

Vanessa Rosa Pereira

A Cronicidade da Valvopatia: Aspectos psicológicos na escolha da prótese valvular

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2019

Vanessa Rosa Pereira

A Cronicidade da Valvopatia: Aspectos psicológicos na escolha da prótese valvular

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2019

Vanessa Rosa Pereira

A Cronicidade da Valvopatia: Aspectos psicológicos na escolha da prótese valvular

Vanessa Rosa Pereira

Trabalho apresentado à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia, com especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, sob orientação da Professora Doutora Isabel Silva.

Vanessa Rosa Pereira

A Cronicidade da Valvopatia: Aspectos psicológicos na escolha da prótese valvular

Aprovado em ___/___/_____

Banca Examinadora

Presidente: Doutora Carla Alexandra Martins da Fonte

Universidade Fernando Pessoa

Arguente: Doutora Teresa Vieira Martins

Escola Superior de Enfermagem do Porto

Vogal: Doutora Isabel Maria Sousa Lopes Silva

Universidade Fernando Pessoa

Resumo: A valvopatia é caracterizada como uma doença crônica cujas características podem-se refletir em limitações fisiológicas, psicológicas e sociais, dada a indispensabilidade de extenso controle e cuidado, assim como a possibilidade de novas intervenções cirúrgicas futuras. Esta dissertação encontra-se organizada em três artigos, um de revisão sistemática da literatura, um relativo à construção de ferramentas de avaliação e um relativo ao estudo empírico conduzido, com vista a analisar as variáveis que estão associadas à escolha do tipo de válvula em pacientes com proposta de cirurgia cardíaca de troca valvular. O artigo de revisão sistemática da literatura, descreve o impacto do perfil psicossocial na escolha da prótese valvular, bem como as reações psicossociais dos pacientes valvopatas. Conclui-se que, de um modo geral, tanto na perspectiva do doente como do profissional, fatores como idade, sexo, localização geográfica, expectativa de vida e aspectos socioeconômicos afetam a escolha da prótese valvular. Os impactos emocionais parecem decorrer essencialmente da severidade da doença (presença e gravidade dos sintomas) e não da presença da doença em si. Quanto à escolha da prótese, pacientes que usam prótese mecânica apresentam maior nível de ansiedade quando comparados com os usuários de bioprótese. O segundo artigo, apresenta o processo de construção e análise psicométrica de um questionário para avaliação da percepção da compreensão do adoecimento, da capacidade para lidar com essa situação e da responsabilidade no processo decisório. O terceiro artigo apresenta o estudo empírico conduzido, no qual se adotou uma metodologia mista com objetivo de investigar as variáveis que estão associadas à escolha do tipo de válvula em pacientes com proposta de cirurgia cardíaca de troca de válvula e avaliar a presença de sintomas de ansiedade e depressão em pacientes valvopatas com indicação de tratamento cirúrgico. 44 pacientes com doença valvular com indicação para cirurgia de troca de válvula responderam a um questionário sociodemográfico e clínico, à Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão Hospitalar e ao questionário Capacidade de Enfrentamento e Responsabilidade na Escolha Prótese Valvular. Os resultados encontrados apontam que 59,1% ($n=26$) optaram por prótese mecânica e 40,9% ($n=18$) para prótese biológica, 66% dos participantes decidiram sua prótese e 34% delegaram a decisão. Não há diferença significativa considerando diferentes gêneros, estatuto socioeconômico e escolaridade. Porém, os doentes que escolhem bioprótese apresentaram uma média de idade mais elevada. Os resultados do presente estudo mostram-se relevantes para a prestação de cuidados psicossociais mais ajustados

Palavra-Chave: Doença das Válvulas Cardíacas, Escolha da Prótese Valvular, Aspectos Psicossociais.

Abstract: Valvopathy is characterized as a chronic disease whose characteristics can reflect in physiological, psychological and social limitations, given the indispensability of great control and care, as well as the possibility of new future surgical interventions. This dissertation is organized in three papers, one being a systematic review of the literature, a second one corresponding to the presentation of an assessment tool and a third one in which is presented an empirical study, aiming to analyze the variables associated to the choice of type of valve in patients with indication for cardiac valve replacement surgery. The systematic review of literature paper describes the impact of the psychosocial profile on the valve prosthesis choice, as well as the psychosocial reactions of valvopath patients. It is concluded that, in general, both in the patient's perspective as well as in the professional's one, factors such as age, gender, geographic location, life expectancy and socioeconomic aspects affect the valve prosthesis choice. The emotional impacts seem to result basically from the severity of the disease (presence and severity of symptoms) and not from the presence of the disease itself. As to the valve prosthesis choice, the patients who use the mechanical prosthesis show a higher level of anxiety when compared to the bioprosthesis users. The second paper presents the construction process and psychometric analysis of a questionnaire designed to assess the perception of understanding of the disease process, the ability to cope with the disease and responsibility assumption in the choosing process. The third paper presents the empirical study, in which a mix methodology was adopted with the objective of investigating the variables that are associated to the type of valve choice in patients with indication for cardiac valve replacement surgery and evaluate the presence of anxiety and depression symptoms in valvopath patients with indication for surgical treatment. 44 patients with valve disease with indication for valve replacement or re-replacement surgery answered to a sociodemographic and clinical survey, to the Hospital Anxiety and Depression Scale and to the Coping Capability and Responsibility in the valve prosthesis choice. The results found show that 59.1% (n=26) opted for the mechanical prosthesis and 40.9% (n=18) for the biological prosthesis, 66% of the patients made the choice for their prosthesis themselves and 34% delegated the choice. There are no significant differences regarding different genders, socioeconomic statute and educational level. Nevertheless, patients who choose the bioprosthesis presented a higher age average. Study results are considered relevant for more adjusted psychosocial care giving.

Keywords: Cardiac Valve Disease, Valve Prosthesis Choice, Psychosocial Aspects.

Aos pequenos **Artur e Lucas**
Por embalarem meu coração

Agradecimentos

Sobre todas as coisas gratidão a Deus pela vida, pela oportunidade de agregar conhecimentos novos todos os dias.

A Querida Professora Orientadora Isabel Silva, pela grande contribuição, pelos ensinamentos, paciência, motivação, disponibilidade, cuidado e zelo em cada encontro.

Aos meus pais, pelos ensinamentos dispensados ao longo da vida, pelo companheirismo, por abraçarem todos os meus sonhos.

A minha irmã, por ser tão presente em minha vida.

Ao meu amado marido por partilhar comigo a vida, por compreender minhas ausências e me incentivar.

Aos meus amados filhos, Artur de Lucas por participaram desse processo junto comigo, da forma mais intensa.

Ao Hospital Santa Casa de Belo Horizonte por abraçar essa pesquisa.

Aos queridos pacientes, pelo encontro e pela disponibilidade gratuita em contribuir com essa pesquisa.

Aos amigos em especial Fernanda Hott por me incentivar a trilhar esse caminho.

Índice

Resumo	vi
Abstract	vii
Dedicatória	viii
Agradecimentos	ix
Índice	x
Índice de Figuras	xi
Índice de Quadros	xii
Lista de Siglas e Abreviaturas	xiv
Introdução	1
Valvopatia	2
Parte 1 - Cirurgia Valvular: A escolha do aparato valvular perspectivas e aspectos psicossociais envolvidos no processo decisório, uma revisão da literatura.....	13
Parte 2 - Validação de Instrumento Desenvolvido para Avaliar os Determinantes na Escolha da Prótese Valvular.....	37
Parte 3 - A cronicidade da Valvopatia: Aspectos psicológicos na escolha da prótese valvular.....	52
Conclusão	81
Referências	83
Anexos	85

Índice de Figuras

Parte 1 – Cirurgia Valvular: A escolha do aparato valvular, perspectivas e aspectos psicossociais envolvidos no processo decisório, uma revisão da literatura.

Figura 1 – Fluxograma dos critérios de seleção dos artigos para a revisão sistemática --
-----23

Parte 3 - A Cronicidade da Valvopatia: Aspectos psicológicos na escolha da prótese valvular.

Figura 1 – Intervalo de confiança para a escala HADS Ansiedade e Depressão -----69

Índice de Quadros

- **Parte I – Cirurgia Valvular: A escolha do aparato valvular, perspectivas e aspectos psicossociais envolvidos no processo decisório, uma revisão sistemática da literatura**

Quadro 1 – Artigos incluídos na revisão sistemática ($n=3$)

- **Parte 2 - Validação de Instrumento Desenvolvido para Avaliar os Determinantes na Escolha da Prótese Valvular**

Quadro 1 – Estrutura do questionário “Capacidade de Enfrentamento e Responsabilidade na Escolha da Prótese Valvular”

Quadro 2 – Análise descritiva dos construtos

Quadro 3 – Análise em componente principal

Quadro 4 – Medidas de validade e qualidade dos construtos

Quadro 5 – Análise das correlações, corrigidas para sobreposição, item-total e item-subescalas

Quadro 6 – Correlações entre as subescalas do instrumento e níveis de Ansiedade e depressão

- **Parte 3 - A Cronicidade da Valvopatia: Aspectos psicológicos na escolha da prótese valvular**

Quadro 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra

Quadro 2 – Caracterização clínica da amostra

Quadro 3 – Etiologia, indicação cirúrgica, acometimento valvular e prótese escolhida pela variável idade

Quadro 4 – Caracterização dos temas e frequência das respostas

Quadro 5 – Distribuição das razões evocadas para a escolha da prótese valvular

Quadro 6 – Diferença entre tipos de prótese e as 3 subescalas do questionário

Quadro 7 – Diferença entre os doentes que optaram por bioprótese e prótese mecânica quanto a idade

Quadro 8 – Diferença entre os dois sexos e as 3 Subescalas

Quadro 9 – Prótese escolhida versus estatuto socioeconômico

Quadro 10 – Comparativo entre o estatuto socioeconômico e as 3 subescalas do questionário

Quadro 11 – Prótese valvular escolhida e nível de escolaridade dos doentes

Quadro 12 – Diferença entre indivíduos com diferentes níveis de escolaridade

Quadro 13 – Comparação entre prótese escolhida quanto ao sexo

Quadro 14 – Comparação entre doentes com diferente indicação cirúrgica (troca e retroca de válvula) quanto à escolha da sua prótese

Quadro 15 – Comparação de resultados da escala HADS entre os sexos masculino e feminino

Quadro 16 – Comparação entre doentes que optaram por diferentes tipos de válvula quanto aos níveis de ansiedade e depressão

Quadro 17 – Comparativo de como a escolha foi realizada versus sintomas de ansiedade e depressão

Lista de siglas e abreviaturas

CAQ – Cardiac Anxiety Questionaire

CIA – Comunicação Intra-artrial

CTI – Centro de Terapia Intensiva

DVE – Disfunção do Ventrículo Esquerdo

EA – Estenose Aórtica

EI – Endocardite Infecciosa

EM – Estenose Mitral

ET – Estenose Tricúspide

FDA – Food and Drug Administration

FOP – Fear of Progression Questionaire

FR – Febre Reumática

HAD – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

IM – Insuficiência Mitral

NYHA – New York Heart Association

RA – Regurgitação Aórtica

RM – Regurgitação Mitral

RT – Regurgitação Tricúspide

SF-36 – Short Form

SPSS - Programa Statistical Package Social

SUS – Sistema Único de Saúde

TEPT – Transtorno de Estresse Pós Traumático

TTVA – Tratamento Transcateter da Valva Aórtica

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

VE - Ventrículo Esquerdo

Introdução

A presente dissertação tem como objetivo geral analisar as variáveis que estão associadas à escolha do tipo de válvula em pacientes com proposta de cirurgia cardíaca de troca ou retroca valvular.

As doenças crônicas no Brasil destacam-se como a principal causa de morte (72%) no país, com maior evidência nas doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas, atingindo fortemente camadas pobres e grupos vulneráveis, como população de baixa escolaridade e renda, além de representar elevado número de óbitos, gera incapacidades e reduz a qualidade de vida (Brasil, 2011).

As doenças cardiovasculares constituem um problema de saúde pública, acarretando altos índices de óbitos, internações e comprometimento na qualidade de vida. A valvopatia é uma doença crônica que demanda grande período de adaptação a partir da construção de novos modos de abordagens por meio das mudanças vividas pelo paciente e sua família (Ribeiro & Gagliani, 2010).

De acordo com (Ribeiro & Gagliani, 2010), a percepção da doença crônica pode ser entendida em três maneiras diferentes: a negação da cronicidade, a aceitação e integração ao viver e, por fim, a cronificação da doença, que resulta em viver no contorno da patologia. Destaca-se, ainda, como ponto de atenção, o impacto emocional vivido pelo portador de valvopatia, construído a partir da necessidade de intervenção cirúrgica, bem como das mudanças no estilo de vida e das limitações impostas pela doença.

A cirurgia de válvula propõe a substituição ou manutenção do aparato valvular. Estudos apontam que não existe um substituto ideal e a decisão pelo tipo de prótese implantada é ainda questionável. Existem dois tipos de prótese (Fernandes et al., 2012), a bioprótese feita de material biológico e a prótese mecânica composta de material derivado do carbono.

A Diretriz Brasileira de Valvopatia (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2011) destaca que ambos modelos de próteses substitutivas apresentam desvantagens direcionadas a seus riscos específicos seja pela baixa durabilidade da prótese biológica ou pela necessidade permanente de anticoagulação em próteses mecânicas. A escolha do aparato valvular substituto deverá ser sempre que possíveis segundo as recomendações da diretriz, adaptando-se às condições específicas de cada paciente, de modo que, esclarecido sobre vantagens e desvantagens de cada prótese valvular, e este participe de sua escolha.

A escolha da prótese valvular é vivida com grande dificuldade tanto pelo doente quanto pelo profissional. Impasses e medo contemplam esse cenário, tendo em vista que as biopróteses possuem baixo risco de embolização e não precisam de terapia de anticoagulantes, porém apresentam altos índices de degeneração estrutural, de duração média entre 7 a 10 anos, com necessidade de reoperação futura. Já as próteses mecânicas apresentam excelente durabilidade, potencialmente para toda a vida, mas, por serem altamente trombogênicas, requerem anticoagulação contínua (Ribeiro & Gagliani, 2010).

Diante do exposto, os questionamentos levantados neste estudo buscarão contribuir e validar o reconhecimento do ponto de vista do paciente em relação a sua doença, bem como definição das medidas terapêuticas adotadas.

Valvopatia

De acordo com Helms e Bach (2013), a doença de válvula cardíaca está frequentemente associada a um diagnóstico tardio decorrente de um longo período assintomático. Paralelamente, a doença valvular pode apresentar sintomas inespecíficos ou, até mesmo, ser confundida com doença respiratória. Postula-se que o diagnóstico precoce propicia ao paciente a oportunidade de tratar a patologia antes do surgimento de complicações severas ou de insuficiência cardíaca irreversível. Baseado nesse contexto torna-se fundamental o conhecimento da etiologia das doenças valvulares para adequar o manejo clínico e otimizar o prognóstico. No presente estudo serão abordadas as válvulas cardíacas (aorta, mitral, tricúspide e pulmonar) nos aspectos epidemiológicos, etiológicos e cirúrgicos a partir da substituição valvular.

Epidemiologia

- No mundo

Com base no método de imagem ecocardiograma, dados epidemiológicos apontam a prevalência de 2.5% de doença valvular em países industrializados. Esse número sobe substancialmente a partir dos 65 anos justificado pelo predomínio de valvopatia por etiologia degenerativa na população idosa, sobretudo por estenose aórtica (EA) e regurgitação mitral (RM), as quais representam 43% e 32% dos casos da doença, respectivamente. A prevalência de valvopatia por etiologia adquirida também inclui a regurgitação aórtica (RA) com 13% e a estenose mitral (EM) com 12% dos casos. Juntas EA, RM, RA e EM representam 63% das causas de valvopatia em toda a Europa, seguida pela doença cardíaca reumática englobando

22% dos casos. No total, endocardite infecciosa (EI) e doença cardíaca congênita representam 15% dos casos de valvopatia. Sendo a valva aórtica bicúspide, a anomalia congênita mais usual com prevalência estimada entre 0.5 a 2% na população adulta (Freeze, Landis, Ware, & Helm, 2016). Apesar da caracterização recente, a doença valvar induzida por drogas e radiação apresenta prevalência subestimada.

De acordo com Iung e Vahanian (2014) contrariando o panorama europeu, nos países em desenvolvimento, a etiologia reumática é considerada a principal causa de valvopatia. Estima-se entre 20 a 30 casos de doença valvular cardíaca por 1000 habitantes. Essa predominância é justificada pela incidência constante de febre reumática (FR) aguda influenciada por indicadores socioeconômicos como má alimentação, considerada um fator de risco para doença reumática cardíaca. Os mesmos autores consideram que a baixa expectativa de vida também reduz consideravelmente os casos de doenças valvulares degenerativas. No comparativo entre países, as pesquisas alertam sobre a necessidade de estabelecer estratégias de prevenção nos países desenvolvidos e de melhorar os indicadores socioeconômicos nos países em desenvolvimento na tentativa de reduzir o número de casos de doenças valvulares (Iung, & Vahanian, 2014).

- No Brasil

No território brasileiro, a doença valvular contabiliza um percentual significativo no número de internações por doença cardiovascular (Tarasoutchi et al., 2011). A FR representa o principal fator etiológico de valvopatia na população brasileira, responsável por até 70% dos casos. Esses dados obtidos de pesquisas realizadas pelo Ministério da Saúde consideram apenas o número de internações hospitalares e de intervenções valvulares, subestimando o número real de casos de FR, uma vez que não inclui pacientes diagnosticados e tratados de FR fora do ambiente hospitalar (Tarasoutchi et al., 2011).

Em 2011, a Diretriz Brasileira de Valvopatias destacou a doença da valvula mitral reumática (insuficiência e estenose em diferentes estágios de evolução) manifestada entre os 20 e 50 anos como a mais comum no país. Por definição, a estenose mitral (EM) corresponde às lesões crônicas, ao passo que, a insuficiência mitral (IM) à lesão aguda; no entanto, pacientes podem apresentar graus variados de EM e IM (Tarasoutchi et al., 2011).

Na população jovem, a valvopatia aórtica tem como origem doença reumática e congênita bicúspide, contrariando a prevalência de doença aórtica senil calcífica entre os idosos,

patologia geralmente associada a fatores de risco para aterosclerose (hipertensão arterial, tabagismo e dislipidemia) (Tarasoutchi et al., 2011). Nesse ínterim, índices de calcificação e disfunção valvular têm aumentado na população geriátrica. A inatividade física nessa faixa etária torna os achados de lesões valvulares rotineiros em indivíduos assintomáticos ou oligossintomáticos com EA (Tarasoutchi et al., 2011).

Nessa perspectiva, dados apontam o aumento no número de pacientes com valvopatias e comorbidades graves como neoplasias cuja implicação clínica limita a avaliação e o tratamento intervencionista da cardiopatia (Tarasoutchi et al., 2011). Com o envelhecimento da população aumenta a suscetibilidade a agentes infecciosos como estafilococos e outros germes agressivos (bacilos Gram negativos), o que eleva a incidência de EI nos indivíduos idosos e hospitalizados (Tarasoutchi et al., 2011). Além disso, a falta de acesso a tratamento odontológico contribui para a manutenção da incidência de EI em próteses e valvular nativa (Tarasoutchi et al., 2011).

Válvula aorta

- Estenose aórtica (EA)

A EA inicia com a esclerose da aorta, seguida da progressiva obstrução da válvula resultando no remodelamento e na calcificação da aorta (Jung & Vahanian, 2014). Dentre as valvopatias, a EA é a lesão mais frequente englobando 43% dos casos de doença valvular na Europa (Helms & Bach, 2013). De acordo com Helms and Bach (2013), entre os sexos, as mulheres superam os homens em razão da maior expectativa de vida. Nos idosos (70 a 90 anos), a calcificação da aorta predomina como etiologia primária (válvula aórtica bicúspide ou doença aórtica senil calcífica), com a menor proporção dos casos referente à doença reumática do coração ou estenose congênita da aorta (Helms & Bach, 2013). A progressão da doença é rápida principalmente na presença de calcificação da aorta ou RA (Helms & Bach, 2013).

Em crianças, segundo Maher e Tweddell (2016), A EA pode ser adquirida a partir de doença cardíaca reumática, embora seja geralmente congênita, o mesmo autor e seu grupo apontam ainda que está caracterizada por hipoplasia anular e desenvolvimento anormal das cúspides com variações das válvulas uni e bicúspide. Em crianças e neonatos, a técnica cirúrgica conhecida como valvotomia tem apresentado, em longo prazo, bons resultados ao corrigir doenças cardíacas congênicas como defeito do septo ventricular, além de permitir a visualização da aorta amenizando a sua estenose ao longo das comissuras (Maher & Tweddell, 2016).

Os sintomas frequentes da EA incluem angina, síncope, dispneia, ortopneia e capacidade de exercício diminuída, sendo que os três primeiros figuram no último estágio da EA (Bonow, Leon, Doshi, & Moat, 2016). O não tratamento dos sintomas implica um pior prognóstico da doença, aumentando a taxa de mortalidade em mais de 50% e 90% no primeiro ano e no quinto ano, respectivamente, pelo que a substituição da válvula aorta é fortemente recomendada como opção de tratamento, até mesmo nos casos de EA assintomática (Bonow et al., 2016).

De acordo com (Bonow et al., 2016), a troca da válvula objetiva amenizar os sintomas, aumentar a expectativa de vida do paciente e retardar o avanço da disfunção do ventrículo esquerdo (VE). Nessa perspectiva, a substituição da válvula é recomendada nos seguintes critérios: sintomas severos de EA (velocidade de pico > 4.0 m/s ou gradiente médio > 40 mmHg ou área valvar < 1.0 cm²) ou fração de ejeção diminuída no VE e sintomas severos de RA (dimensão sistólica final do VE > 50 mm e fração de ejeção do VE $< 50\%$) (Egbe & Warnes, 2017) ou na evidência de progressão da doença (Bonow et al., 2016).

A decisão entre o procedimento cirúrgico e o tratamento transcaterter da válvula aórtica (TTVA) envolve uma equipe de especialistas para a avaliação dos riscos. O tratamento cirúrgico convencional tem sido substituído pelo TTVA considerado menos invasivo (Bonow et al., 2016). Como ponto positivo, o TTVA é aprovado pelo Food and Drug Administration (FDA) e tem apresentado melhores resultados quanto à qualidade de vida dos pacientes com cardiopatia comparada aos métodos consagrados de intervenção da EA grave (Helms & Bach, 2013). Em contrapartida, pesquisas apontam a cirurgia de substituição da aorta como padrão ouro no segmento de cirurgias cardíacas valvulares e a primeira opção entre os pacientes candidatos à cirurgia (Linefsky & Otto, 2014).

