por trinta segundos, evitando a elevação dos MsSs em 90° nas primeiras semanas e cuidando para o paciente não realizar manobra de valsalva.

Os exercícios respiratórios insuflativos foram compostos por suspiros inspiratórios, inspiração em tempos e inspiração máxima sustentada, realizados duas séries de cada exercício, dez repetições de cada, totalizando um tempo de dez minutos.

O exercício aeróbio foi realizado através de bicicleta ergométrica, os pacientes iniciaram o condicionamento com vinte minutos de duração e a cada semana era acrescido cinco minutos até completar os trinta minutos. A carga estabelecida no condicionamento foi de acordo com a frequência cardíaca máxima em torno de 60 a 80% onde, a cada cinco minutos era verificada a saturação de oxigênio e a frequência cardíaca.

Foi realizado o fortalecimento muscular de MsIs (flexores e extensores do joelho, abdutores e adutores do quadril e flexão plantar do tornozelo) e MsSs

(flexores e extensores de ombro e cotovelo e abdução e adução de ombro). A carga foi aumentada a cada semana de acordo com a escala de Borg (1999), sendo que cada exercício foi realizado em duas séries de dez repetições no primeiro e quinze no segundo mês. O fortalecimento de MsIs e MsSs era realizado em dias alternados, um dia era trabalhado somente MsIs e no outro somente MsSs. E para finalizar eram realizados os mesmos alongamentos do início na sessão.

No segundo mês, os indivíduos realizaram os mesmos exercícios, porém o exercício aeróbio ocorreu na esteira ou bicicleta ergométrica (dependendo da adaptação de cada um) por trinta minutos. Nos exercícios de fortalecimento muscular de MsIs e MsSs a carga foi aumentada a cada semana de acordo com a escala de Borg de intensidade moderada.

Ambos os grupos, G1 e G2 realizaram por dois meses no seu domicílio o incentivador respiratório a fluxo (respiron®), utilizando o protocolo de treinamento de oito a dez respirações por minuto, durante trinta minutos diariamente sem interrupção de feriados e finais de semana, e cada paciente recebeu uma ficha de controle do seu treinamento.

O Estudo foi projetado de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos segundo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) n°.196/1996 e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIJUÍ sob protocolo n°. 02/2011.

Para análise estatística dos dados, foi utilizado o programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS 18.0, Chicago, Illinois). Os dados foram apresentados em média \pm desvio padrão. As variáveis contínuas foram comparadas através do teste *t* de Student. Considerou-se nível de significância $p=0,05$.

RESULTADOS

Este estudo, teve em sua amostra um total de 11 indivíduos inicialmente, encaminhados para a reabilitação cardíaca no pós operatório de cirurgia cardí-

aca. Os mesmos foram divididos em dois grupos, sendo 5 no G1 (fisioterapia ambulatorial e incentivador respiratório a fluxo (respiron®) e 6 no G2 (incentivador respiratório a fluxo (respiron®). Destes, 1 (do grupo G1) foi excluído por não seguir o programa terapêutico e 2 por problemas logísticos. Portanto, 8 indivíduos completaram o protocolo, sendo 4 indivíduos que realizaram o programa G1 e 4 no programa do G2. A maioria dos indivíduos foi do sexo feminino (87,5%) e a idade média dos mesmos foi de $54,88 \pm 16,54$ anos.

A avaliação da qualidade de vida foi realizada com a utilização do protocolo WHOQOL abreviado que possui 26 questões, onde as respostas variam de 1 a 5 pontos, em uma escala do tipo Likert, ou seja, quanto mais próximo de 100 melhor a qualidade de vida. As questões permitem discernir a qualidade de vida geral dos indivíduos e os domínios físico, psicológico, social e ambiental.

No que se refere às perguntas gerais avaliadas sobre qualidade de vida, os resultados representam a satisfação dos pacientes quanto à saúde após a realização do procedimento cirúrgico ($96,87 \pm 5,79$), da mesma forma após 60 dias ($96,87 \pm 8,84$), conforme expresso na Tabela 1.