- Regurgitação aórtica (RA)

A prevalência da RA nos Estados Unidos é de 0.5%, aumentando com o avançar da idade e com predomínio na população masculina (Iung & Vahanian, 2014). A RA pode ser aguda ou crônica, esta última apresentando causas múltiplas desde Síndrome de Marfan a hipertensão arterial, culminando na dilatação da aorta ou em anormalidades nos folhetos valvares, a aguda envolve endocardite ou dissecação aórtica (Maher & Tweddell, 2016). Em crianças, a RA é adquirida por meio de doença cardíaca reumática e endocardite ou associada ao defeito do septo ventricular (Maher & Tweddell, 2016).

A despeito do tratamento de valvopatia crônica, recomenda-se intervenção cirúrgica prévia aos sintomas por causa do risco de desenvolvimento de disfunção do ventrículo esquerdo (VE) irreversível anterior aos sintomas (Bonow et al., 2016; Linefsky & Otto, 2014). Referente à RA aguda, os casos descritos na literatura descrevem cirurgias de substituição da aorta em caráter emergencial com o objetivo de estabilizar e proteger a vida do paciente (Linefsky & Otto, 2014).

Válvula mitral

- Estenose mitral (EM)

Nos países industrializados, na maioria dos casos, a EM é a única doença cardíaca valvular de etiologia reumática, segundo (Iung & Vahanian, 2014). De acordo com estes autores, nos Estados Unidos da América, a prevalência é de 0,1%, enquanto que, na Europa, a etiologia reumática é segunda principal causa de doença valvular perdendo apenas para a doença degenerativa cardíaca (63% dos casos). A EM degenerativa resulta da calcificação do anel mitral e dos folhetos valvulares, especialmente entre os idosos, podendo estar associada a EA, no entanto, a EA raramente provoca EM significativa (Iung & Vahanian, 2014).

- Regurgitação mitral (RM)

A RM é a doença de válvula cardíaca mais frequente nos Estados Unidos da América (Iung & Vahanian, 2014). Na Europa representa 32% dos casos de lesões valvares (Helms & Bach, 2013). Para se efetuar o diagnóstico, é feita uma avaliação da regurgitação com base no exame Doppler, sendo este utilizado para distinguir a RM primária (orgânica) da secundária (funcional), indispensável para direcionar a conduta clínica e estabelecer o prognóstico da doença (Iung & Vahanian, 2014).

Válvula tricúspide

De acordo com Iung e Vahanian (2014), há escassa literatura sobre dados epidemiológicos de doença valvular tricúspide, estima-se a prevalência de regurgitação tricúspide (RT) leve de 16% e 0,8% de moderada, sendo que ambas estão relacionadas com doença valvular do lado esquerdo do coração, sobretudo em pacientes com doença cardíaca reumática. Outras causas orgânicas de doença valvular tricúspide somam < 10% dos casos, incluindo os de etiologia congênita, degenerativa e endocardite, enquanto a estenose tricúspide

(ET), valvopatia rara de etiologia reumática, contabiliza somente 2,4% de todos os casos que atingem essa válvula (Iung & Vahanian, 2014).

No tocante ao tratamento, a RT assume importância adicional no prognóstico de pacientes acometidos por doença valvular do lado esquerdo do coração. Esse fato explica a necessidade de uma avaliação pré-cirúrgica acurada ao considerar a possibilidade de uma anuloplastia tricúspide quando a cirurgia está indicada para as válvulas aorta e/ou mitral (Iung & Vahanian, 2014). Sobre a ET reumática, está comumente coexiste com a doença reumática da válvula mitral, o que possibilita o reparo cirúrgico de ambas as válvulas, embora os resultados em longo prazo não sejam satisfatórios (Shah, 2010).

Válvula pulmonar

De acordo com (Shah, 2010), a valvopatia pulmonar por condições adquiridas são raras e incluem EI, doença cardíaca reumática, cardiopatia carcinoide ou tumores, ainda que as lesões de etiologia congênita ou resultante de tratamento cirúrgico de lesões congênitas figuram como causas frequentes de valvopatia pulmonar. Na maioria das vezes, distúrbios que afetam o infundíbulo ventricular direito e a artéria pulmonar são considerados em conjunto com a válvula pulmonar e, nos casos graves de valvopatia pulmonar, o tratamento cirúrgico recomendado é a valvotomia (Shah, 2010).

Tratamento cirúrgico (troca valvular)

A restauração da função valvular a partir da correção de lesões ocasionadas por defeitos estruturais cardíacos, segundo (Tarasoutchi et al., 2011), requer a utilização de tratamento intervencionista invasivo a fim de propiciar o remodelamento reverso das cavidades cardíacas, a recuperação da função ventricular e a remissão dos sintomas, sendo que, para recuperação da função valvar é utilizada técnicas reconstrutoras conhecidas como plástica valvular. Outras opções incluem a troca da válvula lesada por substitutos valvulares (próteses biológicas ou mecânicas) ou, até mesmo, o emprego de homoenxertos heterólogos ou enxertos autólogos (Tarasoutchi et al., 2011).

Próteses mecânicas e biológicas

De acordo com a perspectiva de (Tarasoutchi et al., 2011), a cirurgia de prótese valvular na posição mitral teve o seu início em 1960. Nesse período, as cirurgias apresentavam altas taxas de mortalidade por síndrome de baixo débito cardíaco no pós-operatório, vinculando a

sua gênese à ressecção completa do aparelho valvular, como medida substitutiva propunha-se o implante de prótese com a manutenção da válvula nativa intacta. No decorrer dos anos, surgiram novas técnicas de preservação da cúspide posterior ou de ambas as cúspides na troca da mitral, adaptadas às diferentes etiologias e contemplando a utilização de ambas as próteses (mecânica e biológica) (Tarasoutchi et al., 2011).

Atualmente, a comunidade científica confirma os efeitos benéficos da preservação da válvula mitral relacionados à estrutura anatômica da mesma (Tarasoutchi et al., 2011). Nesse contexto, a substituição da válvula mitral com reimplante das estruturas subvalvares permite o rápido restabelecimento da função ventricular e evita a dilatação progressiva do VE, acrescido da redução das taxas de morbimortalidade hospitalar em longo prazo (Tarasoutchi et al., 2011).

No comparativo entre as próteses (biológica ou mecânica), a escolha não tem sido associada a diferenças significativas na sobrevida dos pacientes (Tarasoutchi et al., 2011). Porém, em longo prazo, os episódios hemorrágicos e embólicos são as complicações de relevância clínica mais rotineiras de substituição valvular não havendo diferença significativa nos episódios embólicos quando comparados aos dois tipos de próteses (Tarasoutchi et al., 2011).

Tarasoutchi et al. (2011) consideram que cada prótese possui um risco decorrente de sua especificidade. No caso das próteses biológicas, a desvantagem consiste na reduzida durabilidade, enquanto as próteses mecânicas demandam o uso de anticoagulantes, aliás, os prós e os contras de cada tipo e modelo de prótese são definidos através de avaliação de desempenho em longo prazo (10 a 20 anos). Os critérios avaliados têm como base os riscos específicos das próteses como degeneração estrutural, tromboembolismo, trombose, hemorragias, EI e regurgitação paravalvar. Na presença de complicações aumentam a probabilidade de novas cirurgias, óbitos de etiologia cardíaca ou não, morte súbita sem explicação, mortalidade relacionada à prótese e disfunção valvar permanente. Mas também provoca a remissão dos sintomas (fadiga, angina, dispnéia), podendo ocorrer fístula paravalvar ou hemólise em virtude da prótese (Tarasoutchi et al., 2011).

Próteses mecânicas mitrais

Tarasoutchi et al. (2011) informam que, desde a criação da prótese mecânica na década de 50, a durabilidade estrutural e o risco de tromboembolismo melhoraram com a introdução de carbono pirolítico nas próteses. Quanto aos riscos, as próteses mecânicas elevam a

probabilidade de trombose, tromboembolismo e hemorragias justificada pela administração contínua e obrigatória de anticoagulantes orais. Apesar disso, as próteses de duplo folheto apresentam excelentes características hemodinâmicas, durabilidade e reduzido perfil de trombogenicidade aparecendo como as próteses mais empregadas em pacientes com idade inferior a 65 anos (Tarasoutchi et al., 2011).

Próteses biológicas (biopróteses) mitrais

As biopróteses apresentam reduzida trombogenicidade, boa hemodinâmica, facilidade de implante, menor ruído e baixa turbulência em função de seu fluxo central. Entretanto, a menor durabilidade relacionada ao risco de ruptura e calcificação condiciona os pacientes à substituição valvular com custos e riscos associados. Por outro lado, as próteses biológicas de origem bovina e suína apresentam menor risco de falha estrutural, especialmente em pacientes com idade igual ou superior a 65 anos, diminuindo significativamente a probabilidade de reoperação. No entanto, em valvopatas com idade inferior a 60 anos, a fibrose e a calcificação resultantes da degeneração estrutural induzem a ruptura e/ou obstrução da prótese comprometendo sua funcionalidade, como consequência, torna-se necessário a troca valvular entre 7 e 15 anos (Tarasoutchi et al., 2011).

Embora apresente limitações, a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2011) informa o aumento significativo no emprego de próteses biológicas e a expressiva redução do número de próteses mecânicas nas últimas décadas. Tal fato se deve a maior durabilidade e a queda da mortalidade (entre 2.2% e 4.7%) nas cirurgias de substitutos valvulares biológicos, somado a manutenção etária dos pacientes submetidos a qualquer cirurgia valvular (65 anos), diferindo da mudança de 60 para 55 anos entre os que receberam próteses mecânicas (Tarasoutchi et al., 2011).

Próteses mecânicas aórticas

Segundo Tarasoutchi et al. (2011), caracteristicamente, as próteses mecânicas de duplo folheto fazem pouco ruído, tem alta durabilidade e apresentam boa função hemodinâmica. Como limitações exigem o uso contínuo de anticoagulantes orais para prevenir tromboembolismo, com conseguinte risco de sangramentos, de EI e menor eficiência hemodinâmica nas válvulas de menor tamanho. Não obstante, a ótima durabilidade das próteses mecânicas mitrais pode exigir reoperação decorrente de trombose ou formação de tecido exagerado com disfunção da prótese, tratamento de EI relacionada à prótese ou, até mesmo, em

virtude de fistula periprotética, hemólise, múltiplos episódios de hemorragia ou desproporção prótese-paciente sintomática (Tarasoutchi et al., 2011).

Próteses biológicas aórticas

A evolução das válvulas da década de 60 até os dias atuais exibe biopróteses com expectativa de durabilidade superior a 20 anos, assim como a mitral, a aorta possui próteses biológicas, essas podem ser homólogas, heterólogas (bovina ou porcina) ou correspondentes ao transplante autólogo da válvula pulmonar para a posição da aorta (Tarasoutchi et al., 2011).

Comparada as próteses mecânicas, a área efetiva valvular das biopróteses é relativamente menor justificada pela necessidade de suporte rígido para a fixação do tecido biológico, notadamente nas porcinas (Tarasoutchi et al., 2011). As biopróteses mais empregadas são as heterólogas confeccionadas com tecido de pericárdio bovino ou válvula aórtica de porco montada em um anel rígido de suporte coberto por tecido de dácron (Tarasoutchi et al., 2011).

Próteses sem suporte (*stentless*)

Lançadas no mercado na década de 80, as biopróteses “*stentless*” segundo (Tarasoutchi et al., 2011), não apresentam o suporte de anel rígido e servem como substitutas da aorta, fabricadas para reduzir as desvantagens hemodinâmicas das próteses biológicas tradicionais devido à ausência do anel, essas próteses podem reduzir o gradiente transvalvar, o estresse sobre o tecido, a disfunção estrutural e o volume de massa do VE, resultando na melhora de função do VE e da taxa de sobrevida tardia dos valvopatas. No entanto, a complexidade da técnica comparada às convencionais, alerta para o percentual elevado de mortalidade e reoperações por insuficiência protética. Nesse contexto, os dados atuais não avaliam os prós e os contras dessa prótese em longo prazo. Até o momento, os resultados em médio prazo se mostraram satisfatórios com taxas menores de complicações, gradientes transvalvares médios, boa área valvar real e melhora da função do VE (Tarasoutchi et al., 2011).

Reoperação para substituição de prótese valvular

Para Tarasoutchi et al. (2011), o comprometimento das próteses, dependente do tipo e do modelo de cada uma, demanda novo procedimento cirúrgico baseado na avaliação do estado clínico do paciente e comorbidades, experiência do cirurgião e prognóstico da disfunção valvular, podendo ser estrutural, a disfunção caracteriza calcificação ou ruptura de prótese

biológica, ou não estrutural, como trombose de prótese mecânica. O mesmo autor aponta que a necessidade de reoperação surge para solucionar tromboembolismo frequente, sangramentos rotineiros após uso de anticoagulante ou hemólise intravascular significativa.

Segundo Helms e Bach (2013), as biopróteses sofrem degeneração estrutural (50% em 10 anos em valvopatas com idade inferior a 45 anos e de 10% a 20% em 15 anos em pacientes maiores de 65 anos) e as válvulas mecânicas exigem anticoagulantes (ex.: varfarina) ao longo da vida

Merece destaque as condições clínicas desfavoráveis dos pacientes nos países em desenvolvimento, demandando cirurgias de urgência ou emergência, com maiores taxas de mortalidade, nas cirurgias eletivas, a mortalidade oscila de 3,5% a 6% na retroca aórtica, valor que pode duplicar nas cirurgias de urgência, alcançando taxas de até 30% ou mais em cirurgias de emergência (cirurgia de salvamento ou pacientes em choque cardiogênico) (Tarasoutchi et al., 2011). Demais fatores como idade e classe funcional avançada, insuficiência renal grave e fração de ejeção reduzida aumentam o risco cirúrgico (Tarasoutchi et al., 2011).

A Diretriz Brasileira de Valvopatias (2011) estabelece que o manejo clínico da valvopatia depende da escolha do momento ideal para o tratamento intervencionista, uma vez que esse constitui a única alternativa capaz de alterar a evolução natural da doença valvar. A história e o exame clínico devem ser criteriosamente analisados para ajudar na tomada de decisão. Além disso, para o tratamento do portador de valvopatias é vital a reflexão de três fundamentos para condução à terapêutica: evidências da ciência, habilidade médica e relação médico-paciente. Após a análise, de acordo com esta Diretriz, deve-se ponderar a segurança do paciente e respeitar a sua autonomia, assim como a equipe multidisciplinar e a instituição de saúde para evitar imprudência e negligência.

Com vista a esclarecer e analisar as variáveis que estão associadas à escolha do tipo de válvula em pacientes com proposta de cirurgia cardíaca de troca e retroca valvular, está dissertação, para tal foi estruturada numa Introdução, em que se apresenta um panorama das doenças valvares no Brasil e no mundo e possibilidades de tratamentos sob a perspectiva médica, e em três partes principais. Na Parte I, apresenta-se um artigo de revisão sistemática da literatura; na Parte II, apresenta-se um artigo de descrição do processo de construção e análise psicométrica de um questionário para avaliação da percepção da capacidade de enfrentamento e responsabilidade na escolha da prótese valvular; e, na Parte III, apresenta-se um artigo relativo

ao estudo empírico conduzido. Em cada uma destas partes, adotou-se a seguinte estrutura: resumo, abstract, introdução, método, resultados, discussão e referências.

Apresentam-se, por fim, as conclusões integradoras da dissertação desenvolvida e as referências consultada na introdução e conclusão

Parte I – Cirurgia Valvular: A escolha do aparato valvular, perspectivas e aspectos psicossociais envolvidos no processo decisório, uma revisão sistemática da literatura

Resumo: O presente artigo tem como objetivo compreender quais possíveis influências perpassam a escolha da prótese valvular em pacientes com indicação de tratamento cirúrgico e quais fatores psicossociais podem influenciar no processo decisório. Para tal, procedeu-se uma revisão sistemática da literatura, realizada na base de dados da Pub Med e Web of Science, de artigos empíricos dos anos de 2007 a 2017, com as seguintes combinações de descritores “valve prosthesis” AND “patient choice” OR “valve disease” AND “prosthesis” OR “heart valve prosthesis ” AND choice AND patient OR “valve prosthesis” AND “valve replacement” AND “social” OR “prosthetic valve selection” OR “prosthesis choice” OR “prosthetic valve choice”, “heart valve prosthesis implantation” AND “patient participation” AND “patient preference”, “patient-related” AND “prosthetic valve” OR “prosthetic valve choice” AND “valve disease” OR “heart valve diseases” AND “psychology” AND patient. No final da pesquisa 3 artigos foram contemplados para a revisão sistemática da literatura. Os achados dessas pesquisas evidenciaram que, tanto nas perspectivas do doente como do profissional, fatores como idade, sexo, localização geográfica e a expectativa de vida afetam a escolha da prótese valvular, assim como os aspectos socioeconômicos. Os resultados reforçam a importância de se considerar esses fatores na organização de informações e orientações ao paciente, bem como na construção do processo decisório, que se pretende considerar o ponto de vista do paciente. Quanto às manifestações emocionais, os resultados apontam que os impactos emocionais decorrem da severidade da doença e não pela doença em si, sendo os seus sintomas que provocam maior impacto emocional. Ao comparar os fatores emocionais associados a diferentes escolhas da prótese valvular, os resultados encontrados revelaram que pacientes em uso de prótese mecânica apresentavam maior nível de ansiedade comparado aos usuários de bioprótese, o que parece estar associada ao fato da qualidade de vida se encontrar diminuída pelo medo de complicações inerentes às características da válvula implantada, pelo ruído e pelo tratamento de anticoagulação da prótese mecânica.

Palavras-chave: Doença das Válvulas Cardíacas, Escolha da Prótese Valvular, Aspectos Psicossociais

Abstract: the present paper aims to comprehend which possible influences are involved in the choice of the prosthetic valve in patients with surgical treatment indication and which

psychosocial factors may influence in the decision-making process. For such, a systematic review of literature took place in the following data basis: Pub Med and Web of Science, in search of empirical papers between the years 2007 and 2017, with the following descriptor combinations “valve prosthesis” AND “patient choice” OR “valve disease” AND "prosthesis" OR "heart valve prosthesis " AND choice AND patient OR "valve prosthesis" AND "valve replacement" AND "social" OR "prosthetic valve selection" OR "prosthesis choice" OR "prosthetic valve choice", “heart valve prosthesis implantation” AND “patient participation” AND “patient preference”, "patient-related" AND "prosthetic valve" OR "prosthetic valve choice" AND "valve disease" OR "heart valve diseases" AND "psychology" AND patient. At the end of research, 3 papers were taken into account for the systematic review. The findings in these researches evidenced that, both in the patients’ perspective and in the professionals’ one, factors such as age, gender, geographic location and life expectancy affect the valve prosthesis choice, same as the social-economic aspects. The results reinforce the importance of considering these factors in the organization of information and orientations to be given to the patient, as well as in the building of the decision process, in which it is intended to take in consideration the patient’s point of view. As to emotional manifestations, the results point out that the emotional impacts derive from the disease severity and not from the disease itself, meaning that its symptoms provoke greater emotional impact. When comparing the emotional factors associated to the valve prosthesis choice, the results reveal that patients in use of the mechanic prosthesis show higher levels of anxiety compared to the bioprosthesis users, which seems to be associated to the fact that quality of life is found to be lowered due to the fear of complications inherent to the characteristics of the implanted valve, the noise and the anticoagulation related to the mechanic prosthesis.

Keywords: Cardiac Valve Disease, Valve Prosthesis Choice, Psychosocial Aspects.

As doenças cardiovasculares são responsáveis por cerca 30% da mortalidade em nível global (Go et al., 2014). Entre essas patologias destacam-se as disfunções das válvulas cardíacas (aórtica, pulmonar, mitral e tricúspide), que representam uma significativa parcela das internações por doenças cardiovasculares. Estas disfunções podem decorrer de distúrbios congênitos ou adquiridos, sendo que a febre reumática representa a principal etiologia adquirida das valvopatias no território brasileiro (Fernandes et al., 2014), com alta prevalência em países em desenvolvimento, sendo responsável por até 70% dos casos, segundo a Diretriz Brasileira de Valvopatia – SBC (2011).

De entre as principais causas da valvopatia, segundo Ribeiro e Gagliani (2010), destaca-se a degeneração valvular, em adultos idosos, e, em jovens, a seqüela da febre reumática. A doença pode-se apresentar latente, assintomática e assim permanecer por um longo período. Quando o aparecimento da insuficiência cardíaca e os seus sintomas aumentam significativamente a morbimortalidade, a solução consiste na reparação ou substituição do aparato valvular danificado, mediante tratamento cirúrgico para correção (Ribeiro & Gagliani, 2010).

Considerada uma doença crônica, a valvopatia pode-se refletir em limitações fisiológicas, psicológicas e sociais, com restrições nas atividades cotidianas, profissionais, de lazer e na maternidade, requerendo adaptação para a organização de novos modos de enfrentamento. Trata-se de uma doença que pode ter um forte impacto emocional, dada à indispensabilidade de extenso controle e cuidado, a possibilidade de novas intervenções cirúrgicas, as limitações relativamente à prática de atividade física intensa, a frequente contraindicação para a prática de atividades esportivas competitivas e a possibilidade de ficar em risco a maternidade, papel altamente valorizado culturalmente na identidade feminina (Ribeiro & Gagliani, 2010).

Para a substituição de válvula cardíaca na valvopatia, a literatura aponta quais os fatores devem ser considerados na seleção do tipo de prótese (biológica ou mecânica), destacando fatores sociais e culturais, ocupação e estilo de vida, desejo de engravidar, outras condições cardíacas ou cirúrgicas prévias a substituição de troca valvular (Al Halees, 2007; Choudhary, Talwar, & Airan, 2016; Fernandes et al., 2012). Nesse contexto, para a escolha do tipo de válvula, avalia-se previamente o risco de sangramento relacionado à anticoagulação versus o risco de deterioração estrutural valvar. O aumento da expectativa de vida e a presença de comorbidades (insuficiência renal e cardíaca congestiva, doença arterial coronariana e doença pulmonar) também interferem na escolha (Fernandes et al., 2012).

As recomendações para a substituição das válvulas indicam as próteses biológicas para os pacientes sem indicação de terapia anticoagulante ou com baixa adesão ou que não aceitam o tratamento, reduzindo os riscos de tromboembolismo e/ou sangramentos em pacientes com idade acima de 65 anos, nessa faixa etária, observa-se menor taxa de degeneração estrutural das valvas biológicas, reduzindo a probabilidade de reoperação (Choudhary et al., 2016; Fernandes et al., 2012).

As próteses mecânicas têm como vantagem maior durabilidade, sendo indicada a pacientes com longa expectativa de sobrevida, mas como desvantagem, essas próteses são acompanhadas do risco de tromboembolismo ou sangramento pelo uso de anticoagulantes, principalmente após os 60 anos, além de estarem associadas a maior morbidade (Choudhary et al., 2016). No entanto, pacientes mais jovens podem beneficiar com esse tipo de prótese (Choudhary, et al., 2016; Fernandes et al., 2012).

Ainda que a escolha entre próteses biológica e mecânica permaneça controversa, há poucos estudos randomizados, controlados e com número amostral significativo que permitam definir critérios de seleção da prótese que sejam generalizáveis e doente com características distintas. As diretrizes atuais de recomendações de cirurgia de prótese valvular estão centradas na perspectiva de países desenvolvidos cuja etiologia da doença valvular e perfil socioeconômico da população difere dos países em desenvolvimento. Para exemplificar, alguns países da Ásia não têm acesso ao medicamento varfarina para tratamento anticoagulante, pelo que a utilização de próteses biológicas se torna imperativo na realidade desses países (Al Halees, 2007).

Doença cardíaca: significados atribuídos à doença e à cirurgia

Os significados atribuídos à doença cardíaca mostram que o coração não é somente um órgão do corpo humano, mas também é repleto de implicações afetivas que superam sua função orgânica. Para pacientes com cardiopatia no período pré-cirúrgico, a representação de saúde e doença deve ser entendida em articulação com a dimensão social. Ao relatar os sintomas da doença cardíaca são incluídos componentes como sinalizações do corpo, fatores psicológicos e situacionais. O processo de adoecimento transcende o significado do coração como um órgão bombeador de sangue essencial para o funcionamento do corpo (Wottrich, Quintana, Camargo, Quadros & Naujorks, 2015). Nesse instante, o paciente estabelece ressignificações de como enxerga e vive o mundo a partir do diagnóstico da doença (Wottrich et al., 2015).

De acordo com Wottrich et al. (2015), o paciente é destituído de seu lugar de fala e assume uma postura passiva e de despersonalização, no momento em que a representação de si mesmo é determinada pelo diagnóstico e pelos procedimentos médicos, os quais direcionam e definem as perspectivas desse indivíduo diante da vida.

Exemplificado pelo sentimento de negação ou de banalização do problema, o paciente com cardiopatia adota um mecanismo de defesa principalmente na fase assintomática da

cardiopatia. Como consequência, às vezes, essa atitude pode representar em boicote ao tratamento, o que agrava o estado de saúde e a qualidade de vida do enfermo (Wottrich et al., 2015). Por outro lado, negar as mudanças no estilo de vida impostas pela doença implica em negar a própria doença. Para esses pacientes, a percepção de saúde idealiza-se na tentativa de atenuar as limitações que o adoecimento traz e proteger-se da gravidade da patologia (Wottrich et al., 2015).

Altenhofen, Lima e Castro (2016), ao estudar a percepção da doença em pacientes cardíacos, constataram que a adesão ao tratamento estava relacionada com fatores psicológicos do indivíduo, desta forma os pacientes que responderam mais positivamente ao tratamento, com maior capacidade de controle da doença e autoeficácia, estavam mais ajustados psicologicamente.

O sentimento de impotência por não poder executar as tarefas laborais do cotidiano devido às limitações impostas pelo avanço da doença, ganha relevância ao desconstruir a identidade do paciente, visto que o trabalho está atrelado a questões simbólicas como pertencimento à sociedade, fundamental na construção da subjetividade do enfermo. Percebe-se, em camadas sociais vulneráveis, que a não execução do trabalho poderá estar associada a um sentimento de desintegração social. Em contrapartida, as limitações do corpo impostas pela doença facilitam a aceitação do quadro de doença e permitem ao indivíduo construir outros parâmetros de reconhecimento social (Wottrich et al., 2015).

Segundo Souza, Mantovani e Labronici (2006), a incapacidade na execução de várias atividades atribui aos corpos doentes sentimentos de inferioridade e inadequação. O mesmo autor afirma que a cirurgia cardíaca constitui-se num marco essencial ao tratamento do doente com cardiopatia, embora se saiba que poderão persistir restrições físicas, alimentares, consumo tabágico e que precisará de adaptar-se a medicamentos e exercícios, não adquirindo a qualidade de vida que esperava. No entanto, isso pode-lhe passar despercebido nesse momento em que imagina voltar a ser saudável.

A vulnerabilidade e a fragilidade emocional decorrem não apenas da cirurgia, mas principalmente da espera pelo procedimento (Wottrich, Quintana, Camargo, Quadros & Naujorks, 2013). O evento cirúrgico representa a violação do corpo e traz o medo da agressão à integridade (Souza et al., 2006), paradoxalmente a possibilidade de realizar o procedimento cirúrgico representa sentimentos positivos e de esperança (Vargas, Maia & Dantas, 2006), que podem assumir uma dimensão de recomeço (Souza et al., 2006). Nesse contexto, os

profissionais de saúde contribuem para o preparo psicológico pré-cirúrgico, devendo respeitar a individualidade do paciente na busca por informações, as quais devem ser pertinentes ao momento, uma vez que o excesso de detalhamento pode gerar ansiedade e desrespeitar aqueles com menor capacidade de elaboração psíquica (Wottrich et al., 2013).

A construção simbólica do coração, segundo Gonçalves et al. (2015), carrega significados direcionados a vida, a morte e a construção de sentimentos. O acometimento desse órgão está associado a mudanças de ordem física, social e psicológica, impondo ao paciente a necessidade de se ajustar a nova realidade que poderá ser percebida como ameaçadora, a capacidade de enfrentamento se dará com base nas vivências constituídas pelo indivíduo. Wottrich et al. (2015) destacam que a patologia ameaça a vida e pode implicar perdas simbólicas vinculadas às perdas de autonomia resultantes da cronicidade da doença cardíaca, que, por sua vez, podem gerar ansiedade, medo e raiva.

Segundo Ribeiro e Gagliani (2010), o paciente sintomático recebe classicamente a indicação de tratamento cirúrgico, com vistas a interromper a história natural, devolvendo a qualidade e quantidade de vida. Assim, o paciente é orientado no sentido de compreender que o risco de morte (risco estatístico) é menor do que o risco esperado pela evolução natural da doença que motivou a indicação de correção cirúrgica. Deste modo, ainda que o doente possa entender a cirurgia como um risco menor frente à progressão natural da doença, pode refletir também que, apesar do baixo risco, a cirurgia poderá representar para ele a continuidade ou o fim da vida.

Alterações no modo de viver, incapacidade para o trabalho e da autoestima, assim como mudanças de seu papel no seio familiar e do aumento da dependência (fantasia de invalidez) poderão constituir fatores indutores de uma perturbação emocional significativa (Grisa & Monteiro, 2015), para além de que muitos dos tratamentos intervencionistas não são curativos, mas apenas paliativos, e exigem cuidados permanentes para prevenir ou retardar a progressão da doença, demandam contínua adesão, com necessidade de realizar alterações no estilo de vida, e seguimento de controles médicos e laboratoriais regulares (Ribeiro & Gagliani, 2010).

O modo como o indivíduo percebe cognitivamente a sua doença influencia o seu comportamento perante a mesma (Rodrigues, Rosa, Moura, & Baptista, 2000). As representações cognitivas, percepções e expectativas que o indivíduo tem acerca de sua doença e dos seus sintomas direcionam, a intenção de comportamento (Leventhal & Cameron 2003). A forma como percebe a doença e a interpreta sofre influências das vivências (por exemplo, a

partir do conhecimento prévio que o indivíduo possui sobre determinada doença) e da cultura (Phillips, Leventhal, & Leventhal, 2012).

O Modelo de Auto-Regulação (Leventhal e Cameron, 2003) sustenta que processos de uma doença se iniciam de qualquer interação entre as trocas de atividades fisiológicas, a interação afetiva dos sintomas e dos processos cognitivos de interpretação dos sintomas, de modo que todos estes conduz o sujeito a atribuir um significado concreto e uma experiência da doença, um estado subjetivo capaz de provocar uma conduta de enfrentamento.

Os estudos acerca do *coping* favorecem a compreensão dos aspectos psicológicos e sociais que influenciam a forma de lidar com adversidades e situações de estresse. Apesar de muitos autores traduzirem a palavra *coping* como “enfrentamento”, não existe uma tradução para a língua portuguesa, sendo este conceituado como estratégias utilizadas para lidar com o stress percebido (Lisboa et al., 2002). O *coping* implica a presença de uma condição de estresse, que demanda a utilização de ações especiais para administrar, de forma que possa reduzir, minimizar ou tolerar (Morais & Peniche, 2003).

Segundo Morais e Peniche (2003), a maneira pela qual uma pessoa usa o *coping* está determinada, em parte, por seus recursos, os quais incluem: saúde, energia, crenças existenciais, habilidade de solução de problemas, habilidades sociais, suporte social e recursos materiais e, em parte, por variáveis que reduzem o uso de recursos pessoais.

Dell’Aglío (2000) aponta que a teoria transacional de stress e *coping* de Lazarus e Folkman desenvolvida nos anos 80 é tradicionalmente a que mais tem sido utilizada nos estudos sobre processos de *coping*, conceituando-o como um conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, que os indivíduos utilizam para lidar com situações que avaliam como estressoras. As estratégias de *coping*, segundo Antoniazzi, Dell’Aglío e Bandeira (1998), são cognitivas, comportamentais, ou emocionais, tomadas no curso de um episódio particular de estresse, que podem ser diferenciadas, sob uma perspectiva cognitiva, em duas categorias a partir dessa teoria (Dell’Aglío, 2000): *coping* focalizado no problema e *coping* focalizado na emoção.

Ao perceber a situação estressante (problema), a pessoa pode experimentar uma sensação emocional desagradável, buscando adotar estratégias que minimizem seu sofrimento (Lisboa et al., 2002). Entre estas estratégias podem contar-se ações no sentido de modificar a relação entre a pessoa e o ambiente, controlando ou alterando o problema causador (*coping* centrado no

problema) ou no sentido de adequar a resposta emocional ao problema (*coping* centrado na emoção), que frequentemente decorre de uma avaliação prévia que leva o indivíduo a crer que nada pode ser feito para modificar as condições do dano, ameaça ou desafio (Morais & Peniche, 2003).

Antoniazzi et al. (1998) reitera que ambas as estratégias (focalizada no problema e focalizada na emoção), são importantes, contudo a sua eficácia é caracterizada através da flexibilidade e abertura para mudança, novas situações requerem novas formas de *coping*, diante disso, uma estratégia *coping* não é eficaz para todos os tipos de estresse. De facto, uma estratégia de *coping* eficaz para um indivíduo num dado momento do tempo para lidar com uma situação stressante, poderá não ser eficaz, para esse mesmo indivíduo, quando confrontado com igual situação num outro momento.

De acordo com Torradi, Gois e Dantas (2010), o estresse vivenciado na internação perioperatória merece atenção especial para os desajustamentos relacionados a um quadro de estresse pós-traumático, depressão e possíveis déficits cognitivos, tendo em vista a exposição dos mais diversos sentimentos e emoções experimentados durante seu tratamento.

Considerando a importância de reconhecer o ponto de vista do doente, sua percepção de doença, a forma como lida e sua tomada de decisão na escolha da prótese valvular, busca-se por meio deste estudo explorar e identificar as melhores evidências e sintetizá-las, através da revisão sistemática da literatura atingir dois objetivos: (1) descrever o impacto do perfil psicossocial na escolha da prótese valvular pelos profissionais e pelos próprios doentes; (2) compreender as reações psicossociais dos pacientes valvopatas.

Método

Procedimento

Conduziu-se uma revisão sistemática da literatura com vista a responder à seguinte questão de investigação: Que fatores psicossociais influenciam a escolha da prótese valvular em doentes adultos candidatos a cirurgia cardíaca?

A revisão sistemática, segundo Sampaio e Mancini (2007), é construída a partir de uma pergunta de investigação clara, junto à uma definição de estratégia de busca, com critérios bem definidos de inclusão e exclusão dos artigos e por fim uma análise criteriosa da qualidade da literatura selecionada, com etapas bem estruturadas a fim de caracterizar cada estudo

selecionado, verificando a qualidade e extraindo conceitos importantes, de modo que permita comparar as análises estatísticas apresentadas e sumarizar sobre os apontamentos científicos em relação a uma determinada intervenção, marcando ainda problemas e questões que demandem novos estudos.

▪ **Critérios de inclusão e exclusão**

Para a revisão sistemática foram inclusos apenas estudos clínicos e originais, restringindo a pesquisa com a seleção de artigos publicados nos últimos 10 anos (2007 a 2017). No total, foram encontrados 91 artigos no PubMed e 109 na Web of Science. Os critérios de exclusão aplicados na estratégia de busca eliminaram estudos de revisão, duplicados, sem livre acesso, pesquisas relacionadas a experimentos com animais e envolvendo comorbidades (ex.: doença renal) ou outras condições cardíacas preexistentes. O procedimento de seleção dos estudos incluiu a leitura do título e/ou do resumo para garantir a qualidade da pesquisa. No final, foram selecionados três artigos, dois do PubMed e um da Web of Science, listados abaixo:

- Impact of socio-economic profile on the prosthesis type choice used on heart surgery – Fernandes et al. (2012), Brasil;
- Psycho-emotional manifestations of valvular heart diseases: Prospective assessment in mitral regurgitation - Bayer-Topilsky et al. (2013), USA;
- Quality of life and anxiety in younger patients after biological versus mechanical aortic valve replacement – Kottmaier, Hettich, Deutsch, Badiu and Krane (2017), Alemanha.

▪ **Bases de dados consultadas e descritores utilizados**

Como estratégia de pesquisa utilizou-se a as bases de dados PubMed e Web of Science. Os termos de busca indexados denominados MeSH (Medical Subject Headings) foram escolhidos no site Descritores em Ciências da Saúde, alocado no site da Biblioteca Virtual em Saúde e, em seguida, utilizados nas bases de dados para a pesquisa de artigos.

Os descritores empregados, escritos na língua inglesa, sobre o impacto do perfil psicossocial na escolha da prótese valvular foram “prótese valvular”, “escolha do paciente”, “doença valvular”, “prótese”, “prótese valvular cardíaca”, “escolha”, “paciente”, “substituição valvular”, “social”, “seleção da prótese valvular”, “escolha da prótese”, “escolha da prótese valvular”, “implantação da prótese valvular cardíaca”, “participação do paciente”, “preferência do paciente”, operacionalizados da seguinte forma:

- "valve prosthesis" AND "patient choice" OR "valve disease" AND "prosthesis" OR "heart valve prosthesis" AND choice AND patient OR "valve prosthesis" AND "valve replacement" AND "social" OR "prosthetic valve selection" OR "prosthesis choice" OR "prosthetic valve choice"

- "heart valve prosthesis implantation" AND "patient participation" AND "patient preference"

Para os aspectos psicológicos dos valvopatas, os descritores foram “relacionado ao paciente”, “prótese valvular”, “escolha da prótese valvular”, “doença valvular”, “doença valvular cardíaca”, “psicologia”, “paciente”, operacionalizados da seguinte forma:

- "patient-related" AND "prosthetic valve" OR "prosthetic valve choice" AND "valve disease" OR "heart valve diseases" AND "psychology" AND patient

▪ **Procedimento de organização do material da revisão sistemática**

A Figura 1 ilustra os procedimentos realizados para a seleção do material utilizados na revisão sistemática, conforme, o fluxograma.

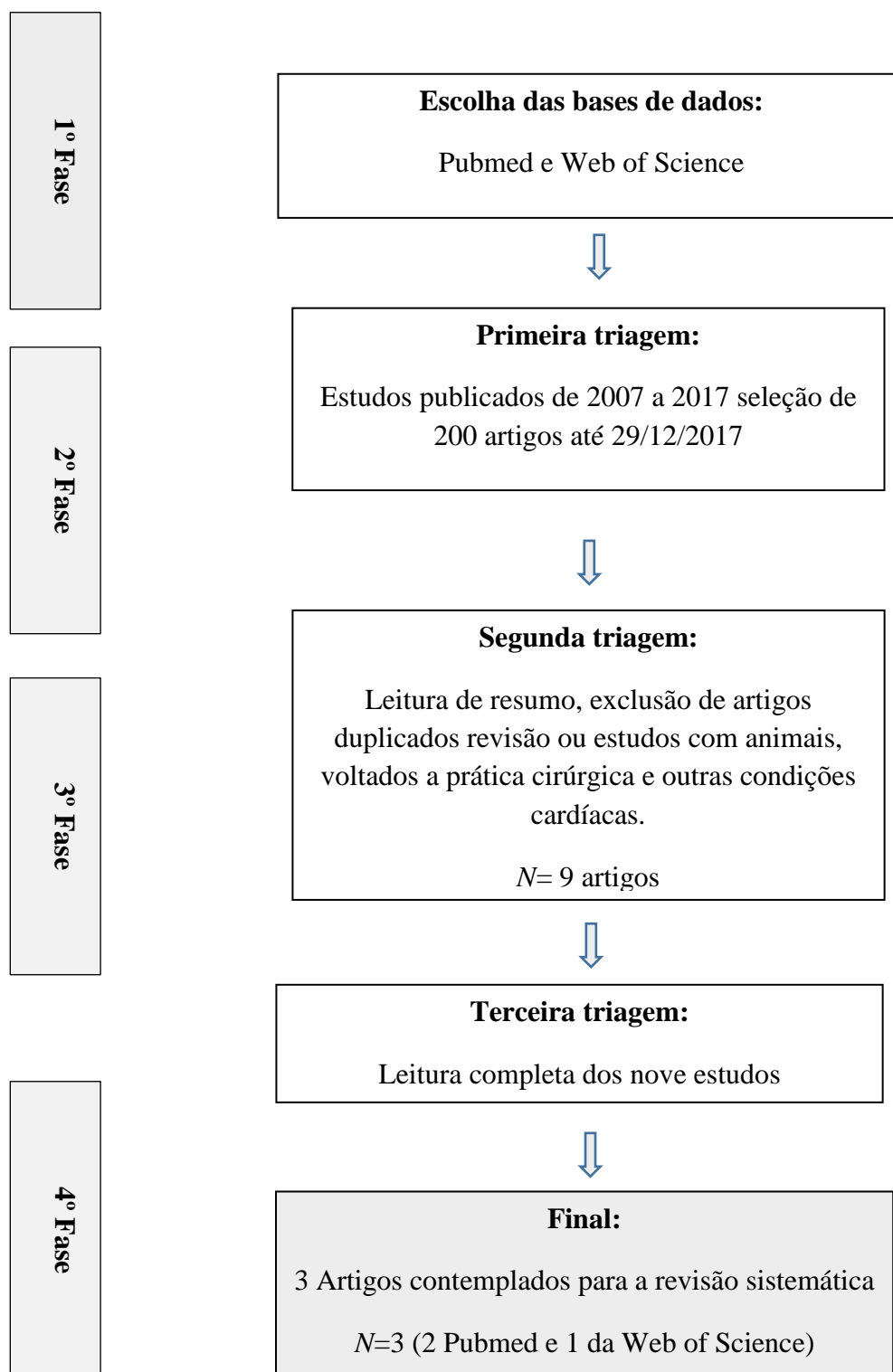


Figura 1. Fluxograma dos critérios de seleção dos artigos para a revisão sistemática

Resultados

O Quadro 1, apresenta os estudos analisados, todos de nacionalidade distinta, sendo estudo 1 no Brasil, estudo 2 nos Estados Unidos e o estudo 3 na Alemanha, com períodos de publicação compreendidos nos anos de 2012 a 2017. Destes, o Estudo 1, apresentado por Fernandes et al. (2012) - avaliou o impacto do perfil psicossocial na escolha da prótese valvar, e os demais estudos - Estudo 2 apresentado por Bayer-Topilsky et al. (2013) e o estudo 3 de Kottmaier et al. (2017), analisaram os aspectos psicológicos dos pacientes valvopatas. O número amostral apresenta-se com uma variação de 122 a 366 participantes e os instrumentos utilizados foram revisão de prontuário, PTSD Check List – Civilian Version (PLC-C), Short form 36 (SF-36), Fear of Progression Questionnaire (FOP) e Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ).

Quadro 1.
Artigos incluídos na revisão sistemática (n=3)

Título, Autor, Ano e Origem	Desenho da investigação e objetivo do estudo	Descrição da amostra	Instrumentos	Principais resultados
<p>1 "Impacto do perfil socioeconômico na escolha da prótese valvar em cirurgia cardíaca" Fernandes, et al (2012). Brasil</p>	<p>Estudo de corte transversal descritivo de prevalência. Avaliar o perfil socioeconômico e epidemiológico dos pacientes submetidos a cirurgia valvar e sua relação com os tipos de próteses utilizadas em um centro de referência público de Salvador BA, Brasil</p>	<p>Revisão de 366 prontuários de todos os pacientes submetidos a cirurgia cardíaca de janeiro de 2007 a dezembro de 2009. Com idades compreendidas de 5 a 82 anos</p>	<p>Revisão de prontuário no qual foram analisados dados como sexo, procedência, idade, duração da internação, etiologia, as principais valvas acometidas, dados ecocardiográficos, tipo de cirurgia, e prótese utilizada em casos de trocas, por meio de uma revisão de 366 prontuários médicos, transcritos em ficha padronizada. Os dados foram analisados pelo software SPSS versão 17/0</p>	<p>Próteses biológicas foram predominantemente utilizadas em jovens. Esse fato, possivelmente pode ser atribuído ao baixo nível socioeconômico da população em questão, distância de centros urbanos, dificuldade de realização de exames para controle da anticoagulação e nível educacional ruim, inviabilizando o uso da valva mecânica e a consequente terapia anticoagulante.</p>
<p>2 "Psycho-emotional Manifestations of Valvular Heart Diseases: Prospective Assessment in Mitral Regurgitation" Bayer-Topilsky, et al (2013) Estados Unidos USA</p>	<p>Definir a prevalência e as consequências do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) como resposta emocional às doenças cardíacas em pacientes com insuficiência mitral.</p>	<p>186 participantes com idades 60 ± 13 anos, comparados com 80 participantes do grupo controle com idades similares</p>	<p>Questionário modificado PTSD Check List-Civilian Version (PLC-C), baseado nos critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais</p>	<p>Pacientes com regurgitação mitral tiveram um escore elevado para TEPT e alta prevalência (23%) de TEPT moderado/severo comparado ao grupo controle. Entre os grupos controle, não houve diferença na prevalência de TEPT demonstrando que as manifestações psicoemocionais decorrem da potencial severidade da doença e, não pela presença da lesão mitral. Embora similar nos grupos controle, o escore de ansiedade aumentou nos pacientes com regurgitação mitral, os quais exibiram maior prevalência de ansiedade moderada/severa. Já o transtorno da depressão foi similar entre todos os grupos, com baixa prevalência de depressão moderada/severa nos grupos controle e com regurgitação mitral.</p>
<p>3 "Quality of life and anxiety in younger patients after biological versus mechanical aortic valve replacement" Kottmaier, et al (2017) Alemanha</p>	<p>Estudo de corte retrospectivo. Comparar a qualidade de vida (QV) e ansiedade em pacientes submetidos à cirurgia, após a valvulação aórtica AVR biológica versus mecânica.</p>	<p>122 participantes com idade média de 64 anos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Short form 36 (SF-36) para avaliar qualidade de vida física e mental • Fear of progression questionnaire (FOP) para avaliar o medo de progressão da doença • Cardiac anxiety questionnaire (CAQ) para avaliar ansiedade geral, relacionada a sintomas cardíacos e decorrente da progressão da doença valvular cardíaca 	<p>Os resultados mostraram respostas similares para todas as categorias do questionário SF-36 sobre qualidade de vida dentre os pacientes avaliados. O grupo com prótese biológica apresentou valores significativamente favoráveis para medo da progressão da doença via FOP. Para completar, na avaliação de ansiedade, mais uma vez, os números foram favoráveis para os pacientes submetidos ao implante de prótese biológica comparado a mecânica no CAQ. Diferentemente da hipótese apresentada pelos pesquisadores, os pacientes portadores de válvula mecânica demonstraram ansiedade significativamente maior comparada àqueles submetidos à cirurgia de prótese biológica.</p>

O Impacto do perfil psicossocial na escolha da prótese valvular

Impact of socio-economic profile on the prosthesis type choice used on heart surgery –
Fernandes, et al. (2012)

Há escassa literatura sobre o impacto do perfil psicossocial na escolha da prótese valvular. Baseado nessa premissa, o estudo de Fernandes et al. (2012), realizado em um hospital público de referência, localizado na cidade de Salvador, BA, Brasil, tenta se aproximar da temática ao analisar como o perfil socioeconômico determina a escolha da prótese valvular em cirurgia cardíaca. Em um estudo de corte transversal descritivo de prevalência, realizado no período de janeiro de 2007 a dezembro de 2009, 366 prontuários médicos foram analisados a partir dos seguintes critérios: sexo, idade, cidade de origem, etiologia, principais válvulas acometidas, tipo de cirurgia e de prótese utilizada pelo paciente em casos de trocas.