O domínio físico envolve os questionamentos relacionados à incapacidade pela dor, energia para o dia-a-dia, padrão de sono, atividades do dia-a-dia, capacidade para o trabalho e necessidade de tratamento médico para levar a vida diária. Os resultados presentes nesse domínio foram após a realização do procedimento cirúrgico ($78,57 \pm 10,10$) e após 60 dias ($83,04 \pm 4,58$). Os resultados presentes nesse domínio foram expostos na Tabela 1.

O domínio psicológico é caracterizado pelas questões que retratam o sentido da vida, modo de aproveitar a vida, concentração, aceitação da aparência física, satisfação consigo mesmo e frequência de sentimentos negativos, logo após a alta hospitalar teve como resultado ($81,25 \pm 8,330$) e após 60 dias ($83,85 \pm 6,47$), conforme Tabela 1.

O domínio de relações sociais retrata as relações pessoais com os amigos, familiares e a vida sexual. As respostas apresentaram os melhores re-

sultados, comparando aos outros domínios, tanto na avaliação após a cirurgia ($104,17 \pm 9,96$) como na reavaliação ($105,21 \pm 10,85$), organizadas na Tabela 1.

O domínio do meio ambiente retrata a segurança, ambiente físico saudável, renda, disponibilidade de informações, lazer, condições de moradia, acesso aos serviços de saúde e meio de transporte, conforme representado na Tabela 1. De acordo com esse domínio, após a cirurgia os resultados foram ($90,23 \pm 10,88$) e após 60 dias ($105,21 \pm 10,850$).

Tabela 1: Média de qualidade de vida de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, após a alta hospitalar e após 60 dias.

Domínio	Após alta	Após 60 dias	Teste t
	M ± DP	M ± DP	
QV Geral	$96,87 \pm 5,79$	$96,87 \pm 8,84$	0,5
D1- Domínio Físico	$78,57 \pm 10,10$	$83,04 \pm 4,58$	0,14
D2-Domínio Psicológico	$81,25 \pm 8,33$	$83,85 \pm 6,47$	0,25
D3-Domínio Social	$104,17 \pm 9,96$	$105,21 \pm 10,85$	0,42
D4-Domínio Ambiental	$90,23 \pm 10,88$	$91,02 \pm 4,85$	0,43

DP: desvio padrão, QV: qualidade de vida geral; M: média; * significativo = 0,05

No quadro 1, foram analisados todas as médias e desvios padrões por questões. Observamos que apenas a questão 16, referente ao sono dos indivíduos, teve melhora após 60 dias de procedimento cirúrgico, após alta hospitalar ($2,5 \pm 0,93$) e após 60 dias de cirurgia ($3,5 \pm 0,53$). As outras questões não obtiveram tiveram alterações significativas.

Na tabela 2 é realizada a média da qualidade de vida de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, após a alta hospitalar e após 60 dias entre os grupos. G1: fisioterapia ambulatorial associada ao treinamento com incentivador respiratório a fluxo (Respiron®) e G2: treinamento com incentivador respiratório a fluxo (Respiron®) a domicílio. Analisamos que não houve melhora significativa entre os grupos.

Quadro 1: Média por questão do questionário de qualidade de vida WHOQOL dos indivíduos submetidos a cirurgia cardíaca logo após a alta hospitalar após 2 meses.

	Questões WHOQOL	Após Alta M ± DP	Após 60 dias M ± DP	Teste t
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	3,87 ± 0,35	4 ± 0,53	0,29
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	3,87 ± 0,35	3,75 ± 0,46	0,28
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	3,75 ± 1,03	3,5 ± 0,93	0,31
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	3,75 ± 1,16	3,37 ± 0,92	0,24
5	O quanto você aproveita a vida?	2,62 ± 0,92	2,87 ± 0,99	0,30
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	4 ± 0,93	4,25 ± 0,71	0,28
7	O quanto você consegue se concentrar?	3,37 ± 0,74	3,12 ± 0,35	0,20
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	3,62 ± 0,52	3,5 ± 0,53	0,32
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	3,87 ± 0,35	3,87 ± 0,35	0,5
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	3 ± 0,76	3,37 ± 0,52	0,13
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	4 ± 0,93	4 ± 1,07	0,5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	2,87 ± 0,35	3 ± 0	0,17
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	3,25 ± 0,46	3,25 ± 0,46	0,5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	2,62 ± 1,06	3,12 ± 0,35	0,11
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	3,25 ± 0,71	3,75 ± 0,89	0,12
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	2,5 ± 0,93	3,5 ± 0,53	0,009*
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	2,87 ± 1,13	3,12 ± 0,35	0,28
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	2,87 ± 1,13	2,62 ± 0,74	0,30
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	3,62 ± 0,52	3,87 ± 0,35	0,14
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	4,37 ± 0,74	4,5 ± 0,53	0,35
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	3,5 ± 0,76	3,5 ± 0,76	0,5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	4,62 ± 0,52	4,62 ± 0,52	0,5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	4,12 ± 0,83	4,12 ± 0,35	0,5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	4,12 ± 0,99	4,25 ± 0,46	0,38
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	4,37 ± 0,74	4 ± 0,76	0,17
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1,87 ± 0,35	2 ± 0	0,17