Como resultado, observou-se o predomínio de 52% (190) de pacientes do sexo feminino e 48% (176) do sexo masculino submetidos à cirurgia cardíaca de troca ou plastia de válvula. A superioridade de mulheres acometidas por doença valvular quando em idade reprodutiva interfere no planejamento familiar e na escolha da prótese valvular em decorrência do risco de sangramento, trombose e pelo potencial efeito teratogênico dos cumarínicos pela utilização de anticoagulantes no caso de prótese mecânica (Fernandes et al., 2012).

Em relação ao sexo, 71.05% das mulheres apresentaram valvopatia reumática, 24.21% tiveram lesão não reumática e 4.74% não possuíam causa definida. Dentre os homens, 43.18% apresentaram valvopatia reumática, contrapondo os 46.59% com lesão não reumática e 10.23% dos pacientes cujos registros não apresentaram a causa da valvopatia (Fernandes et al., 2012). Corroborando com esse perfil etiológico, o estudo de Fernandes e colaboradores (2012) apontou que 57.6% dos pacientes apresentaram doença reumática, ao passo que 35% e 7.4% apresentaram valvopatias não reumáticas e de causas não esclarecidas, respectivamente. Esse predomínio de valvopatia de origem reumática, assim como a gravidade da apresentação clínica, define a escolha das próteses valvulares.

Este estudo brasileiro também reportou maior prevalência de falência e dupla lesão das válvulas mitral e aórtica, contrariando dos dados da literatura sobre o tipo de lesão e o sítio de acometimento com predominância para a estenose dessas válvulas. No que concerne ao procedimento cirúrgico, Fernandes e colaboradores (2012) demonstraram que 72.95% dos pacientes foram submetidos à troca de válvula, com 56.29% de valva mitral e 26.65% de válvula

aorta. Sobre o tipo de válvula, 70.06% foram biopróteses (51.70% em mulheres e 48.3% em homens) e apenas 29.94% próteses mecânica (55% em homens e 45% em mulheres).

Sobre a procedência dos valvopatas, 62.3% eram de cidades do interior e 37.7% pertenciam a capital do estado. A média etária dos participantes da pesquisa foi de 41.7 ± 17.8 anos, com pacientes entre 5 a 82 anos. O uso de próteses biológicas predominou entre os adultos jovens de 28 a 55 anos possivelmente pelo baixo nível socioeconômico, falta de acesso a serviço médico especializado no interior e dificuldade na adesão e no acompanhamento da terapia anticoagulante no caso de prótese mecânica (Fernandes et al., 2012).

Aspectos Psicológicos dos Valvopatas

Psycho-emotional manifestations of valvular heart diseases: Prospective assessment in mitral regurgitation - Bayer-Topilsky et al. (2013)

Bayer-Topilsky et al. (2013) retrataram o sentimento de ansiedade, medo e estresse após o diagnóstico de doença cardíaca. Logo, o estudo prospectivo sobre as manifestações psicoemocionais da doença valvular merece destaque ao determinar a prevalência de TEPT e comorbidades emocionais (depressão e ansiedade) em pacientes acometidos por regurgitação mitral.

Para o delineamento da pesquisa, adotou-se o preconizado pela New York Heart Association (NYHA) definindo como classe I, os pacientes assintomáticos com regurgitação mitral moderada/severa e classe II para os pacientes sintomáticos. O método da pesquisa consistiu na aplicação do questionário modificado PTSD Check List-Civilian Version (PLC-C), baseado nos critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, preenchido pelos pacientes ($N = 186$) com uma idade média de 60 anos ($DP=13$) e sexo predominantemente masculino (72%). Comparados com 80 controles (destes 38 com função cardíaca normal e 42 com prolapso da válvula mitral). Por fim, dividiu-se em 3 grupos, pacientes com regurgitação mitral orgânica ($n=186$), pacientes controle com prolapso da válvula mitral ($n=42$) e pacientes controle considerados normais ($n=38$) e estratificados em sem TEPT e com TEPT.

Como resultado constatou-se que pacientes com regurgitação mitral tiveram um escore elevado para TEPT e alta prevalência (23%) de TEPT moderado/severo quando comparados aos indivíduos dos grupos de controle. Entre os grupos de controle, não houve diferença na prevalência de TEPT. Embora similar nos grupos controle, o escore de ansiedade é maior nos

pacientes com regurgitação mitral, os quais exibiram maior prevalência de ansiedade moderada/severa. Já o transtorno da depressão foi similar entre todos os grupos, com baixa prevalência de depressão moderada/severa nos grupos controle e com regurgitação mitral.

Os pacientes com regurgitação mitral orgânica (n=186) com ou sem TEPT moderado/severo demonstraram diferenças quanto à presença de sintomas (fadiga e dor torácica), assim como para ansiedade e depressão. Além de os pacientes das classes I e II exibirem diferenças notáveis nas manifestações psicoemocionais e presença de sintomas subjetivos, aqueles da classe II mostraram maior prevalência de TEPT, ansiedade, depressão e maior percepção da severidade da doença, associado aos sintomas, mesmo na ausência da apresentação clínica (edema ou fibrilação atrial) da doença.

O TEPT foi mais prevalente na regurgitação mitral moderada/severa do que nos grupos controle. Todavia, o TEPT na regurgitação mitral moderada/severa não foi determinado pela lesão ou pelas consequências cardíacas, visto que o mesmo está frequentemente relacionado a manifestações subjetivas comumente associadas à regurgitação mitral, trata-se da resposta emocional à cronicidade da doença valvular, correlacionada à presença de sintomas cardíacos. Nessa perspectiva, o TEPT acompanha maior prevalência de depressão e maior percepção da doença a despeito da presença real de sintomas. Para o entendimento de um evento traumático, o TEPT é o fator decisivo comparado à gravidade do trauma. Esse achado enfatiza a importância de examinar a relação entre TEPT e sintomas somáticos.

Bayer-Topilsky et al. (2013) sugerem modulação psicoemocional da regurgitação mitral associada ao desenvolvimento de TEPT, depressão, ansiedade, sintomas cardíacos (dispneia ou fadiga) e percepção da severidade da doença. Como provável explicação infere-se que os sintomas somáticos podem causar estresse, resposta emocional e a percepção de a doença ser mais afetada por esses sintomas. Porém, em pacientes levemente sintomáticos a ausência de alterações cardíacas sugere sintomas parcialmente relacionados a reações psicoemocionais para condição cardíaca, baseado no fato que valvopatas com TEPT provavelmente reportam problemas físicos e emocionais secundários.

Quality of life and anxiety in younger patients after biological versus mechanical aortic valve replacement – Kottmaier et al. (2017)

Em um estudo de coorte retrospectivo realizado em Munique, Alemanha, com pacientes (N= 122) submetidos a cirurgia de substituição da válvula aorta, investigou-se a hipótese de a

implantação de prótese biológica provocar mais medo e ansiedade nos valvopatas ($n=66$, idade média: 64,8 anos; $DP=11,05$) pela possibilidade de reoperação, consequente da degeneração valvular em comparação aos pacientes portadores de prótese mecânica ($n=56$, idade média: 64,4 anos; $DP=8,17$).

Em razão do exposto, Kottmaier et al. (2017) compararam qualidade de vida e ansiedade nos pacientes após a cirurgia de troca valvular aórtica (prótese biológica versus mecânica) (tempo médio decorrido após a cirurgia=5.66 anos; $DP=2.68$). O método da pesquisa consistiu na aplicação de três questionários todos em versão germânica: *Short Form Health Survey 36* (SF-36) para avaliar qualidade de vida física e mental; *Fear of Progression Questionnaire* (FOP) para avaliar o medo de progressão da doença; *Cardiac Anxiety Questionnaire* (CAQ) para avaliar ansiedade geral, relacionada a sintomas cardíacos e decorrentes da progressão da doença valvular cardíaca.

Os resultados mostraram respostas similares para todas as categorias do questionário SF-36 sobre qualidade de vida dentre os pacientes avaliados. O grupo com prótese biológica apresentou valores significativamente favoráveis para medo da progressão da doença via FOP, sentindo mais medo. Na avaliação de ansiedade, os números foram maiores no CAQ para os pacientes submetidos ao implante de prótese mecânica do que a prótese biológica.

Diferentemente da hipótese inicialmente apresentada pelos pesquisadores, os pacientes portadores de válvula mecânica demonstraram ansiedade significativamente maior, comparada àqueles submetidos à cirurgia de prótese biológica. Merece destaque as preocupações dos valvopatas com o futuro do relacionamento com o parceiro, especialmente no quesito sexualidade, fato explicado pelo reconhecimento do ruído da válvula mecânica pelo companheiro.

Em suma, essas informações evidenciam fatores sempre presentes após o implante da prótese mecânica, como a necessidade de anticoagulação e o som da válvula, o que pode afetar a qualidade de vida mais do que a certeza de reoperação para a substituição da prótese biológica. Portanto, cada uma das válvulas tem implicações diferentes na qualidade de vida dos doentes, mas o estudo não descreve o que levou os doentes a fazer a escolha.

Discussão

Realizou-se uma revisão sistemática da literatura a fim de compreender quais possíveis influências perpassam a escolha da prótese valvular e quais fatores psicossociais podem

influenciar no processo decisório. Após a análise dividiu-se a pesquisa em dois temas, o primeiro analisa o impacto do perfil psicossocial na escolha da prótese valvular e o segundo busca compreender as reações psicológicas perante o tratamento em pacientes valvopatas.

O primeiro tema intitulado como “o impacto do perfil psicossocial na escolha da prótese valvular” foi apresentado nos estudos de Fernandes e colaboradores (2012) que retrataram como o perfil socioeconômico pode determinar a escolha da prótese valvular, sobre a perspectiva do doente. Como ponto forte da pesquisa foram identificados como determinantes na escolha da prótese em cirurgia cardíaca os aspectos socioeconômicos, designadamente o sexo, idade e cidade de origem.

Os resultados desse estudo (Fernandes et al., 2012) demonstraram que o baixo nível socioeconômico limita o acesso ao serviço médico especializado nas cidades do interior, dificultando a adesão e o acompanhamento da terapia anticoagulante no caso de prótese mecânica. Por esse motivo, as cirurgias de prótese biológica foram predominantes na população estudada, não refletindo nessa decisão os desejos e as expectativas dos pacientes. Como limitação do estudo, cita-se a falta de associação entre os aspectos psicológicos e sociais na escolha da prótese valvular. Por terem abordado fatores socioeconômicos em um país em desenvolvimento, esperava-se um aprofundamento no âmbito da psicologia para ampliar a discussão sobre a escolha da prótese cardíaca.

Por outro lado o estudo de Choudhary et al. (2016), apresentam a escolha da prótese valvular na perspectiva do profissional, revelaram como fator preponderante para a seleção da prótese valvular considerar as aspirações do paciente respeitando os critérios de expectativa de vida, assim como a condição educacional do indivíduo, em observância para os critérios de idade, sexo e localização geográfica (rural ou urbana) fatores esses que podem interferir na tomada de decisão na escolha da prótese.

Choudhary et al. (2016) discutem especificamente a escolha da prótese valvular em países em desenvolvimento na perspectiva do profissional. Postula-se que a expectativa de vida é o fator preponderante para a seleção da prótese. Há um consenso de que a prótese mecânica é a mais adequada para pacientes com idade inferior a 40 anos e sem problemas de coagulação enquanto a biológica é uma boa substituta valvular para aqueles com idade acima de 60 anos. Em contrapartida, na faixa etária entre 40 e 60 anos, o risco de reoperação e sangramento são equivalentes para ambas as próteses, biológica e mecânica, respectivamente.

O estudo de Choudhary et al. (2016), baseado em países ocidentais e desenvolvidos, chama a atenção para o facto das recomendações internacionais definirem a média de expectativa de vida entre 75 a 80 anos, assumindo erroneamente a ultrapassagem dessa faixa etária por todos os pacientes ao desconsiderar as características e particularidades das nações em desenvolvimento. Nesse contexto, o cálculo da expectativa de vida fundamentado somente na idade cronológica é equivocado, notadamente nos países onde fatores socioeconômicos interferem na tomada de decisão na escolha da prótese valvular. A expectativa de vida reflete a condição socioeconômica e educacional do indivíduo. Fatores como idade, sexo e localização geográfica (rural ou urbana) afetam a escolha da prótese. Pacientes jovens ou oriundos de região rural e de baixo nível socioeconômico em estágio avançado da doença apresentam limitada expectativa de vida, até mesmo, em comparação à média nacional.

Choudhary et al. (2016) descreve os fatores que afetam a escolha da prótese e aponta que prioritariamente deve-se considerar o desejo e expectativa do paciente, a idade e sexo do paciente, expectativa de vida (estimada de acordo com a idade, sexo, comorbidades e condição específica do país), condição socioeconômica e educacional, presença de comorbidades (cardíacas ou não), necessidade de antiocoagulante, contraindicação de anticoagulante, probabilidade de adesão a terapia com varfarina, qualidade e acesso a serviços médicos, estilo de vida e profissão, gravidez, tamanho da cavidade do ventrículo esquerdo (na substituição da válvula mitral e por fim o custo e disponibilidade da prótese.

O segundo tema aborda os aspectos psicológicos concordantes com a literatura, Bayer-Topilsky et al. (2013) relataram o sentimento de ansiedade, medo e estresse após o diagnóstico de doença cardíaca. Poucos estudos abordam as manifestações psicoemocionais da patologia, não estando claro se o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) é independente ou secundário a severidade dessas cardiopatias. Mais uma vez, o estudo menciona que os aspectos psicoemocionais dos valvopatas continuam negligenciados. Assume-se que as manifestações psicoemocionais decorrem da potencial severidade da doença e, não pela doença em si.

Já os estudos de Kottmaier et al. (2017) investigaram a hipótese de a implantação de prótese biológica provocar mais medo e ansiedade nos valvopatas pela possibilidade de reoperação. Os resultados apresentados foram favoráveis para os pacientes submetidos ao implante de prótese biológica quando comparados aos portadores de válvula mecânica cuja ansiedade foi significativamente maior. Quanto os sentimentos e os anseios dos pacientes foram retratados, o futuro do relacionamento conjugal no tocante a sexualidade adquiriu especial

relevância, uma vez que a busca pela qualidade de vida é anulada pelo medo de complicações inerente as características da válvula implantada, explicado pelo ruído e pelo tratamento de anticoagulação da prótese mecânica.

A diversidade dos instrumentos não permite comparar os estudos, no entanto os resultados apresentados permitem compreender que fatores socioeconômicos associados a expectativa de vida podem determinar e ou influenciar na escolha da prótese valvular (Choudhary et al., 2016; Fernandes et al., 2012), os achados dessas pesquisas evidenciaram que fatores com idade, sexo, localização geográfica (rural ou urbana) e a expectativa de vida afetam na escolha da prótese valvular, reforçam a importância de se considerar esses fatores na construção de informações e orientações ao paciente, na construção do processo decisório considerando o ponto de vista do paciente.

Quanto às manifestações emocionais, os resultados apontam que os impactos emocionais decorrem da severidade da doença e não pela doença em si, ao se comparar os fatores emocionais associados a escolha da prótese valvular, os resultados encontrados revelaram que pacientes em uso de prótese mecânica apresentavam maior nível de ansiedade comparados aos usuários de bioprótese, devido a presença do sentimentos de medo de complicações inerente as características da válvula implantada, explicada pelo ruído e pelo tratamento de anticoagulação da prótese mecânica, de forma que se apresentam superiores ao medo de uma nova abordagem cirúrgica na bioprótese Bayer-Topilsky et al. (2013). Os resultados reforçam a importância de se considerar esses fatores na organização de informações e orientações ao paciente, bem como na construção do processo decisório, que se pretende considerar o ponto de vista do paciente, levando em consideração as manifestações emocionais.

Bayer-Topilsky et al. (2013) retrataram que poucos estudos abordam as manifestações psicoemocionais da patologia, não sendo claro se o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) é independente ou secundário à severidade dessas cardiopatias. Apesar de a regurgitação mitral ser a doença valvular mais frequente, os aspectos psicoemocionais dos valvopatas continuam negligenciados. O mesmo autor aponta que nos últimos anos, a influência da resposta psicoemocional tem sido também investigada em patologias como câncer, asma e demais condições cardíacas e pulmonares.

Os estudos de Sukantarat, Greer, Brett and Williamson (2007) revelaram que sobreviventes de uma doença grave apresenta evidências de ansiedade e depressão até 9 meses

depois, destaca ainda que um elevado número de paciente apresentará sintomas que podem indicar estresse pós-traumático.

A pesquisa identificou ausência de construtos que associam aspectos psicológicos e sociais vinculados ao processo decisório no tratamento de cirurgia valvular, pelo que se sugere a continuidade deste estudo, com a inclusão de outras variáveis, a fim de incluir o processo de tomada de decisão do paciente acerca de seu tratamento, com o objetivo de conhecer as influências dos aspectos psicológicos e sociais frente ao processo de tomada de decisão em relação ao tipo de válvula (Bioprótese ou Mecânica).

De acordo com Costa et al. (2008), perturbações de ordem emocional são expectáveis em pacientes no período pré e pós-operatório, embora ainda existam poucos estudos específicos em relação aos fatores psicológicos como ansiedade e depressão em pacientes submetidos a cirurgia valvular cardíaca. Estes autores sublinham, ainda, que a identificação de fatores de risco emocional possibilita uma abordagem precoce capaz de promover melhorias a nível do funcionamento global do doente e, assim melhorar o tratamento destes doentes.

A participação do psicólogo na equipe multidisciplinar em contexto hospitalar contribui para a avaliação e tratamento das condições emocionais/psíquicas do paciente, estendidas a família. Ebaid e Andreis (1990) reitera a necessidade de considerar as enfermidades cardíacas acerca de sua prevalência em nossa sociedade e seu significado para o doente, o reconhecimento dos fatores psicossociais auxilia na compreensão do histórico do desenvolvimento da doença, fatores como ansiedade, depressão e mudança sócio-econômica.

O tratamento das perturbações depressivas e ansiosas, segundo Costa et al. (2008), deverá ser uma ação prioritária, indispensável para a recuperação psicossocial do paciente.

Em termos gerais reforça-se a importância de considerar a assistência ao doente em uma abordagem que contemplem os aspectos fisiológicos, psicológicos e sociais como uma condição indispensável.

Referências

Al Halees, Z. (2007). The choice of valve prosthesis: Are the guidelines for everyone? *Asian Cardiovascular & Thoracic Annals*, 15, 457-458.

- Altenhofen, V., Lima, N. B., & Castro, E. K. (2016). Percepção da doença em pacientes cardíacos: Uma revisão sistemática. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 7, 45-63. doi: 10.5433/2236-6407.2016v7n2p45.
- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (1998) O conceito de coping: Uma revisão sistemática. *Estudos de Psicologia*, 3, 273-297.
- Bayer-Topilsky, T., Trenerry, M. R., Suri, R., Topilsky, Y., Antiel, M., Marmor, & Enriquez-Sarano, M. (2013). Psycho-emotional manifestations of valvular heart diseases: Prospective assessment in mitral regurgitation. *The American Journal of Medicine*, 126, 916-924.
- Choudhary, S.K., Talwar, S., & Airan B. (2016). Choice of prosthetic heart valve in a developing country. *Debates in Cardiovascular Medicine*, 8, 65-72. doi: 10.1136/heartasia-2015-010650.
- Costa, C., Teixeira-Souza, V., Costa, A., Reis, C., Grangeia, R., & Coelho, R. (2008). Impact of psychosocial factors heart valve surgery. *Acta Médica Portuguesa*, 21, 601-606.
- Dell'Aglio, D. D. (2000). *O processo de coping, institucionalização e eventos de vida em crianças e adolescentes*. Tese de Doutorado não-publicada. Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- Ebaid, C., & Andreis, M. (1990) A intervenção do psicólogo junto a pacientes cardiopatas. *Arquivos Brasileiros Cardiologia*, 55, 133-135. São Paulo.
- Fernandes, A.M., Bitencourt, L.S., Lessa, I.N., Viana, A., Pereira, F., Bastos, G., ... & Júnior, R.A. (2012). Impacto do perfil socioeconômico na escolha da prótese valvar em cirurgia cardíaca. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*, 27, 211-216. doi: 10.5935/1678-9741.20120056.
- Fernandes, A.M.S., Pereira, F.S., Bitencourt, L.S., Neto, A.V.P., Bastos, G.B., Durães, A.R., ... & Lessa, I.N. (2014). A influência da escolha da prótese valvar sobre a mortalidade intra-hospitalar no pós-operatório em pacientes submetidos à cirurgia valvar. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*, 29, 559-563. doi 10.5935/1678-9741.20140035.

- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Go, A. S., Mozaffarian D., Roger, V.L., Benjamin, E. J., Berry, J. D., Blaha, M. J., ... & Turner, M.B.(2014). Heart disease and stroke statistics-2014 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*, 129, 399-410. doi: 10.1161/01.cir.0000442015.53336.12
- Gonçalves, K. K. N., Silva J. I., Gomes, E. T., Pinheiro, L. L. S., Figueiredo, T. R., & Bezerra, M. M. S. (2015). Ansiedade no período pré-operatório de cirurgia cardíaca. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69, 374-380.
- Grisa, G.H., & Monteiro, J.K. (2015). Aspectos emocionais do paciente cardíaco cirúrgico no período pré-operatório. *Gerai's: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 8, 111-130.
- Kottmaier, M., Hettich, I., Deutsch, M. A., Badiu, C., & Krane, M. (2017). Quality of life and anxiety in younger patients after biological versus mechanical aortic valve replacement. *Thoracic and Cardiovascular Surgeon*, 65, 198-205, doi: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0036-1584907>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer
- Leventhal, H., & Cameron, L.D. (2003). *The Self-regulation of health and illness behavior*. London: Routledge
- Lisboa, C., Koller, S. H., Ribas, F. F., Bitencourt, K., Oliveira, L., Porciuncula, L. P., ... & Marchi, R.B. (2002). Estratégias de coping de crianças vítimas e não vítimas de violência doméstica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15, 345-362.
- Moraes, L. O., & Peniche, A.C. G. (2003). Ansiedade e mecanismos de coping utilizados por pacientes cirúrgicos ambulatoriais. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 37, 54-62. doi: [org/10.1590/S0080-62342003000300007](http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342003000300007).
- Phillips, L.A., Leventhal, H., & Leventhal, E. A. (2012). Physicians communication of the commo-sense self-regulation model results in greater reported adherence than physicians use of interpersonal skills. *British Journal of Health Psychology*, 17, 244-257. doi: 10.1111/j.2044-8287.2011.02035.x

- Ribeiro, A.L.A., & Gagliani, M.L. (2010). *Psicologia e cardiologia: Um desafio que deu certo*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Rodrigues, M.A., Rosa, J., Moura, M. De J., & Baptista, A. (2000). Ajustamento emocional, estratégias de coping e percepção da doença em pais de crianças com doença do foro oncológico. *Psicologia, Saúde e Doença, 1*, 61-68.
- Sampaio, R.F., & Mancini, M.C. (2007). Estudos de revisão sistemática: Um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Brazilian Journal of Physical Therapy, 11*, 83-89. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552007000100013>
- Souza, R.H.S., Mantovani, M. F., & Labronici, L.M. (2006). O vivido pelo cliente em pré operatório de cirurgia cardíaca. *Online Brazilian Journal of Nursing, 5*. doi:<https://doi.org/10.5935/1676-4285.2006403>.
- Sukantarat, K., Greer, S., Brett, S., & Williamson, R. (2007). Physical and psychological sequelae of critical illness. *British Journal of Health Psychology, 12*, 65-74.
- Tarasoutchi, F., Montera, M.W., Grinberg, M., Barbosa, M.R., Piñeiro, D.J., Sánchez, C.R.M., & Barbosa, M.M. (2011). Diretriz Brasileira de Valvopatias - SBC 2011 / I Diretriz Interamericana de Valvopatias - SIAC 2011. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 97*, 1-67.
- Torrati, F.G., Gois, C.F.L., & Dantas, R.A.S. (2010). Estratégia no cuidado ao paciente cardíaco cirúrgico: Avaliação do senso de coerência. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 44*, 739-744. <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000300027>
- Vargas, T. V. P., Maia, E. M., & Dantas, R. A. S. (2006). Sentimentos de pacientes no pré-operatório de cirurgia cardíaca. *Revista Latino Americana de Enfermagem, 14*, 383-388.
- Wottrich, S. H., Quintana, A. M., Camargo, V. P., & Beck, C. L. C. (2015). “Manifestos do Coração”: Significados atribuídos à doença por pacientes cardíacos pré-cirúrgicos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 31*, 213 – 219.
- Wottrich, S. H., Quintana, A. M., Camargo, V. P., Quadros, C. O. P., & Naujorks, A. A. (2013). Significados e vivências mediante a indicação cirúrgica para pacientes cardíacos. *Psicologia em Estudo, 18*, 609 – 619.

Parte II – Escala de Percepção da Capacidade de Enfrentamento e Responsabilidade na Escolha da Prótese Valvular: Construção e estudo psicométrico

Resumo

O propósito deste artigo é apresentar o processo de construção e o estudo psicométrico do Questionário de Percepção da Capacidade de Enfrentamento e Responsabilidade na Escolha do Tipo de Prótese Valvular. Com o objetivo de conhecer as influências dos aspectos psicológicos e sociais frente ao processo de tomada de decisão em relação ao tipo de prótese valvular (Bioprótese ou Mecânica), construiu-se um questionário para avaliação da percepção sobre a compreensão do adoecimento, capacidade de enfrentamento e responsabilidade no processo decisório para a escolha do aparato valvular. O instrumento é constituído por 14 itens, organizados em 3 subescalas - (1) Percepção de Competências para Tomar Decisão (2) Aspectos Emocionais Envolvidos na Doença e Tratamento, (3) Dificuldade/Complexidade do Processo de Decisão. Trata-se de uma escala tipo Likert, que oferece cinco níveis de resposta (dis)concordância (discordo totalmente, discordo, não concordo/nem discordo, concordo e concordo totalmente. Os participantes compõem uma amostra de conveniência de 44 indivíduos, com idades compreendida entre 18 e 76 anos ($M=52,31$; $DP=15,27$; $Med=53,50$), sendo 52,3% mulheres. Os participantes responderam a um questionário sociodemográfico e clínico, ao Questionário de Percepção da Capacidade de Enfrentamento e Responsabilidade na Escolha Prótese Valvular e à Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão. Os resultados para cada item variam entre o valor máximo e o mínimo possíveis e os valores de médias e medianas destes são praticamente sobreponíveis, ainda que os valores de assimetria e curtose ultrapassem a unidade para alguns dos itens. Verificou-se que os itens se encontram organizados em 3 fatores – Fator 1, Percepção de Competência para Tomar Decisões, Fator 2, Aspectos Emocionais Envolvidos na Doença e Tratamento e Fator 3, Dificuldade/Complexidade do Processo de Decisão, que explicam 58,86% da variância. As correlações item-total e item-subescalas, corrigidas para sobreposição, variam entre -0,06 e 0,46. O questionário globalmente considerado apresenta um alfa de Cronbach de 0,68. Conclui-se tratar-se de uma medida com uma validade e fidelidade aceitáveis, que poderá ser útil em contexto clínico, ainda que o estudo da sua sensibilidade deva, em estudos futuros, merecer maior atenção.

Palavras chave: Escolha da prótese valvular, tomada de decisão, aspectos emocionais.

Abstract

The purpose of this paper is to present the construction process and the psychometric study of the Perception of Coping Skills and Responsibility in Valve Prosthesis Type Choice Scale. Aiming to cognize the influence of psychological and social aspects in the decision-making process related to the valve type (Bio prosthesis or Mechanical), a survey was elaborated to assess the perception on the comprehension of the disease process, the coping capability and responsibility in the decision making process of the valve apparatus. The tool consists of 14 items, organized in 3 subscales – (1) Perception of Competences for Decision making, (2) Emotional Aspects Involved in the Disease and Treatment, (3) Difficulty/Complexity in the Decision-Making Process. It is a Likert type Scale that offers five levels of (dis)agreement answers (disagree completely, disagree, neither agree nor disagree, agree and agree completely). The participants compose a convenience sample of 44 individuals, with ages ranging from 18 to 76 years old ($M=52.31$; $SD=15.27$; $Med=53.50$), being 52.3% women. Participants answered to a sociodemographic and clinical survey, to the Perception of Coping Skills and Responsibility in Valve Prosthesis Type Choice Scale and to the Hospital Anxiety and Depression Scale. The results to each item range between the possible maximum and the minimum values and their mean and median values are practically overlapping, even though the values of asymmetry and kurtosis exceed the unit for some of the items. It was verified that the items are organized in 3 factors – Factor 1, Perception of Competence for Decision-Making, Factor 2, Emotional Aspects Involved in the Disease and Treatment and Factor 3, Difficulty/Complexity of the Decision-Making Process – that explain 58.86% of variance. The correlations item-total and item-subcales, run for overlapping, range between -0.06 and 0.46. The survey, considered globally, presents a Cronbach alpha of 0.68. In conclusion, it is a valid and reliable measure which may be useful in clinical context, although the study of its sensibility should, in future studies, deserve more attention.

Keywords: Valve Prosthesis Choice, Decision-making, Emotional Aspects.

O acometimento valvular segundo Kubo (2001) altera o estilo de vida e consequentemente a qualidade de vida por limitações principalmente nas atividades da vida diária que perpassam o físico, o psicológico e o social, por demandar longos períodos de tratamento, com a evolução e cronificação, esses sintomas podem alterar significativamente o estilo e o modo de viver do doente, em algum momento de vida o tratamento cirúrgico poderá ser indicado, pela ineficiência da terapêutica clínica. Anjos et al. (2015) em seu estudo sobre o

impacto da doença em pacientes valvopatas, pondera que é importante reconhecer a forma que o doente percebe e enfrenta o tratamento para assim avaliar as repercursões na vida diária, para deste modo auxiliá-lo no desenvolvimento de estratégias de cuidado, alívio e enfrentamento de sintomas.

O estudo de Kubo (2001) revela que as alterações mais citadas pelos doentes no estilo de vida são: mudança no jeito de viver (limitação física), quando aos esforços, sentimento de limitação por ter uma doença crônica, alterações emocionais como: retraimento, medo, angustia, desânimo, insegurança e necessidade de atenção e cuidado.

O processo cirúrgico, segundo Peniche, Jouclas e Chaves (1999) desencadeará sentimentos, acompanhados por uma avaliação cognitiva, que resultarão em comportamentos de ajustes com a finalidade de enfrentar o stress e a ansiedade. Quanto mais dados da realidade o indivíduo dispuser, mais efetivas serão essas avaliações cognitivas. Peniche et al. (1999) descreve que para a obtenção desses dados, o indivíduo poderá utilizar as experiências passadas, questionamentos, hipóteses e assimilações.

O processo de tomada de decisão envolvidos na doença e tratamento, segundo Abreu, Kowalski, Coconelli e Ferraz (2006), inicia-se com o acesso de informações pertinentes à sua doença, chama atenção de modo particular e prioritário para as patologias crônicas, acolher o paciente como sujeito ativo, de modo que a relação de poder seja compartilhada, bem como a relação de responsabilidades.

O objetivo do presente estudo é apresentar o processo de construção e o estudo psicométrico do questionário Percepção da Capacidade de Enfrentamento e Responsabilidade na Escolha do Tipo de Prótese Valvular, para avaliação dos determinantes da escolha da prótese valvular.

Método

Participantes

Os participantes constituem uma amostra não aleatória, de conveniência, composta por 44 pacientes com indicação de cirurgia de troca e retroca, com idades compreendidas entre os 18 e os 76 anos ($M= 52,31$; $DP=15,27$), 52,3% dos quais mulheres. A maioria era residente em zona urbana (79,5%) e residiam com a família 84,1%. Os inquiridos apresentavam baixo nível de escolaridade, sendo 52,3% analfabeto ou não chegou a completar o ensino fundamental. A maioria dos participantes recebia uma renda mensal familiar de 1 a 2 salários mínimos (72,7%).

Em relação à caracterização clínica, a maioria dos participantes apresentam diagnóstico de etiologia adquirida reumática (47,7%) em seguida (38,6%) de diagnóstico de etiologia adquirida degenerativa. As indicações de tratamento foram majoritariamente para troca valvular (75%). Entre os tipos de válvulas acometidas, destacam-se as válvulas aórtica (50%), mitral (45,5%).

Material

Os participantes responderam a três instrumentos:

(1) Questionário Sociodemográfico e Clínico; instrumento desenvolvido especificamente para o presente estudo com o objetivo de recolher dados relativamente à idade, sexo, escolaridade, composição familiar, hábitos e estilos de vida, diagnóstico e tratamento.

(2) Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (versão de Marcolino et al. 2007): Escala de auto-resposta desenvolvida por Zigmond e Snaith (1983), e que tem como objetivo identificar de forma válida, fiel e prática sintomas de depressão e ansiedade. Apresenta como importante vantagem sobre outras escalas o facto de ter sido concebida de forma a evitar indicadores físicos, que pudessem induzir em erro na avaliação de populações médicas. Constituída por 14 itens, organizados em duas subescalas – (7 itens) Ansiedade e (7 itens) Depressão. Foram adotados os pontos de cortes apontados por Zigmond e Snaith (1983), e validados na população brasileira por Marcolino et al (2007) em pacientes no pré-operatório, para ambas as subescalas: HAD-ansiedade: sem ansiedade de 0 a 8, com ansiedade ≥ 9 ; HAD-depressão: sem depressão de 0 a 8, com depressão ≥ 9 .

(3) A Escala de Percepção da Capacidade de Enfrentamento e Responsabilidade na Escolha Prótese Valvular. Foi desenvolvido com o objetivo de avaliar os determinantes na escolha da prótese valvar. Trata-se de uma escala tipo Likert constituída por 14 itens, organizados em 3 subescalas (1) Percepção de Competências para Tomar Decisão contendo 5 itens. (2) Aspectos Emocionais Envolvidos na Doença e Tratamento, composto por 7 itens, (3) Dificuldade/Complexidade do Processo de Decisão contendo 2 itens (Quadro 1).

Quadro 1.

Estrutura do Questionário “Capacidade de enfrentamento e responsabilidade na escolha da prótese valvular”.

Subescalas	Item n°	Item
Percepção de competência para tomar decisões	1	Possuo boa compreensão da doença cardíaca que me acomete.
	9	Sinto capaz de decidir em relação ao meu tratamento cardiológico.
	10	Recebi informações esclarecedoras que contribuíram para minha decisão em relação ao tipo de prótese valvar.
	11	Sinto-me seguro em relação a minha escolha da prótese valvar.
	14	Me sinto desanimado e desmotivado em relação ao meu futuro após o adoecimento.
Aspectos emocionais envolvidos na doença e tratamento	2	Pensei em recusar o tratamento cardiológico por medo da cirurgia.
	3	Procurei um amigo para pedir conselhos sobre as hipóteses de tratamento que me ofereceram.
	6	O adoecimento do coração pode afetar bruscamente a vida
	7	O problema cardíaco pode afetar o psicológico
	8	A ansiedade é um dificultador na promoção do seu tratamento diante do adoecimento do coração
	12	Tenho medo de arrependimento no futuro da escolha que fiz em relação ao meu tratamento.
Dificuldade/Complexidade do processo de decisão	13	Me sinto desanimado e desmotivado em relação ao meu futuro após o adoecimento.
	4	Tenho dificuldade para tomar decisões em relação ao meu problema cardiológico e tratamento
	5	Quando chega o momento de decidir, em relação ao tratamento cardiológico, sinto-me dominado pelas alternativas.

Para cada item são oferecidas cinco opções de resposta, numa escala de (dis)concordância - discordo totalmente (1), discordo (2), não concordo/nem discordo (3), concordo (4) e concordo totalmente(5). Os valores para cada subescala são calculados através do somatório simples das respostas dadas aos respectivos itens.

Procedimento

O processo de construção da Escala de Percepção da Capacidade de Enfrentamento e Responsabilidade na Escolha da Prótese Valvular passou por algumas etapas que passamos a enunciar:

Efetou-se uma revisão da literatura sobre as reações psicossociais na escolha da prótese valvular e sobre o impacto das variáveis psicossociais na escolha do tipo de prótese e sobre avaliação deste construto, identificando-se domínios chave a serem avaliados.

A partir da informação recolhida procedeu-se à construção de uma piscina de itens inicial, que, de seguida, foi depurada, eliminando-se redundâncias em relação aos conteúdos avaliados por cada um dos itens e selecionando-se, para integrar o questionário, os itens que os investigadores consideraram avaliar domínios mais relevantes relacionados com os aspectos psicossociais na tomada de decisão relativamente à escolha do tipo de prótese valvular para a população e contexto cultural brasileiros.

O Estudo recebeu aprovação previa pelo comitê de ética e pesquisa do Hospital Santa Casa de Belo Horizonte sob o protocolo 135793/2017 (CAAE: 79998517.2.0000.5138).

Os questionários foram respondidos através de preenchimento assistido pela pesquisadora, em entrevista individual, realizada a pacientes internados no Hospital Santa Casa de Belo Horizonte com proposta de cirurgia cardíaca de troca ou retroca valvular, antes da realização da cirurgia, que aceitaram a participar, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As instruções foram lidas em voz e tom compreensivo “Este questionário é sobre como você se sente a respeito de seu adoecimento, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, escolha entre as alternativas a que lhe pareça mais próxima daquilo que pensa. Esta, muitas vezes, poderá ser a sua primeira escolha”. O preenchimento do questionário necessitou de aproximadamente 4 minutos, os itens de modo geral foram bem compreendidos.

Para verificarmos a correlação entre as variáveis de interesse relativas ao questionário semiestruturado foram calculados os coeficientes de Pearson e testadas suas significâncias.

Em seguida, com o objetivo de testar a validade do instrumento, foi realizada uma Análise Fatorial Exploratória para verificar a necessidade de exclusão de algum item que não estivesse contribuindo com a formação dos construtos, uma vez que itens com cargas fatoriais menores que 0,50 devem ser eliminados dos construtos (Hair, Black, Babin, Anderson and Tathan, 2009), pois, ao não contribuir de forma relevante para formação da variável latente, podem prejudicar o alcance das suposições básicas para validade e qualidade dos indicadores criados para representar o conceito de interesse. O número de dimensões foi estimado a partir do critério Velicer MAP. A adequação da amostra para utilização da análise fatorial foi medida através do indicador KMO. É uma medida que varia de 0,0 a 1,0, sendo que quanto mais próximo de 1,0 (unidade) mais apropriada será a amostra à aplicação da análise fatorial. É adequado aplicar a Análise Fatorial Exploratória ao conjunto de variáveis quando o KMO for maior que 0,50 (Maroco, 2003; Mingot, 2013; Triola, 2017).

Procedeu-se, ainda, a uma análise da correlação item-total e item-subescalas, corrigida para sobreposição. Para verificar a validade convergente foi utilizado o critério de Fornell e Larcker, que indica validação convergente quando a Variância Média Extraída – AVE for superior a 0,50, ou 0,40 no caso de pesquisas exploratórias.

Com intenção de testar a fidelidade do instrumento, procedeu-se a uma análise do alfa de Cronbach. Para avaliar a confiabilidade foi utilizado o Alfa de Cronbach e a Confiabilidade Composta. Os indicadores Alfa de Cronbach e a Confiabilidade Composta devem ser maiores que 0,70 para uma indicação de confiabilidade do constructo, sendo que em pesquisas exploratórias valores acima de 0,60 também são aceitos.

Os participantes foram classificados relativamente aos sintomas de ansiedade e de depressão que apresentavam de acordo com os pontos de corte propostos por Marcolino et al. (2007).

Para realizar comparações entre Sexo relativamente à Ansiedade, Depressão, Tipo de Prótese e Diagnóstico quanto à Percepção de ansiedade e depressão considerou-se de forma dicotómica, ou seja, se tem ou não tem sintomas sugestivos de ansiedade e depressão, foi utilizado o Teste Exato de Fisher. O Teste Exato de Fisher é indicado para quando alguma casela da tabela de contingência tem valores esperados inferiores a 5, o qual é uma alternativa ao Teste Qui- Quadrado.

Resultados

O Quadro 2 apresenta a análise descritiva para cada item. Foram apresentadas média, mediana, mínima, máximo, assimetria e curtose para cada um dos itens.

Quadro 2.

Análise Descritiva dos Construtos.

Constructo	Itens	Média	Mediana	Mín.	Máx.	Assimetria	Curtose
Percepção de Competência para tomar decisões	1	3,84	4	1	5	-1,66	2,75
	9	3,82	4	1	5	-1,16	0,17
	10	4,09	4	1	5	-1,42	1,77
	11	3,95	4	1	5	-1,63	2,62
	14	3,75	4	1	5	-1,04	0,11
Aspectos Emocionais envolvidos na doença e tratamento	2	2,41	2	1	5	0,52	-0,94
	3	2,91	3	1	5	-0,22	-0,92
	6	4,27	5	1	5	-1,5	1,56
	7	4,32	5	1	5	-1,37	1,31
	8	4,3	4,5	1	5	-1,39	2,36
	12	2,07	2	1	3	-0,12	-1,62
Dificuldade/Complexidade do processo de decisão	13	2,89	3	1	5	0	-1,16
	4	3,3	3	1	5	-0,06	-1,11
	5	3,39	4	1	5	-0,4	-1,08

De forma a assegurar a viabilidade da realização de uma análise em componentes principais, efetuou-se o cálculo do KMO, tendo-se verificado que o mesmo é de 0,584, e os resultados do teste de esfericidade de Bartlett ($p < 0,0001$) leva à rejeição da matriz de correlações ser a matriz identidade, pelo que, de acordo com os critérios propostos por vários autores (ver, por exemplo, Maroco, 2003; Mingot, 2013; Pestana & Gageiro, 2000; Triola, 2017) é aceitável prosseguir com a análise factorial.

Face a estes últimos resultados, optou-se por realizar uma análise em componentes principais, que permitiu concluir que o instrumento se encontra organizado em 3 factores interpretáveis, que explicam 58,867% da variância (Factor 1 explica 26,831% da variância; Factor 2 explica 21,993% da variância e factor 3 explica 10,043 da variância).

Quadro 3.

Análise em Componentes Principais e valores de alfa de Cronbach para cada subescala

Itens	Factor 1	Factor 2	Factor 3
1. Posso boa compreensão da doença cardíaca que me acomete	-0,661	0,274	0,453
2. Pensei em recusar o tratamento cardiológico por medo da cirurgia	0,134	0,627	-0,058
3. Procurei um amigo para pedir conselhos sobre as hipóteses de tratamento que me ofereceram	-0,097	0,673	0,097
4. Tenho dificuldade para tomar decisões em relação ao meu problema cardiológico e tratamento	0,591	-0,101	0,585
5. Quando chega o momento de decidir, em relação ao tratamento cardiológico, sinto-me dominado pelas alternativas	0,685	0,026	0,484
6. O adoecimento do coração pode afetar bruscamente a vida	0,440	0,501	0,207
7. O problema cardíaco pode afetar o psicológico	0,576	0,426	0,310
8. A ansiedade é um dificultador na promoção do seu tratamento diante do adoecimento do coração	0,478	0,481	-0,225
9. Sinto-me capaz de decidir em relação ao meu tratamento cardiológico	-0,629	0,566	0,084
10. Recebi informações esclarecedoras que contribuíram para minha decisão em relação ao tipo de prótese valvar	-0,636	0,501	0,237
11. Sinto-me seguro em relação a minha escolha da prótese valvar	-0,549	0,517	-0,210
12. Tenho medo de arrependimento no futuro da escolha que fiz em relação ao meu tratamento	0,056	0,298	0,042
13. Me sinto desanimado e desmotivado em relação ao meu futuro após o adoecimento	0,469	0,724	-0,305
14. Tenho muitos projetos em relação ao meu futuro	-0,627	-0,177	0,469
Alfa de Cronbach	0,80	0,75	0,89

Os três factores são interpretáveis:

- **Fator 1- Percepção de competência para tomar decisões:** A componente pode ser interpretada como uma avaliação do paciente sobre sua percepção de competências para tomada de decisões e altos valores da mesma sugerem lucidez do paciente para decidir sobre as questões do tratamento. Quanto mais elevado o valor, maior será essa percepção de competência.
- **Fator 2 – Aspectos emocionais envolvidos na doença e tratamento:** Pode ser vista como um índice que resume os aspectos psicológicos como um todo do indivíduo. Quanto mais elevado for o valor nessa componente mais negativa serão as reações emocionais por parte do paciente.
- **Fator 3 – Dificuldade/Complexidade do processo de decisão:** A terceira componente pode ser interpretada como um índice que está associado à capacidade de tomada de decisões do paciente. Quanto maior o valor obtido nesta componente maior a dificuldade sentida no processo de decisão.