G1: fisioterapia ambulatorial associada ao treinamento com incentivador respiratório (Respiron®); G2: treinamento com incentivador respiratório (Respiron®) isolado; DP: desvio padrão; M: média; * significativo = 0,05.

Tabela 2: Média de qualidade de vida de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, após a alta hospitalar e após 60 dias entre os grupos. G1: fisioterapia ambulatorial associada ao treinamento com incentivador respiratório a fluxo (Respiron®) e G2: treinamento com incentivador respiratório a fluxo (Respiron®) a domicílio.

Domínio	G1		G2	
	Pós alta/Após 60 dias	G1	Pós alta/Após 60 dias	G2
	Média ± DP	p	Média ± DP	p
QV Geral	96,9±6,3/93,8±7,2	0,39	96,9±6,3/100,0±10,2	0,39
D1- Domínio Físico	75,9±11,4/82,1±5,8	0,21	81,2±9,4/83,9±3,6	0,68
D2-Domínio Psicológico	77,1±7,2/79,2±5,9	0,73	85,4±8,0/88,5±2,1	0,39
D3-Domínio Social	108,3±11,8/102,1±12,5	0,22	100,0±6,8/108,3±9,6	0,25
D4-Domínio Ambiental	86,7±14,1/89,8±6,9	0,55	93,7±6,8/92,2±1,8	0,60

G1: fisioterapia ambulatorial associada ao treinamento com incentivador respiratório (respiron®); G2: treinamento com incentivador respiratório à fluxo (Respiron®) isolado antes (após a alta hospitalar) e após a intervenção (aos 60 dias); DP: desvio padrão, QV qualidade de vida geral; M: média; * significativo = 0,05.

DISCUSSÃO

A qualidade de vida dos pacientes submetidos a cirurgia cardíaca é relativamente boa logo após o procedimento cirúrgico, ou seja, não havendo diferença significativa entre os domínios físico, psicológico, social e ambiental, exceto o domínio social que apresentou os melhores resultados ao comparar a QV logo após a alta hospitalar em relação aos dois meses pós-operatório. Estes resultados suportam os achados de Gonçalves, Marinho, Maciel, Galindo Filho e Dornelas (2006), devido aos receios provenientes da cirurgia e de todo processo pré-operatório, foi observado que no momento da alta hospitalar os pacientes sentiam-se limitados fisicamente, entretanto, emocionalmente confiantes. Passados os dois meses pós-operatórios, as limitações físicas e emocionais eram menores que no período anterior à internação hospitalar.

Segundo Pasquali et al, que estudaram 862 pacientes provenientes de cirurgia de revascularização e submetidos à fase I da RC. O *status* funcional e de

mais aspectos da QV do paciente foram avaliados no hospital, através do questionário MOS SF-36 imediatamente antes da cirurgia e 6 meses após esta intervenção. Este estudo revelou minimização das limitações físicas e emocionais além de melhora nos campos da saúde mental, vitalidade, socialização e dor quando comparados os dois momentos estudados. Obtivemos dados semelhantes, pois no momento da alta hospitalar os pacientes sentiam-se limitados fisicamente, entretanto, emocionalmente confiantes e passados os dois meses pós-operatórios, as limitações físicas e emocionais eram menores que no período anterior a internação hospitalar. Embora, a qualidade de vida esteja ainda ligeiramente abaixo do limite de ser considerada como boa. (CONTE, 2010).

Um dos fatores que explica a qualidade de vida destes pacientes estar boa após a cirurgia é o simples fato de ser submetido a uma cirurgia de alto risco e logo após o procedimento, embora debilitado fisicamente, sente-se feliz por estar vivo e ter perspectivas concretas da sua recuperação. Isto pode explicar porque eles já relatam uma boa qualidade de vida logo após o procedimento cirúrgico. É importante realizar pesquisas sobre a qualidade de vida dos pacientes antes do procedimento cirúrgico para ter uma melhor comparação entre o antes e pós.

O estudo de Goss et al.²² relatou que os pacientes que passaram pela reabilitação cardíaca não perceberam benefícios além daqueles decorrentes do procedimento cirúrgico. Tais pacientes foram entrevistados 6 meses e 1 ano após a cirurgia e tiveram suas respostas equiparadas as dos pacientes que não passaram pela reabilitação. No entanto, esses autores entrevistaram um subgrupo 2 meses após a cirurgia e identificaram aspectos do programa de reabilitação cardíaca que beneficiaram sua qualidade de vida, deixando-os mais seguros em relação à retomada da vida fora do hospital.

Estudos específicos com revascularização de cirurgia coronária demonstram uma melhora na qualidade de vida relacionada à saúde. No estudo de Ballan e Lima (2007), a ênfase foi deslocada para análise do indivíduo na qualidade de vida, apresentando melhorias no aspecto físico após seis semanas de revascularização do miocárdio em comparação ao pré-operatório, mas não houve diferença no aspecto mental, sugerindo uma adaptação psicológica.

Analisando a perspectiva de melhora é errado supor que a qualidade de vida irá melhorar de uma forma linear para todos os pacientes após revascularização de cirurgia coronária (GRANDE et al., 2010) até porque os indivíduos possuem características individuais que devem ser respeitadas, principalmente quando o mesmo não apresenta a evolução pós operatória esperada, exemplo disto são os casos de complicações pós operatórias que são outro aspecto a ser considerado.

Atualmente, existem poucos estudos direcionados a qualidade de vida de pacientes submetidos a cirúrgica cardíaca. É importante realizar mais estudos nessa área, avaliando o paciente antes e após o procedimento e assim, identificar as características de cada paciente e os sintomas pós-operatórios que poderiam ser possíveis alvos de intervenção para melhorar os resultados qualidade de vida relacionados à saúde.

CONCLUSÃO

O estudo abordou a qualidade de vida dos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca através da aplicação do questionário WHOQOL-bref. que possibilitou um amplo conhecimento sobre a qualidade de vida dos pacientes dentro de uma esfera global. Aplicado em dois momentos, pós operatório e após a alta hospitalar foi possível concluir que a QV é muito boa, assim como os resultados relativos aos domínios físicos, psicológico, social e ambiental. O domínio social teve destaque, pois apresentou os melhores resultados, tanto na avaliação como na reavaliação.

Portanto, a QV de ambos os grupos após as intervenções os resultados não mostraram-se estatisticamente significantes, pois logo após a alta os pacientes já apresentaram bons resultados em sua QV. Embora, o número de indivíduos em nosso estudo foi reduzido, apresenta resultados importantes na avaliação da QV dos pacientes. Mas, esta pesquisa sugere a necessidade de maiores estudos correlacionando a QV antes do procedimento cirúrgico e após, com um maior número de pacientes.