Procedeu-se ao cálculo do alfa de Cronbach para a escala total ($\alpha=0,63$) e para cada um dos três factores identificados (Quadro 4).

Quadro 4.
Medidas de validade e qualidade dos construtos.

Construto	Itens	AVE	A	C.C.	KMO	Dim.
Percepção de Competência	5	0,57	0,56	0,70	0,75	1
Aspectos Emocionais		0,49	0,78	0,80	0,62	1
Dif. Do processo de decisão	3	0,44	0,30	0,68	0,52	1

¹Variância Extraída; ² Alfa de Cronbach; ³ Confiabilidade Composta; ⁴ Medida de adequação da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin; ⁵ Dimensionalidade.

Em sequencia procedeu-se à análise de correlações, corrigidas para sobreposição, entre item-total e entre cada item, a subescala a que pertence e restantes subescalas conforme exposto no Quadro 5.

Quadro 5.

Análise das correlações, corrigidas para sobreposição, item-total e item-subescalas

Itens	Escala Total	Subescala 1	Subescala 2	Subescala 3
		Percepção de competência para tomar decisões	Aspectos emocionais envolvidos na doença e tratamento	Dificuldade/Complexidade do processo de decisão
1	0,20	0,64	-0,05	-0,31
2	0,45	0,14	0,42	0,14
3	0,51	0,32	0,39	0,02
4	0,04	-0,34	0,12	0,81
5	0,11	0,40	0,28	0,81
6	0,36	-0,07	0,49	0,16
7	0,33	0,17	0,51	0,30
8	0,30	-0,20	0,52	0,18
9	0,36	0,72	0,14	-0,31
10	0,35	0,71	0,11	-0,30
11	0,26	0,54	0,11	-0,33
12	0,21	0,07	0,21	0,05
13	0,42	-0,13	0,72	0,12
14	-0,15	0,35	-0,35	-0,22

Existem correlações fracas a moderadas entre os itens e a escala globalmente considerada, sendo as correlações entre itens e subescalas a que pertencem maioritariamente moderadas. Todos os itens revelam estar mais correlacionados com a subescala a que pertencem do que com as restantes.

O Quadro 6 apresenta as correlações de Pearson entre as subescalas e os níveis de ansiedade e depressão.

Quadro 6.

Correlações entre subescala do instrumento e níveis de ansiedade e de depressão

	Percepção de competência para tomar decisões	Aspectos emocionais envolvidos na doença e tratamento	Dificuldade/Complexidade do processo de decisão
Percepção de competência para tomar decisões	-	-0,01	-0,39*
Aspectos emocionais envolvidos na doença e tratamento	-0,01	-	0,22
Dificuldade/Complexidade do processo de decisão	-0,39*	0,22	-
Ansiedade	-0,11	0,44*	0,04
Depressão	-0,09	0,36*	0,11

* $p < 0,05$

Constatou-se a existência de uma correlação estatisticamente significativa, negativa e fraca entre a Percepção de competência para tomar decisões e a Dificuldade/Complexidade do processo de decisão, demonstrando que a Percepção de competência será tanto maior quanto menor for a Dificuldade/Complexidade do processo de decisão percebida pelo doente. Verificou-se não existir uma relação estatisticamente significativa entre a subescala Percepção de competência para tomar decisões e os Aspectos emocionais envolvidos na doença e tratamento, nem entre estes e a Dificuldade/Complexidade do processo de decisão.

Apenas os Aspectos emocionais envolvidos na doença e tratamento revelaram estar correlacionados de forma estatisticamente significativa e fraca com os sintomas de depressão e de forma moderada com os sintomas de ansiedade.

Discussão

Construiu-se uma escala que se destina avaliar a percepção do paciente e como se sente a respeito de seu adoecimento, saúde e outras áreas de sua vida, com objetivo de explorar o reconhecimento do ponto de vista do paciente em relação a sua doença valvular, bem como, a definição de medidas terapêuticas adotadas.

O questionário foi bem aceite pelos respondentes, de modo que não apresentaram questionamentos sobre seu conteúdo ou formato.

As respostas dos participantes distribuem-se pelas várias opções de resposta, sendo os valores de média e mediana de cada item praticamente sobreponíveis, o que poderia sugerir a normalidade da distribuição. Porém, os valores de assimetria e de curtose para a maioria dos itens ultrapassam a unidade, o que sublinha a importância de, em estudos futuros, realizados com um número de participantes mais expressivo, se explorar de forma mais aprofundada a sensibilidade do instrumento.

Este instrumento demonstrou estar organizado em 3 factores, que explicam mais de 58% da variância. As cargas factoriais dos itens revelam ser, na sua maioria, superiores a 0,50, o que parece corroborar a sua validade de construto.

A análise das correlações, corrigidas para sobreposição, dos itens com as subescalas comprovam a validade interna convergente e discriminante do instrumento, sendo que são sistematicamente mais elevadas as correlações dos itens com as subescalas a que pertencem do que com as subescalas a que não pertencem.

Verificou-se existir uma correlação estatisticamente significativa negativa, ainda que fraca, entre a Percepção de competência para tomar decisões e a Dificuldade/Complexidade do processo de decisão percebida pelo doente, o que também nos parece ser uma confirmação da validade do instrumento. Verifica-se, assim, como expectável, que quanto maior a percepção de Dificuldade/Complexidade da decisão a tomar, menor é a Percepção de competência para tomar essa decisão.

Verificou-se não existir correlação estatisticamente significativa entre Percepção de competência para tomar a decisão e Aspectos emocionais envolvidos, nem entre estes e a percepção de Dificuldade na tomada de decisão, sugerindo a independência deste factor.

Verificou-se não existir uma correlação estatisticamente significativa entre as subescalas Percepção de competência e percepção de Dificuldade/Complexidade da tomada de decisão e os níveis de ansiedade e de depressão. No entanto, os Aspectos emocionais envolvidos na doença e tratamento revelaram estar correlacionados de forma positiva e fraca com os níveis de depressão e de forma moderada com os níveis de ansiedade, confirmando a validade externa convergente do instrumento.

O instrumento apresenta, ainda, uma razoável consistência interna quando considerado globalmente e apresenta boa consistência interna quando consideradas as suas subescalas de forma independente, confirmando tratar-se uma medida fiel.

O presente estudo confirma que o Questionário de Percepção da Capacidade de Enfrentamento e Responsabilidade na Escolha Prótese Valvular trata-se de um instrumento válido e fiel, que poderá ser uma ferramenta útil, válida e fiel para a prática clínica, ajudando a sistematizar a recolha de informações relevantes aos psicólogos que desempenham as suas funções em serviços semelhantes. Sugere-se que estudos futuros não só se debrucem sobre amostras mais amplas de doentes, a partir desses dados, analisem de forma mais aprofundada a sua sensibilidade.

ANEXO (D)

Escala de Percepção da Capacidade de Enfrentamento e Responsabilidade na Escolha da Prótese Valvular

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de seu adoecimento, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, escolha entre as alternativas a que lhe pareça mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser a sua primeira escolha.

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Possuo boa compreensão da doença cardíaca que me acomete.					
2. Pensei em recusar o tratamento cardiológico por medo da cirurgia.					
3. Procurei um amigo para pedir conselhos sobre as hipóteses de tratamento que me ofereceram.					
4. Tenho dificuldade para tomar decisões em relação ao meu problema cardiológico e tratamento.					
5. Quando chega o momento de decidir, em relação ao tratamento cardiológico, sinto-me dominado pelas alternativas.					
6. O adoecimento do coração pode afetar bruscamente a vida					
7. O Problema cardíaco pode afetar o psicológico.					

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo	Concordo	Concordo totalmente
8. A ansiedade é um dificultador na promoção do seu tratamento diante do adoecimento do coração.					
9. Sinto-me capaz de decidir em relação ao meu tratamento cardiológico.					
10. Recebi informações esclarecedoras que contribuíram para minha decisão em relação ao tipo de prótese valvar.					
11. Sinto-me seguro em relação a minha escolha da prótese valvar.					
12. Tenho medo de arrependimento no futuro da escolha que fiz em relação ao meu tratamento.					
13. Me sinto desanimado e desmotivado em relação ao meu futuro após o adoecimento.					
14. Tenho muitos projetos em relação ao meu futuro.					

Referências

- Abreu, M.M., Kowalski, S.C., Ciconelli, R.M., & Ferraz, M.B. (2006). Apoios de Decisão: Instrumento de auxílio à medicina baseada em preferências: Uma revisão conceitual. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 46, 4, 266-272.
- Anjos, D.B.M., Padilha, K.M., Pedrosa, R. B. S., & Gallani, M.C.B.J. (2016). Influence of sociodemographic and clinical characteristics at the impacto f valvular hesrt disease. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69, 33-39, <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690105i>
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E. E., & Tatham, R. L. (2009). *Análise Multivariada de Dados*. Porto Alegre: Bookman.
- Kubo, K. M., Colombo, R. C. R., Gallani, M. C. B. J., & Noronha, R. (2001). Subsídios para a assistência de enfermagem a pacientes com valvopatia mitral. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9, 33-42. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692001000300006>
- Marcolino J.A.M, Mathias L.A.S.T, Piccinini-Filho L, Guaratini A.A, Suzuki F.M, & Alli, J.A.C. (2007). Escala hospitalar de ansiedade e depressão: Estudo de validade de critério e da confiabilidade com pacientes no pré-operatório. *Revista Brasileira Anestesiologia*.57, 52-62.
- Mingoti, S. A. (2013). *Análise de dados através de métodos de estatística multivariada: Uma Abordagem Aplicada*. 2ª ed. Belo Horizonte: UFMG.
- Peniche, A.C.G., Jouclas, V.M.G., & Chaves, E.C. (1999). A influência da ansiedade na resposta do paciente no período pós-operatório. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 33, 391-403. <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62341999000400011>
- Triola, M. F. (2017). *Introdução à Estatística*. 12ª ed. LTC.
- Zigmond, A.S., & Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361 -370.

Parte III - A Cronicidade da Valvopatia: Aspectos psicológicos na escolha da prótese valvular

Resumo: O presente estudo empírico teve como objetivo contribuir para aprofundar o conhecimento sobre a relação do paciente com a sua doença, bem como sobre a definição de medidas terapêuticas adotadas, buscando identificar as razões evocadas pelo doente para descrever os factores de natureza psicossocial na escolha do tipo de prótese valvular. Para a recolha de dados, foram administrados os seguintes instrumentos: (1) Questionário sociodemográfico e clínico, (2) Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS) (3) Escala de Percepção da Capacidade de Enfrentamento e Responsabilidade na Escolha da Prótese Valvular. A coleta foi realizada através de preenchimento assistido pela investigadora. A amostra foi constituída de forma não aleatória, por conveniência, sendo composta por 44 participantes internados no hospital, 75% ($n=33$) dos quais com indicação de cirurgia de troca valvular e 25% ($n=11$) com indicação para retroca valvular, a maioria dos quais apresentava diagnósticos de etiologia adquirida reumática (47,7%; $n=21$). Entre os participantes, 59,1% ($n=26$) optaram por prótese mecânica e 40,9% ($n=18$) para prótese biológica; e 66% dos participantes decidiram sua prótese e 34% delegaram a decisão. Ao analisar como se deu escolha entre os doentes que decidiram sua prótese, constatou-se que 76% optou por prótese mecânica devido a durabilidade da prótese, 21% bioprótese por menor exigência de controle, de forma a não alterar o estilo de vida e 3% escolheu bioprótese por medo dos cuidados exigidos pela prótese mecânica. Conclui-se que os pacientes que decidiram pela prótese mecânica o fizeram a pensar na durabilidade desta e que os que decidiram pela prótese biológica o fizeram a pensar na qualidade de vida e manutenção do estilo de vida. Não existem diferenças significativas nos níveis de ansiedade e depressão entre os doentes que escolheram o tipo de prótese por si e aqueles que escolheram com ajuda. 100% ($n=11$) dos doentes submetidos a cirurgia de retroca valvular, afirmaram não ter recebido informações na(s) cirurgia(s) anterior(es) sobre mais de uma opção de válvula, de forma que não participaram da escolha da prótese. Revelaram que, pela primeira vez, tiveram a oportunidade de decidir o tratamento cardiológico, além de obterem maiores informações sobre o problema de saúde e perspectiva de tratamento. As mulheres apresentam uma maior percepção de Dificuldade/complexidade para tomar decisão ($p<0,01$). Isto posto, reitera-se a importância da prestação de cuidados psicossociais mais ajustados, para adoção de intervenções adequadas.

Palavras-Chave: Escolha da Prótese Valvular, Ansiedade e Depressão

Abstract: The present empirical study aimed to contribute to deepen the knowledge about the patient's relationship with their disease, as well as the definition of therapeutic measures adopted, seeking to identify the reasons evoked by the patient to describe the psychosocial factors in the choice of type of valve prosthesis. In order to obtain data, the present investigation used the following instruments: (1) Sociodemographic and clinical survey, (2) Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (3) Survey: Coping capability and responsibility in valve prosthesis type choice. The data gathering was carried out by means of a survey filled out with supervision by the researcher. The sample was selected in a non-random manner, for convenience, and was composed of 44 hospitalized patients, 75% (n = 33) of whom had an indication for valve replacement surgery and 25% (n = 11) had indication for valve re-replacement, most of which presented diagnoses of acquired rheumatic etiology (47.7%, n = 21). Among the participants, 59.1% (n = 26) opted for the mechanical prosthesis and 40.9% (n = 18) for the biological prosthesis. 66% of the participants decided on their prosthesis by themselves and 34% delegated the decision. When analyzing how the choice came to happen, it was found that the justification of the choice of those who decided on their prosthesis, 76% opted for mechanical prosthesis due to the durability of the prosthesis, 21% biological for less control requirement, so that it would not change their lifestyle and 3% chose biological for fear of the care required for the mechanical prosthesis. It was concluded that patients who decided, when opted for the mechanical prosthesis, they chose thinking of its durability and, when decided for the biological prosthesis, they chose thinking of quality of life and maintenance of life style. There are no significant differences on anxiety and depression levels between patients that chose the prosthesis type by themselves and those who had help to choose. 100% (n=11) of the patients who underwent re-replacement surgery said that they didn't receive information on previous surgery(ies) about the possibility of more than one type of prosthesis, resulting in not having participated in the decision-making process. They revealed that for the first time, they had the opportunity to decide on the cardiologic treatment, in addition to obtaining further information about the health problem and treatment perspective. In the subscale (3) of the questionnaire women present a greater perception of Difficulty / complexity to make decision (p <0.01). Therefore, the importance of providing more adjusted psychosocial care for adopting appropriate interventions is reiterated.

Keywords: Valve Prosthesis Choice, Anxiety and Depression

Ainda que a valvopatia embora tenha elevada ocorrência no Brasil, a dimensão e dados sobre sua real prevalência, assim como perfil clínico ainda são escassos (Brasil, 2012). A cirurgia de troca de válvulas parece no ranking como o segundo tipo de cirurgia cardiovascular mais realizadas no Brasil nos períodos de janeiro de 2008 a agosto de 2010 (Almeida, 2010)

A cirurgia de troca de válvula tem como objetivo evitar a deterioração da função cardíaca, aliviar os sintomas e prolongar a sobrevida do paciente (Choudhary et al., 2016). Apesar de haver diretrizes estabelecidas pela American Heart Association e pela American College of Cardiology para o emprego de prótese biológica e mecânica, (Choudhary et al., 2016) discutem a tomada de decisão em países em desenvolvimento, ressaltando a importância de considerar o ponto de vista do doente, fatores como idade, sexo, desenvolvimento intelectual e expectativa de vida.

A Diretriz Brasileira de Valvopatia (2011) aponta que para o tratamento do paciente valvopata, faz-se necessário considerar três fundamentos para a condução terapêutica: (1) Capacidade médica; (2) Evidências da ciência; (3) Relação médico paciente, considerando-se sempre a segurança do paciente, respeitando sua autonomia, assim como autonomia da equipe e instituição e, por fim, demarca a necessidade de evitar negligência e imprudência.

Nessa perspectiva, Camon (2001) reitera a importância da informação que o doente tem acerca de sua doença, de modo que permitirá construções, fantasias, mecanismos de defesa, formadas a partir da interpretação que a pessoa faz de sua doença. O modo como reage e busca tratamento, as circunstâncias sociais que abrange o âmbito social e econômico em que está inserido (Romano, 1994).

O adoecimento, assim como a cirurgia cardíaca, de acordo com Gonçalves et al. (2015), impõem mudanças de ordem física, social e emocional; o estado emocional reflete-se no funcionamento do sistema imunológico e na condição física geral, e a falta de orientação em relação ao tratamento e a ausência de apoio, por parte da equipe, dificultam o relacionamento terapêutico adequado. Gonçalves et al. (2015) sublinham, ainda, que as estratégias de cuidado deverão apoiar-se e sustentar-se a partir do conhecimento técnico-científico, mas também do conhecimento das expectativas e percepções do doente em relação ao seu tratamento, afim de considerar todos os aspectos físicos, sociais e emocionais do doente.

A substituição da válvula não configura cura, mas altera a condição clínica do paciente para uma condição médica crônica, o momento da escolha da substituição da válvula é essencial, pois o tempo prolongado coloca os pacientes em risco de morte súbita ou de cardiomiopatia irreversível (Helms & Bach 2013).

A tomada de decisão, segundo Silva (2013), constitui um processo em que se escolhe uma ou determinadas ações dentre as possibilidades, sendo construída a partir de um conjunto de informações que permite ao intelecto analisar as probabilidades de desfecho, optando pela mais amena ou de maior chance de sucesso.

Abreu et al. (2006) destaca a necessidade de considerar as preferências dos pacientes nas tomadas de decisão acerca de seu tratamento, afirmando que este ato é um exercício ético e democrático do cotidiano médico, uma vez que o paciente terá que lidar com as consequências da decisão.

A escolha da prótese, segundo Feguri et al. (2008), deverá ser realizada após criteriosa avaliação do estado clínico, aspectos socioeconômicos, psicológicos, fatores como idade, comorbidades associadas e condições de acompanhamento médico criterioso no pós-operatório.

A presente pesquisa teve como objetivo geral analisar as variáveis que estão associadas à escolha do tipo de válvula em pacientes com proposta de cirurgia cardíaca de troca de válvula, procurando identificar as razões evocadas pelo doente para descrever os fatores de natureza psicossocial na escolha do tipo de prótese valvular (Bioprótese e Prótese Mecânica), designadamente como os participantes (1) se sentem em relação à indicação de tratamento cirúrgico; (2) qual a expectativa que pensam que sua família tem em relação à cirurgia de troca de válvula; e (3) quais as razões que evocam para justificar a sua escolha quanto ao tipo de prótese de válvula. Definiram-se, ainda, como:

Objetivos específicos:

A) Analisar se os participantes que optaram por bioprótese e os que optaram por prótese mecânica se distinguem quanto a (1) percepção de competência para tomar decisões, (2) aspectos emocionais envolvidos na doença e tratamento, (3) dificuldade/complexidade do processo de decisão.

B) Analisar se existem diferenças estatisticamente significativa ao nível da idade entre os participantes que optaram por bioprótese e o que optam por prótese mecânica.

C) Analisar se doentes com distintos estatutos socioeconômicos e doentes com distintos tipos de prótese valvular se distinguem quanto (1) à percepção de competência para tomar decisões, (2) aos aspectos emocionais envolvidos na doença e tratamento, (3) e à dificuldade/complexidade do processo de decisão.

D) Analisar se existem diferenças ao nível da escolaridade entre doentes que optaram por bioprótese e doentes que optaram por prótese mecânica.

E) Identificar se existem diferenças entre homens e mulheres quanto à escolha que fazem quanto ao tipo de prótese.

F) Analisar os doentes propostos para a cirurgia pela primeira vez se distinguem dos doentes propostos para retroca valvular quanto (1) à percepção de competência para tomar decisões, (2) aos aspectos emocionais envolvidos na doença e tratamento, (3) e à dificuldade/complexidade do processo de decisão.

G) Analisar se existem diferenças entre doentes que optaram por diferentes tipos de prótese quanto à presença de sintomas de ansiedade e de depressão.

Método

Participantes

Foi estudada uma amostra não aleatória, de conveniência, composta por 44 pacientes com indicação de cirurgia de troca e retroca valvar, internados no hospital durante o período de dezembro 2017 a fevereiro de 2018.

Os participantes tinham idades compreendidas entre 18 e 76 anos ($M=52,31$; $DP=15,27$; $Med=53,50$); 52,3% do sexo feminino; a maioria era residente em zona urbana (79,5%); e 84,1% residia com a família. A maioria dos inquiridos apresentava baixo nível de escolaridade, sendo que 52,3% era analfabeto ou não chegou a completar o ensino fundamental. A maioria dos participantes recebia uma renda mensal familiar de 1 a 2 salários mínimos (72,7%). As características sociodemográficas são apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1:
Caracterização Sociodemográfica da Amostra (n=44)

Variáveis	N	%
Gênero		
Mulher	23	52,3
Homem	21	47,7
Escolaridade		
Analfabeto	5	11,4
Ensino Fundamental Incompleto	18	40,9
Ensino Fundamental Completo	5	11,4
Médio Completo	14	31,8
Superior	2	4,5
Residência		
Zona Urbana	35	79,5
Zona Rural	9	20,5
Renda Familiar		
1 a 2 Salários Mínimos	32	72,7
3 a 4 Salários Mínimos	9	20,5
Acima de 5 Salários Mínimos	3	6,8

Em relação à caracterização clínica, a maioria dos participantes apresenta diagnóstico de etiologia adquirida reumática (47,7%). As indicações de tratamento foram majoritariamente para troca valvar (75%). Entre os tipos de válvulas acometidas, destaca-se a válvula aórtica (50%), conforme exposto no Quadro 2.

Quadro 2:
Caracterização Clínica da Amostra

Variáveis	n	%
Diagnóstico		
Etiologia Adquirida Reumática	21	47,7
Etiologia Adquirida Degenerativa	17	38,6
Etiologia Congênita	4	9,1
Etiologia Adquirida Isquêmica	2	4,5
Acometimento Valvar		
Aórtica	22	50,0
Mitral	20	45,5
Pulmonar	2	4,5
Tricúspide	0	0
Tratamento Indicado		
Troca Valvular	33	75,0
Retroca Valvular	11	25,0

O Quadro 3 apresenta a amostra a partir de sua etiologia, indicação de tratamento, acometimento valvular e prótese escolhida a partir da variável idade considerando todos os envolvidos na amostra descritos a partir do menor para o maior (idade).

Quadro 3.

Etiologia, Indicação Cirúrgica, Acometimento Valvular e Prótese Escolhida Apartir da Variável Idade

Idade	Etiologia	Indicação Cirúrgica	Válvula		Prótese Escolhida
18	Congênita	Retroca	Pulmonar		Biológica
22	Reumática	Retroca	Mitral	Aórtica	Mecânica
22	Congênita	Retroca	Pulmonar		Biológica
29	Reumática	Retroca	Mitral	Aórtica	Mecânica
33	Reumática	Troca	Mitral		Biológica
35	Degenerativa	Troca	Mitral	Aórtica	Mecânica
37	Reumática	Retroca	Mitral		Mecânica
38	Degenerativa	Troca	Aórtica		Mecânica
38	Reumática	Retroca	Aórtica		Mecânica
38	Reumática	Retroca	Mitral		Mecânica
38	Isquêmica	Troca	Aórtica		Mecânica
39	Reumática	Troca	Mitral		Mecânica
45	Reumática	Troca	Mitral		Biológica
47	Reumática	Retroca	Mitral	Aórtica	Mecânica
48	Reumática	Troca	Mitral		Mecânica
49	Reumática	Troca	Mitral		Mecânica
50	Reumática	Troca	Mitral		Biológica
50	Degenerativa	Retroca	Aórtica		Mecânica
50	Degenerativa	Troca	Aórtica		Mecânica
51	Reumática	Troca	Mitral		Mecânica
52	Degenerativa	Troca	Mitral		Mecânica
53	Reumática	Retroca	Mitral	Aórtica	Mecânica
53	Reumática	Troca	Mitral		Mecânica
54	Degenerativa	Troca	Aórtica		Mecânica
55	Degenerativa	Troca	Mitral		Mecânica
57	Reumática	Retroca	Aórtica	Mitral	Mecânica
58	Isquêmica	Troca	Aórtica		Biológica
59	Congênita	Troca	Aórtica		Biológica
60	Reumática	Troca	Aórtica		Mecânica
61	Degenerativa	Troca	Aórtica		Biológica
62	Reumática	Troca	Aórtica		Mecânica
63	Reumática	Troca	Mitral		Mecânica
63	Reumática	Troca	Mitral	Aórtica	Biológica
64	Degenerativa	Troca	Aórtica		Biológica
65	Reumática	Troca	Aórtica		Mecânica
67	Congênita	Troca	Aórtica		Biológica
67	Degenerativa	Troca	Mitral		Biológica
69	Degenerativa	Troca	Mitral	Aórtica	Biológica
71	Degenerativa	Troca	Mitral		Biológica
72	Degenerativa	Troca	Aórtica		Biológica
72	Degenerativa	Troca	Mitral		Biológica
75	Degenerativa	Troca	Mitral		Biológica
76	Degenerativa	Troca	Mitral		Biológica
76	Degenerativa	Troca	Aórtica		Biológica

Material

Responderam os seguintes instrumentos: Questionário Sociodemográfico e Clínico (Cf Anexo B), Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) (Marcolino et al, 2007 - Versão em estudo) (Cf Anexo C) e por fim Questionário Semiestruturado desenvolvido pela autora (Cf Anexo D).

- Questionário sociodemográfico e clínico:

O questionário sociodemográfico e clínico (Cf Anexo B) utilizado foi criado pela pesquisadora especificamente para o presente estudo com intuito de descrever o perfil dos participantes, recolhendo informação sobre idade, sexo, escolaridade, composição familiar, hábitos e estilos de vida, diagnóstico e indicação de tratamento. Por último este questionário emprega 3 perguntas abertas afim de compreender como o paciente se sente em relação a indicação do tratamento cirúrgico e as justificações para a sua escolha quanto ao aparato valvar a ser utilizado. (1) como se sente em relação a indicação de tratamento cirúrgico, (2) qual a expectativa da família em relação a cirurgia de troca valvular, (3) justificativa da escolha da prótese valvular.

- Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão HADS (versão brasileira):

A Escala HADS (Cf Anexo C), originalmente desenvolvida por Zigmond e Sanith (1983), traduzida e validada para o Brasil por Marcolino et al. (2007), tem como objetivo avaliar o nível de ansiedade e depressão, procurando eliminar todos os sintomas que possam decorrer do estado de saúde e/ou tratamento que o respondente apresente (Botega et al., 1995). A escala possui 14 itens, dos quais 7 estão voltados para a avaliação da ansiedade e 7 para a depressão, cada um de seus itens podem ser pontuados 0,1,2,3, compondo uma pontuação máxima de 21 pontos em cada subescala. Foram adotados os pontos de cortes apontados por Zigmond e Snaith (1983), e validados na população brasileira por Marolino et al. (2007) em pacientes no pré-operatório, para ambas as subescalas: HAD-ansiedade: sem ansiedade de 0 a 8, com ansiedade ≥ 9 ; HAD-depressão: sem depressão de 0 a 8, com depressão ≥ 9 . No presente estudo, calculou-se o alfa Cronbach para a escala total ($\alpha=0,86$) e para as suas duas subescalas – Ansiedade ($\alpha=0,79$) e Depressão ($\alpha=0,80$), tendo-se confirmado que o instrumento apresenta uma boa consistência interna.

- Escala de Percepção da Capacidade de Enfrentamento e Responsabilidade na Escolha da Prótese Valvular (Cf Anexo D).

A Escala de Percepção da Capacidade de Enfrentamento e Responsabilidade na Escolha da Prótese Valvular (Cf Anexo D) foi desenvolvida para o presente estudo com a finalidade de avaliar a percepção do paciente e como se sente a respeito de seu adoecimento, saúde e outras áreas de sua vida, adaptados de acordo com a proposta de pesquisa, com objetivo de explorar o reconhecimento do ponto de vista do paciente em relação a sua doença, bem como, a definição de medidas terapêuticas adotadas. É constituída por 14 itens, organizados em 3 subescalas: (1) percepção de competência para tomar decisão (1, 9, 10, 11, 14); (2) Aspectos emocionais envolvidos na doença e tratamento (itens: 2, 3, 6, 7, 8, 12, 13); (3) Dificuldade/complexidade do processo de decisão (Itens: 4, 5). A escala de resposta é uma de tipo Likert, contendo cinco níveis de resposta, ora de concordância e ora de discordância (discordo totalmente, discordo, não concordo, concordo e concordo totalmente). A cotação do resultado é realizada de forma crescente, do menor para o maior (0 discordo totalmente, 1, discordo, 2, não concordo, 3, concordo e 4 concordo totalmente) e apura-se os valores absolutos e relativos obtidos em cada subescala. Com esses valores, pode-se criar *escores* através da soma das respostas para cada paciente e comparar os indivíduos entre si através das pontuações em cada subescala frente a outras variáveis. Escores altos em cada subescala refletem a característica em que ela se propõe a medir, criando assim um gradiente de níveis de percepção de competência para tomada de decisão, níveis emocionais envolvidos na doença e tratamento e dificuldade no processo de decisão. Tendo como objetivo analisar o grau de compreensão do adoecimento, a capacidade de enfrentamento e responsabilidade no processo decisório para a escolha do aparato valvular, demonstrou possuir uma aceitável validade e fidelidade.

Procedimento

O estudo utiliza uma metodologia mista - qualitativa e quantitativa-, buscando explorar a relação entre dados e a teoria, por meio de interpretações e descrições.

A pesquisa foi realizada no hospital Santa Casa de Belo Horizonte, instituição de grande porte, considerado o maior complexo hospitalar de Minas Gerais, referência para 853 municípios do estado de Minas Gerais, dispõe de 1037 leitos com atendimento exclusivo ao sistema único de saúde (SUS), a pesquisa foi desenvolvida na unidade cardiológica, composta

por 112 leitos de enfermagem, 40 leitos na unidade de terapia intensiva coronariana (UTI Coronariana) e 10 leitos no centro de terapia intensiva (CTI) para cuidados de pós-operatório.

O hospital mencionado realiza cerca de 512 cirurgias cardíacas por ano, contemplando: cirurgia de revascularização do miocárdio, cirurgias valvares, fechamento de comunicação intra-atrial (CIA), nos anos de 2017 foram realizadas 204 cirurgias para troca valvular.

O Estudo recebeu aprovação prévia pelo comitê de ética e pesquisa do Hospital Santa Casa de Belo Horizonte sob o protocolo 135793/2017 (CAAE: 79998517.2.0000.5138).

A pesquisa toma como ferramenta metodológica as entrevistas, compostas, majoritariamente, por questões semiestruturadas e os questionários. A coleta de dados, foi realizada nos períodos de dezembro de 2017 a fevereiro de 2018. Pretendendo-se, com isso, maior objetividade das questões em análise, potencializando a interpretação e codificação dos dados, que visa esclarecer e avaliar os aspectos psicológicos envolvidos na decisão do tratamento em pacientes com cardiopatia valvular com necessidade de abordagem cirúrgica.

Os critérios adotados para a integração dos participantes no estudo foram: serem pacientes internados no Hospital Santa Casa de Belo Horizonte; adultos; com diagnóstico de doença valvular crônica e com indicação para cirurgia de troca ou retroca valvular; diagnosticamente orientados, com capacidade para tomar decisões de forma autônoma; e que aceitassem dar o seu consentimento informado livre e esclarecido para participarem deste estudo.

Os dados foram analisados pelo Programa Statistical Package Social (SPSS 22.0), tendo-se considerado a significância dos testes estatísticos para rejeição da hipótese nula em 5%. A caracterização dos pacientes é apresentada com recursos de estatística descritiva em frequências absolutas e relativa e em média \pm desvio padrão. Além disso, testes paramétricos (Teste t de Student, One-Way Anova e Qui-Quadrado) e não paramétricos (Mann-Whitney e Kolmogorov-Smirnov) foram aplicados para verificar se há diferenças ou associações estatisticamente significantes. Todas as análises foram conduzidas ao nível de 5% de significância.

As perguntas abertas foram agrupadas e categorizadas tendo como referência para tratamento dos dados a análise de conteúdo (Bardin, 2008). O processo consistiu-se de quatro etapas: I Pré-análise, II Exploração do material, III Tratamento dos resultados e IV

Interpretação, através da análise de conteúdo elencou-se os temas principais que apareceram nas falas, o quadro 3 apresenta a distribuição dos temas para cada pergunta realizada as ideias centrais em relação a frequência em que apareceram nos relatos dos pacientes.

Os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Cf Anexo A). As entrevistas aconteceram na beira leito, realizadas pela investigadora, tendo-se procedido ao preenchimento dos questionários assistido por esta. O questionário foi lido em voz alta para o participante com intuito de prevenir constrangimentos caso o mesmo apresente alguma dificuldade relacionada à leitura e o registro das respostas ficou sob-responsabilidade da aplicadora. Durante a coleta de dados, considerou-se que, em caso risco biológico para o paciente ou o mesmo apresente sinais de mal-estar, a aplicação seria interrompida e a equipe de assistência será imediatamente solicitada para o socorro do paciente, mas não houve necessidade.

A investigadora responsável pelo estudo atua como psicóloga neste serviço, porém, durante o período da pesquisa (dezembro de 2017 a fevereiro de 2018), todos os pacientes com indicação cirúrgica para troca valvular foram acompanhados por outra psicóloga, com vista a garantir e assegurar a liberdade de decidir participar ou não do estudo e a assegurar que a duplicação de papéis não contaminasse os resultados.

Resultados

Os resultados serão apresentados de forma sequencial respeitando a ordem dos objetivos, inicialmente apresenta-se o objetivo geral e posteriormente os objetivos específicos classificados por iniciais alfabéticas (A, B, C, D, E, F e G)

Objetivo geral: Analisar as variáveis que estão associadas à escolha do tipo de válvula em pacientes com proposta de cirurgia cardíaca de troca e retroca valvular.

Ao analisar as variáveis associadas à escolha do tipo de válvula em pacientes com proposta de cirurgia cardíaca de troca e retroca valvular, no que se refere à experiência subjetiva diante da indicação de tratamento cirúrgico nestes pacientes, adotou-se a abordagem da análise de conteúdo das respostas abertas dos doentes sobre: (1) como o paciente se sente frente a indicação do tratamento cirúrgico, (2) qual a expectativa da família em relação a cirurgia de troca de válvula? (3) justificativa da escolha da prótese valvular. Os resultados desta análise são expostos no Quadro 4.

Quadro 4.

Categorização dos Temas e Frequência das Respostas (n=44)

Perguntas	Temas	n	%
Pergunta número 1			
Como se sente em relação a indicação de tratamento cirúrgico?	1 - Resignação	21	48
	2 - Medo	11	25
	3 - Tristeza	11	25
	4 - Não conseguiu sentir nada	1	2
Pergunta número 2			
Qual a expectativa da família em relação a cirurgia de troca valvar? "sob o olhar do paciente"	1 - Preocupados	26	59
	2 - Expectativa de sucesso	15	34
	3 - Família ausente	3	7
Pergunta número 3			
Justificativa da escolha da prótese valvular	1 - Durabilidade	23	52
	2 - Abstenção da escolha/ Definição médica	13	30
	3 - Menor exigência de controle	5	11
	4 - Decisão da família	2	5
	5 - Medo da terapia com anticoagulante	1	2

Ao investigar a justificativa da escolha da prótese valvular, conforme exposto no Quadro 5, o estudo constatou a presença de 5 temas, expostos conforme grau de prevalência. De entre os temas apresentados na justificativa da escolha da prótese valvular, 66% dos participantes decidiram sua prótese e 34% delegaram a decisão.

Quadro 5.

Distribuição das Razões Evocadas Para a Escolha da Prótese Valvular

Razões Evocadas	Decisão tomada pelo próprio paciente (n=29 - 100%)				Delegação da decisão por parte do médico ou família (n=15 - 100%)			
	Mecânica (n=22)		Bioprótese (n=7)		Mecânica (n=4)		Bioprótese (n=11)	
	n	%	N	%	n	%	n	%
Durabilidade	22	76%	0	0%	0	0%	0	0%
Abstenção da escolha	0	0%	0	0%	4	27%	10	67%
Menor exigência de controle	0	0%	6	21%	0	0%	0	0%
Decisão da família	0	0%	0	0%	0	0%	1	6%
Caso familiar de insucesso	0	0%	1	3%	0	0%	0	0%

De 100% dos doentes que decidiram por si 76% optaram por prótese mecânica, pela durabilidade da prótese, sob a justificativa de não quererem passar por um novo procedimento cirúrgico. Já 21% decidiu por bioprótese sob a justificativa da prótese exigir menor controle, de forma que não alteraria o estilo de vida. Relativamente aos 100% dos doentes que delegaram a decisão por parte do médico e da família, destes 67 % fizeram abstenção da escolha e optaram por definição médica, tendo-lhes sido proposta a bioprótese.

As cirurgias de retroca da válvula correspondem 25% (n 11) da amostra, ao investigar cirurgias anteriores, constatou-se que os pacientes não receberam informações sobre ter mais de um tipo de prótese de forma que não participaram da escolha da prótese valvular na cirurgia anterior. Ao serem questionados “se o nível de conhecimento da cirurgia anterior é os mesmo que têm agora nessa internação”, 100% (n=11) da amostra de retroca valvular, responderam que são diferentes, pela primeira vez tiveram a oportunidade de participar na escolha da prótese além de maiores informações sobre o seu problema de saúde e perspectivas de tratamento.

Objetivos específicos:

- A) Analisar se os participantes que optaram por bioprótese e os que optaram por prótese mecânica se distinguem quanto à (1) percepção de competência para tomar decisões, (2) aspectos emocionais envolvidos na doença e tratamento, (3) dificuldade/complexidade do processo de decisão.

Investigando-se os doentes que optaram pela prótese mecânica e aqueles que optaram por bioprótese frente as três subescalas do Questionário Percepção da Capacidade de Enfrentamento e Responsabilidade na Escolha da Prótese Valvular, pode-se notar que pessoas que optaram por prótese mecânica e as que optaram por bioprótese não se distinguem de forma estatisticamente significativa em nenhuma das 3 subescalas (Quadro 6).

*Quadro 6.
Diferença entre tipos de prótese e o questionário Percepção da Capacidade de Enfrentamento e Responsabilidade na Escolha da Prótese Valvar*

Subescala	Prótese	n	Média	DP	F	p
1. Percepção de competência para tomar decisão	Bioprótese	18	18,11	5,33	3,654	0,063
	Prótese Mecânica	26	20,38	2,43		
2. Aspectos emocionais envolvidos na doença e tratamento	Bioprótese	18	22,72	4,76	0,260	0,613
	Prótese Mecânica	26	23,46	4,71		

Subescala	Prótese	n	Média	DP	F	p
3. Dificuldade/complexidade para tomar decisão	Bioprótese	18	7,17	2,36	1,329	0,256
	Prótese Mecânica	26	6,35	2,30		

B) Analisar se existem diferenças estatisticamente significativas ao nível de idade entre os participantes que optaram por bioprótese e o que optam por prótese mecânica

Os resultados apontaram que existem evidências de diferença estatisticamente significativa entre doentes que optaram pela prótese mecânica e aqueles que optaram por bioprótese relativas à idade ($U = 362,5$; $p < 0,050$). Pessoas candidatas a bioprótese apresentam uma média mais elevada de idade, conforme exposto no Quadro 7.

Quadro 7.

Diferença entre doentes que optaram por bioprótese e prótese mecânica quanto à idade

Variáveis	N	Média	E.P	Q1	Q2	Q3	U	p	
Tipo de Prótese	Bioprótese	18	59,39	4,25	58,00	65,50	72,00	362,5	0,002
	Prótese Mecânica	26	47,42	2,14	38,00	50,00	54,00		

Em relação à diferença entre os dois sexos quanto às 3 subescalas da Escala de Percepção da Capacidade de Enfrentamento e Responsabilidade na Escolha da Prótese Valvular, os resultados apontaram que não existem evidências de diferença entre sexos relativamente à Percepção de competência e aos Aspectos emocionais envolvidos na doença e tratamento ($p > 0,05$). No entanto, as mulheres apresentam uma maior percepção de Dificuldade/complexidade para tomar decisão ($p < 0,01$) Conforme exposto no Quadro 8. (teste de Mann-Whitney).

Quadro 8.

Diferença entre os dois sexos e as 3 subescalas

Subescala	Sexo	N	Média	D.P.	U	p
1. Percepção de competência para tomar decisão	Masculino	21	20,29	2,55	215,00	0,526
	Feminino	23	18,70	4,90		
2. Aspectos emocionais envolvidos na doença e tratamento	Masculino	21	22,10	5,09	305,50	0,131
	Feminino	23	24,13	4,17		
3. Dificuldade/complexidade para tomar decisão	Masculino	21	5,67	2,11	356,50	0,006
	Feminino	23	7,61	2,17		

C) Analisar se doentes com distintos estatuto socioeconômicos e doentes com distintos tipos de prótese valvular se distinguem quanto (1) à percepção de competência para tomar decisões, (2) aos aspectos emocionais envolvidos na doença e tratamento, (3) e à dificuldade/complexidade do processo de decisão.

Ao comparar o estatuto socioeconômico e o tipo de prótese escolhida os resultados apontaram que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a renda e o tipo de prótese escolhida ($K-S= 0,892$; $p> 0,05$), conforme exposto no Quadro 9.

Quadro 9.
Prótese escolhida versus estatuto socioeconômico

	Variáveis	Bioprótese		Prótese Mecânica		p
		n	%	N	%	
Renda Familiar	1 a 2 salários mínimos	16	50,00%	16	50,00%	0,404
	3 a 4 salários mínimos	1	11,10%	8	88,90%	
	Acima de 5 salários mínimos	1	33,30%	2	66,70%	

Ao comparar o estatuto socioeconômico e as três subescalas do questionário (Quadro 10), os resultados demonstram que não existem diferenças estatisticamente significativas entre doentes com distintas rendas relativamente à (1) Percepção de competência para tomar decisões, (2) aos Aspectos emocionais envolvidos na doença e tratamento, (3) nem em relação à Dificuldade/complexidade do processo de decisão.

Quadro 10.
Comparativo entre o estatuto socioeconômico e as 3 subescalas do questionário

Subescala	Renda	n	Média	D.P.	F	p
1. Percepção de competência para tomar decisão	1 a 2 salários mínimos	32	19,28	4,15	0,735	0,496
	3 a 4 salários mínimos	9	20,67	3,46		
	Acima de 5 salários mínimos	3	17,67	4,04		
2. Aspectos emocionais envolvidos na doença e tratamento	1 a 2 salários mínimos	32	23,72	4,95	1,352	0,270
	3 a 4 salários mínimos	9	20,89	5,95		
	Acima de 5 salários mínimos	3	24,00	1,73		
3. Dificuldade/complexidade para tomar decisão	1 a 2 salários mínimos	32	6,91	2,49	0,742	0,482
	3 a 4 salários mínimos	9	6,33	1,66		
	Acima de 5 salários mínimos	3	5,33	2,31		

D) Analisar se existem diferenças ao nível da escolaridade entre doentes que optaram por bioprótese e doentes que optaram por prótese mecânica.

Verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre doentes que optam por prótese mecânica e por bioprótese quanto ao seu nível de escolaridade ($p>0,05$) por meio do Kolmogorov-Smirnov ($K-S=0,906$; $p=0,385$) (Quadro 11).

Quadro 11.

Prótese valvular escolhida e nível de escolaridade dos doentes

Variáveis	Prótese Valvular Escolhida			
	Bioprótese		Prótese Mecânica	
	n	%	n	%
Analfabeto	5	100,00%	0	0,00%
Ensino Fundamental incompleto	6	33,33%	12	66,67%
Escolaridade Ensino Fundamental completo	2	40,00%	3	60,00%
Médio completo	4	28,57%	10	71,43%
Superior	1	50,00%	1	50,00%

A seguir apresenta-se a comparação entre doentes com distintos níveis de escolaridade quanto às três subescalas avaliadas – Percepção de competência para tomar decisões, Aspectos emocionais envolvidos na doença e tratamento, e Dificuldade/complexidade do processo de decisão. Assim, podemos observar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre doentes com diferentes níveis de escolaridade quanto às 3 subescalas estudadas (Quadro 12).