REFERÊNCIAS

- ALFIERI, R.G.; FURLAN, V.; RASSI, M.; RODRIGUES, M.J.; STEPHN, D.C. Reabilitação cardiorrespiratória. *Revista Brasileira Clínica Terapêutica*, v. 28, n.5, p. 202-15, 2002.
- BALLAN, A.; LIMA, G. Um estudo comparativo da percepção de qualidade de vida dos pacientes pré e pós cirurgia de revascularização do miocárdio. *The Australian Journal of Advanced Nursing*, v.24 n.4, p.24-8, 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17682410>>. Acesso em 03 dez. 2010.
- BASSALOBRE, J., BORGES, C., MENGUE, D.L.; FERREIRA, CARVALHO, S.M.R.; MARTINS, A.S.; ANDRADE R.R.; SILVA, M.A.S. Avaliação da intensidade de dor e da funcionalidade no pós-operatório recente de cirurgia cardíaca. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*, v. 21, n.4, p. 393-402, 2006.
- BORG, G. Psychophysical scaling with applications in physical work and the perception of exertion. *Journal of Public Health*, n.1, p.55-58, 1999.
- BUCHLER R.D.D; FERRAZ A.S; MENEGHELLO R.S. Princípios gerais e aplicações da reabilitação. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, v.6, n.1, p.11-22, 1996.
- BURCKHARDT CS, ANDERSON KL. The Quality of Life Scale (QOLS): Reliability, Validity, and Utilization. *Health and Quality of Life Outcomes*, v.1, n.1, p.60, 2003.
- CONTE, T.C. *Qualidade de vida no pré-operatório de cirurgia cardíaca*. (Dissertação) – Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), Campo Grande-MS, 2003. Disponível em: <<http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/cp052263.pdf>>. Acesso em: 03 dez. 2010.
- CORBIN JS, STRAUSS AL. Unending work and care. Managing chronic illness at home. San Francisco: *Jossey-Bass Publishers*; 1988.
- COSTA, C.A.C.; YAZBEK Junior, P.; SABBAG, L.M.S.; DOURADOS, M.P.; SHINZATO, G.T.; COSTA, C.; et al. Alterações eletrocardiográficas e cardiovasculares em pacientes com infarto do miocárdio progressivo submetido a programa de reabilitação cardíaca supervisionado. *Acta Fisiátrica*, v.4, n.2. p.82-89, 1997.

- DANTAS RAS, GÓIS CFL, SILVA LM. Utilização da versão adaptada da escala de qualidade de vida de Flanagan em pacientes cardíacos. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, v.13, n.1, p.15-20, 2005.
- FLECK, M.P.A; et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Revista de Saúde Pública*. v.34, n. 2, p.178-83, Abril, 2000.
- GRANDE, LE MR. et al. Health related quality of life trajectories and predictors following coronary artery bypass surgery. *Health and Quality of Life Outcomes* Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16904010>>. Acesso em: 03 dez. 2010.
- GONÇALVES, F. D. P.; MARINHO P. E. M.; MACIEL, M. A.; GALINDO FILHO, V. C., DORNELAS, A. Avaliação da qualidade de vida pós-cirurgia cardíaca na fase I da reabilitação através do questionário Mos Sf-36. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, v.10, n.1, p.121-126, 2006.
- GOSS JR, EPSTEIN A, OMAYNARD C. Effects of cardiac rehabilitation on self-reported health status after coronary artery bypass surgery, *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*; v.22, n.6, p.410-17, 2002.
- OMS. *Organização Mundial de Saúde*. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 07 jun. 2011.
- PASQUALI, SK; ALEXANDER, KP; COOMBS, LP; Lytle, BL; PETERSON, ED. Effect of cardiac rehabilitation on functional outcomes after coronary revascularization, *American Heart Journal*; v.145, n.3, p.445-51, 2003
- POLLOCK M.L, WILMORE J.H. Prescrição de exercícios para a reabilitação do paciente cardiopata. In: _ Exercícios na saúde e na doença: avaliação e prescrição para prevenção e reabilitação. Rio de Janeiro: *Medsis*; 1993.
- SEIDL E. M.F; ZANNON C.M.L.C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, p.580-588, mar-abr, 2004. SILVA, L.G. Cirurgia de revascularização do miocárdio nas cardiopatias isquêmicas, e suas complicações pós-operatórias. *Fisioweb 2008*. Disponível em: <<http://www.fisioweb.com.br>>. Acesso em: 01 julh. 2010.
- SPEROTTO, M. *A importância do programa de exercício físicos baseado no método de cadeias musculares e articulares: G.D.S.; sobre a dor e a qualidade de vida em portadores de Fibromialgia*. (Dissertação) – Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ), Ijuí – RS. 2005.
- STRAUSS AL. *Chronic Illness and the Quality of Life*. St. Louis: Mosby; v.2 1984. TROMBETTA I.C, NEVES E.M, KEDOR H.H. Treinamento físico na reabilitação cardíaca. In: YAZBEK J.R.D, BATTISTELLA L.R. *Condicionamento físico: do atleta ao transplantado*. São Paulo: *APM-Sarvier*; 1994.