Quadro 12.

Diferença entre indivíduos com diferentes níveis de escolaridade

Subescalas	Escolaridade	N	Média	D.P.	F	p
(1) Percepção de competência para tomar decisões	Analfabeto	5	18,20	6,53	0,639	0,638
	Ensino Fundamental incompleto	18	19,89	4,20		
	Ensino Fundamental completo	5	17,40	3,58		
	Médio completo	14	19,79	3,02		
	Superior	2	21,50	2,12		
(2) Aspectos emocionais envolvidos na doença e tratamento	Analfabeto	5	23,00	5,15	0,130	0,971
	Ensino Fundamental incompleto	18	22,83	5,46		
	Ensino Fundamental completo	5	24,00	2,12		
	Médio completo	14	23,07	4,83		
	Superior	2	25,00	0,00		
(3) Dificuldade/complexidade do processo de decisão	Analfabeto	5	6,40	2,61	0,676	0,613
	Ensino Fundamental incompleto	18	6,33	2,47		
	Ensino Fundamental completo	5	6,40	2,20		
	Médio completo	14	7,50	2,21		
	Superior	2	5,50	2,12		

E) Identificar se existem diferenças entre homens e mulheres quanto à escolha que fazem quanto ao tipo de prótese.

Verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre mulheres e homens quanto ao tipo de prótese escolhida ($\chi^2 = 0,311$; $p > 0,05$) (Quadro 13).

Quadro 13.

Comparação entre prótese escolhida quanto ao sexo.

Variáveis	Masculino		Feminino		χ^2	p	
	n	%	n	%			
Prótese Escolhida	Bioprótese	10	55,56%	8	44,44%	0,311	0,541
	Prótese mecânica	11	42,31%	15	57,69%		

F) Analisar os doentes propostos para a cirurgia pela primeira vez se distinguem dos doentes propostos para retroca valvular quanto (1) à percepção de competência para tomar decisões, (2) aos aspectos emocionais envolvidos na doença e tratamento, (3) e à dificuldade/complexidade do processo de decisão.

O Quadro 14 apresenta a comparação entre doentes que vão fazer troca de válvula e doentes que vão fazer retroca quanto ao tipo de prótese escolhida. É possível observar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos quanto à sua escolha ($p > 0,05$) entre os tipos de prótese em relação a indicação cirúrgica.

Quadro 14.

Comparação entre doentes com diferente indicação cirúrgica, (troca ou retroca de válvula) quanto à escolha da sua prótese

Variáveis	Bioprótese		Prótese Mecânica		p	
	n	%	n	%		
Indicação Cirúrgica	Troca	16	48,50%	17	51,50%	0,155
	Retroca	2	18,20%	9	81,80%	

G) Analisar se existem diferenças entre doentes que optara por diferentes tipos de prótese quanto à presença de sintomas de ansiedade e de depressão.

Dos 44 indivíduos da amostra, observa-se 15 indivíduos diagnosticados apenas com ansiedade (34,1%) e 7 indivíduos somente com depressão (15,9%). 6 pacientes foram diagnosticados com ansiedade e depressão (13,6%) e 28 (63,6%) não apresentaram nenhum dos dois diagnósticos.

Estratificando a amostra por sexo, a Figura 1 a seguir apresenta um comparativo das médias dos resultados da Escala HADS para ansiedade e depressão para os sexos masculino e feminino, bem como seus respectivos intervalos de confiança ao nível de 95%.

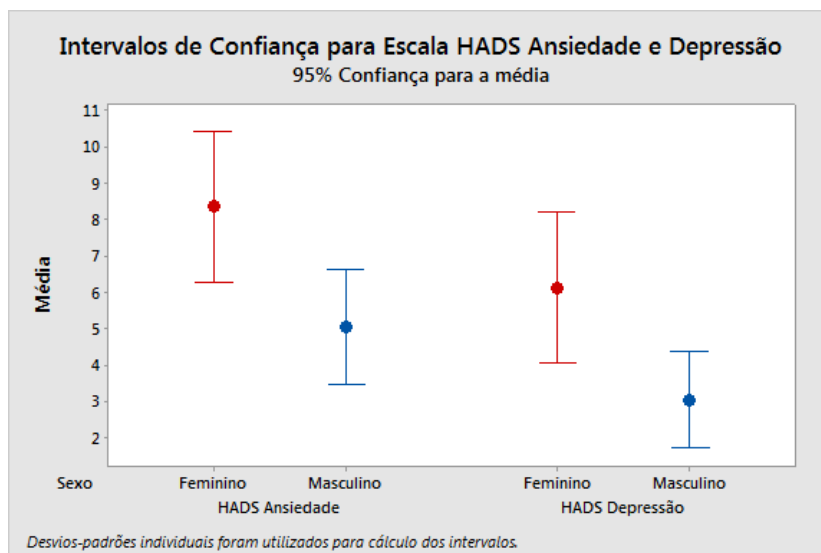


Figura 1 – Intervalo de confiança para a escala HADS Ansiedade e Depressão

Pode-se notar que a média de escores do sexo feminino foi maior se comparada ao sexo masculino. Para verificar se as medianas dos escores eram estatisticamente significativas entre os sexos, foi aplicado um teste Mann-Whitney para duas amostras independentes. Ao comparar a variável sexo com os escores da escala HADS, foi possível observar que houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos para as variáveis testadas (Quadro 15).

Quadro 15.

Comparação de resultados da escala HADS entre os sexos masculino e feminino.

Variáveis		<i>n</i>	<i>Média</i>	<i>D.P.</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Ansiedade	Masculino	21	5,04	3,48	333,5	0,031
	Feminino	23	8,34	4,77		
Depressão	Masculino	21	3,04	2,88	342,5	0,017
	Feminino	23	6,13	4,76		

A análise de dados revelou que não existem diferenças estatisticamente significativas entre doentes que escolheram bioprótese e aqueles que escolheram a prótese mecânica quanto aos níveis de ansiedade ($U = 174; p > 0,05$) e depressão ($U = 256,5; p > 0,05$) (Quadro 16).

Quadro 16.

Comparação entre doentes que optaram por diferentes tipos de válvulas quanto aos níveis de ansiedade e depressão

Variáveis		<i>n</i>	<i>Média</i>	<i>D.P.</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Depressão	Bioprótese	18	4,56	0,76	256,5	0,596
	Prótese Mecânica	26	4,73	0,95		
Ansiedade	Bioprótese	18	5,67	1,05	174	0,154
	Prótese Mecânica	26	7,54	0,87		

A análise dos resultados demonstrou que os doentes que fizeram a escolha por si só e aqueles que delegaram no médico ou família não se distinguem de forma estatisticamente significativa quanto ao nível de ansiedade e depressão que apresentam (Quadro 17).

Quadro 17.

Comparativo de como a escolha foi realizada versus sintomas de ansiedade e depressão

Variáveis		N	Média	D.P.	U	P
Ansiedade	Escolheu por si só	29	6,89	4,36	207	0,803
	Delegação da decisão por parte do médico ou família	15	6,53	4,85		
Depressão	Escolheu por si só	29	4,79	4,78	226	0,842
	Delegação da decisão por parte do médico ou família	15	4,40	3,01		

Discussão

Na discussão serão tratados os resultados obtidos, tendo em consideração o método utilizado e natureza do estudo, a partir de uma reflexão nos domínios alvos da análise na presente pesquisa.

Os achados dessa pesquisa evidenciaram maior prevalência de diagnósticos de etiologia adquirida reumática (47,7%) e na sequência a etiologia adquirida degenerativa (38,6%), estes resultados são similares aos estudos de Fernandes et al. (2012), ao revelar maior prevalência de pacientes com etiologia reumática na população considerada jovem dos 18 aos 59 anos, e maior prevalência da etiologia degenerativa na população com idades compreendidas entre os 60 e 76 anos.

Estudos de Fernandes et al. (2012), aponta que a valvopatia representa uma doença em evolução, decorrente de múltiplos fatores, ressalta o aumento nas valvopatias de etiologia degenerativa em função do envelhecimento da população e de etiologia reumática sendo mais comum na população jovem.

Relativamente as variáveis que estão associadas à escolha do tipo de válvula, através desse estudo foi possível analisar o ponto de vista do paciente acerca de seu papel decisório perante a escolha do aparato valvular, os resultados apontaram que a maioria dos participantes decidiram sua prótese embora uma pequena amostra tenha delegado a decisão ao médico e ou familiares. Durante a pesquisa não foram identificados outros estudos em que ficasse claro como se deu o processo de escolha da prótese valvular.

Investigando os doentes por meio do “Questionário Percepção da Capacidade de Enfrentamento e Responsabilidade na Escolha da Prótese Valvular”, constatou-se que doentes

que optaram por bioprótese comparados aos que optaram por prótese mecânica não se distinguem de forma estatisticamente significativa em nenhuma das subescalas, (Subescala 1 Percepção de competência para tomar decisão, Subescala 2 Aspectos emocionais envolvidos na doença e tratamento e Subescala 3 Complexidade/dificuldade para tomar decisão).

Em relação ao tipo de prótese escolhida os resultados desta investigação, aponta que 59,1% optaram por prótese mecânica e 40,9% prótese biológica. Esses resultados se assemelham aos achados nos estudos de Almeida, Picon e Wender (2011), realizado em Porto Alegre, também com participantes essencialmente residentes em zonas urbanas, sendo 52,5% para prótese mecânica e 47,5% prótese biológica.

Já os estudos de Fernandes et al. (2014), realizado na Bahia, expõe resultados contrários, sendo que 70% da amostra optou por bioprótese e 30% optou por prótese mecânica, observou-se que a preferência por bioprótese foi contemplada por todas as faixas etárias. No entanto, nessa pesquisa a população estudada em sua grande maioria era proveniente de indivíduos que residiam em cidades do interior do estado ou em zonas rurais (61,2%), fator esse que pode justificar a maior prevalência do uso de prótese biológica, pela fragilidade de serviços médicos especializados em regiões do interior.

A resposta emocional avaliada por meio da questão “como o paciente se sentiu ao ser indicado tratamento cirúrgico”, um número expressivo de pacientes apresentou postura resignada (48%) de aceitação, acredita-se que os sintomas e a perda da qualidade de vida auxiliou na capacidade de aceitação e na postura resignada, tendo em vista a severidade dos sintomas, uma vez que a cirurgia possibilita a melhora da qualidade de vida. Em seguida destaca-se a presença do medo (25%) e tristeza (25%), por fim 2% não conseguiu sentir nada. Ebaid e Andreis (1990) defende que cada pessoa reage de forma particular conforme seu momento de vida, personalidade e formação como um todo, alguns se adaptam, outros sentem angústia, medo e tristeza.

Ao investigar a expectativa da família em relação a cirurgia de troca de válvula sob o olhar do paciente em sua grande maioria foram nomeados como preocupados e um número expressivo classificados como confiantes e com expectativa de sucesso, uma pequena amostra nomeou a família como ausente nesse momento (adoecimento/tratamento).

Tendo em vistas as mobilizações e justificativas evocadas pelos doentes considerando aqueles que decidem por si e os doentes que delegam a decisão (n=44 – 100%), para a escolha da prótese valvular 50% da amostra opta por prótese mecânica sob a justificativa da durabilidade da prótese, em busca de um tratamento mais definitivo, embora mereça atenção e cuidado contínuo e uso de anticoagulante, não desejam passar por novo procedimento cirúrgico. 9% delegou a equipe a escolha, esta por sua vez definiu a prótese mecânica, tendo em vista a indicação de uso de anticoagulante prévio e ou histórico de cirurgias anteriores. 23% dos doentes abstiveram da escolha e por definição médica tiveram como indicação o uso de bioprótese, tal decisão decorre da contra-indicação de anticoagulante, tendo como critério o risco de controle inadequado e condição social precária. 14% escolheram bioprótese alegando menor exigência de controle, de modo que, não alteraria o estilo de vida. Por fim 2% uso de prótese mecânica em que a definição partiu da família, e 2% justificou escolher bioprótese devido caso familiar de insucesso com uso de prótese mecânica.

Os doentes inqueridos na amostra apresentaram grande amplitude de idades, majoritariamente residentes em zona urbana, com baixo nível de escolaridade e com um rendimento baixo, estes achados são semelhantes aos estudos de Anjos et al., (2016), que encontraram estes indivíduos entre 18 a 75 anos, predominantemente com baixa escolaridade e nível socioeconômico inferior.

Ao considerar o critério idade os resultados apontam diferenças estatisticamente significativas ao considerar a escolha da prótese valvular, de modo que pacientes, que optaram por bioprótese apresentaram maior média e mediana de idade comparadas aos que optaram por prótese mecânica, Tarasoutchi et al., 2011 ao discutir acerca do ponto de vista médico ressalta que as próteses mais empregadas em pacientes com idade inferior a 65 anos são próteses mecânicas, por outro lado, destaca que as próteses biológicas apresentam menor risco de falha estrutural, especialmente em pacientes com idade igual ou superior a 65 anos, diminuindo significativamente a probabilidade de reoperação. Porém, em valvopatas com idade inferior a 60 anos, a fibrose e a calcificação resultantes da degeneração estrutural induzem a ruptura e/ou obstrução da prótese comprometendo sua funcionalidade, como consequência, torna-se necessário a troca valvular entre 7 e 15 anos (Tarasoutchi et al., 2011).

Ao comparar os dois sexos quanto às 3 subescalas da Escala de Percepção da Capacidade de Enfrentamento e Responsabilidade na Escolha da Prótese Valvular, os

resultados apontaram que não existem evidências de diferença entre sexos relativamente à subescala (1) Percepção de competência e a subescala (2) Aspectos emocionais envolvidos na doença e tratamento ($p > 0,05$). No entanto, na subescala (3) as mulheres apresentam uma maior percepção de Dificuldade/complexidade para tomar decisão ($p < 0,01$).

Os dados socioeconômicos são de extrema relevância uma vez que essa pesquisa busca compreender os fatores de natureza psicossocial na escolha do tipo de prótese valvular. A etiologia adquirida reumática provém das sequelas da febre reumática, trata-se de uma doença vinculada as condições socioeconômicas e seu declínio em países desenvolvidos está relacionado com a melhoria da qualidade de vida, por meio de diagnóstico e tratamento precoce (Fernandes et al., 2012). No que se refere aos dados socioeconômicos, esse presente trabalho evidenciou que a maioria dos participantes recebiam uma renda mensal de 1 a 2 salários mínimos sendo considerados de baixa renda.

Analisando o estatuto socioeconômico e as três subescalas do questionário, os resultados apontaram que não existem diferenças estatisticamente significativas entre doentes com rendas distintas relativamente à Subescala (1) Percepção de competência para tomar decisão, Subescala (2) Aspectos emocionais envolvidos na doença e tratamento e Subescala (3) Complexidade/dificuldade para tomar decisão.

No que tange a escolaridade nota-se que outros estudos confirmam a prevalência de pacientes com baixo nível de instrução, destaca-se a preocupação com a associação entre o nível de escolaridade e as variáveis clínicas e psicossociais. Os estudos de Anjos et al., (2016), evidenciou que quanto menor a escolaridade, pior é a evolução clínica, da mesma forma as variáveis psicossociais (crenças, atitudes e percepção da doença) mostram-se menos favoráveis em sujeitos com menor grau de escolaridade. Este estudo evidenciou em sua maioria pacientes com baixo nível de escolaridade. Embora os pacientes analfabetos em sua totalidade tenham optado por bioprótese, essa variável não apresentou diferença estatisticamente significativa, ao comparar a escolha da prótese versus o nível de escolaridade.

Doentes com diferentes níveis de escolaridade ao serem comparados com as 3 subescalas avaliadas, (1) Percepção competência para tomar decisão, (2) Aspectos emocionais envolvidos na doença e tratamento e (3) Complexidade/dificuldade para tomar decisão, observou-se que não existiu diferenças estatisticamente significativa entre doentes com diferentes níveis de escolaridade

Respectivamente os doentes submetidos a retroca valvular ao serem comparados com doentes propostos para cirurgia pela primeira vez, este estudo revelou não haver diferença estatisticamente significativa quanto a escolha da prótese valvular, embora todos os inquerido de cirurgia de retroca destacaram que na cirurgia anterior não foram informados sobre a possibilidade de escolher do aparato valvular, a título de comparação reitero que não foram encontrados estudos que descrevessem o processo da escolha em pacientes submetidos a troca e retroca valvular.

Relativamente quanto à presença de sintomas de ansiedade e depressão ao considerar os critérios sexo, observou-se que, esta variável apresentou diferenças estatisticamente significativas, mulheres apresentaram maiores médias quando comparadas aos homens. Já o critério idade não houve diferença estatisticamente significativa, esses resultados se assemelham aos achados nos estudos de Rodrigues, Furuya, Dantas e Dessotte (2016) que ao investigarem quadros de ansiedade e depressão em cirurgia cardíaca, considerando as diferenças entre sexo e faixa etária, os resultados apontam que mulheres apresentam mais sintomas de ansiedade e depressão do que homens, ao analisar o critério idade as diferenças encontradas não foram estatisticamente significativas.

Estudos de Marcolino et al. (2007), em pacientes no período pré-operatório apontaram que a existência de ansiedade varia de 11% a 80% entre os pacientes adultos. Os achados desse estudo revelaram que 34,1% da amostra apresentaram sintomas de ansiedade aferidos pela escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS). Quanto a análise dos níveis de depressão, aferidos pela escala HADS, revelou-se que 15,9% da amostra apresentaram resultados positivos para sintomas depressivos. Os estudos de Costa et al. (2008) revelaram que a prevalência de depressão em doentes que aguardam cirurgia cardíaca está estimada entre 27% a 47%.

Já os estudos de Ho et al. (2005) em pacientes valvopatas submetidos a cirurgia, em uma amostra de 648 paciente, destes, 29,2% apresentaram quadro de depressão e ou sintomas depressivos. Ho et al. (2005), destacaram que o exame de depressão deve ser incorporado na estratificação de risco pré-operatório ou no pós-operatório uma vez que as intervenções nesse quadro podem melhorar os resultados geral do paciente.

De forma geral, o presente estudo apresentou como limitação a dimensão reduzida da amostra, constituída essencialmente de participantes residente em meio urbano, o fato da amostra ter sido constituída por conveniência, pode-se pensar que talvez aqueles que não estão

disponíveis para participar do estudo, sejam pacientes com reações emocionais mais fortes, com maior percepção de dificuldade e menor competência para tomada de decisão.

Sendo assim, sugere-se a realização de estudos subsequentes que aprofundem o conhecimento sobre o tema, a partir de uma amostra de maior dimensão, tendo como desenho estudos longitudinais em que permitam aprofundar o conhecimento sobre o processo de tomada de decisão.

Referências

- Abreu, M.M., Kowalski, S.C., Ciconelli, R.M., & Ferraz, M.B. (2006). Apoios de decisão: Instrumento de auxílio à medicina baseada em preferências: Uma revisão conceitual. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 46 (4), 266-272.
- Almeida, A.S. (2010). *Comparação da sobrevida entre indivíduos submetidos à cirurgia para substituição valvar aórtica utilizando próteses mecânicas ou biológicas em uma coorte brasileira* [Dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Almeida, A.S., Picon, P.D., & Wender, O.C.B. (2011). Resultados de pacientes submetidos à cirurgia de substituição valvar aórtica usando próteses mecânicas ou biológicas. *Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery*, 26, 326-337. <https://dx.doi.org/10.5935/1678-9741.20110006>
- Anjos, D.B.M., Padilha, K.M., Pedrosa, R. B. S., & Gallani, M.C.B.J. (2016). Influence of sociodemographic and clinical characteristics at the impact of valvular heart disease. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69, 33-39, <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690105i>
- Botega, N.J., Bio, M.R., Zomignani, M.A., Garcia, J.R.C., & Pereira, W.A.B. (1995). Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Revista de Saúde Pública*, 29, 355-63, <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101995000500004>
- Bardin, L. (2008). *Análise de conteúdo* (L. A. Reto, & A. Pinheiro, Trad.). Lisboa: Ed. 70. (Trabalho original publicado em 1977)

- Brasil. Ministério da Saúde. *DATASUS. Cadernos de informação de saúde 2013* [Internet]. Brasília. 2012 [cited 2018 Mar 20]; Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>
- Camon, V. (2001). *E a psicologia entrou no hospital*. São Paulo: Pioneira.
- Costa, C., Teixeira-Souza, V., Costa, A., Reis, C., Grangeia, R., & Coelho, R. (2008). Impact of psychosocial factors heart valve surgery. *Acta Médica Portuguesa*, 21, 601-606.
- Choudhary, S.K., Talwar, S., & Airan B. (2016). Choice of prosthetic heart valve in a developing country. *Debates in Cardiovascular Medicine*, 8, 65-72. doi: 10.1136/heartasia-2015-010650.
- Ebaid, C., & Andreis, M. (1990) A intervenção do psicólogo junto a pacientes cardiopatas. *Arquivos Brasileiros Cardiologia*, 55, 133-135.
- Feguri, G.R, Macruz, H., Bulhões, D., Neves, A., Castro, R.M., Fonseca, L., Baungratz, J.F., & Silva, J.P. (2008). Troca valvar aórtica com diferentes próteses. Existem diferenças nos resultados da fase hospitalar? *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*, 23, 534-541.
- Fernandes, A.M., Bitencourt, L.S., Lessa, I.N., Viana, A., Pereira, F., Bastos, G., & Júnior, R.A. (2012). Impacto do perfil socioeconômico na escolha da prótese valvar em cirurgia cardíaca. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*, 27, 211-216. doi: 10.5935/1678-9741.20120056.
- Fernandes, A.M.S., Pereira, F.S., Bitencourt, L.S., Neto, A.V.P., Bastos, G.B., Durães, A.R., ... & Lessa, I.N. (2014). A influência da escolha da prótese valvar sobre a mortalidade intra-hospitalar no pós-operatório em pacientes submetidos à cirurgia valvar. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*, 29, 559-563. doi 10.5935/1678-9741.20140035.
- Gonçalves, K. K. N., Silva J. I., Gomes, E. T, Pinheiro, L. L. S., Figueiredo, T. R., & Bezerra, M. M. S. (2015). Ansiedade no período pré-operatório de cirurgia cardíaca. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69, 374-380.
- Helms, A.S., & Bach, D.S. (2013). Heart valve disease. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 40, 91-108.

- Ho, M.P., Masoudi, F. A., Spertus, J. A., Peterson, P. N., Shoroyer, L. A., Mccarthy, M., Grover, F. L., Hammermeister K. E., & Rumsfeld, J. (2005). Depression predicts mortality following cardiac valve surgery. *The Annals of Thoracic Surgery*, 70, 1255-1259.
- Marcolino, J.A.M., Mathias, L.A.S.T., Piccinini-Filho, L., Guaratini, A.A., Suzuki, F.M., & Alli, L.A.C. (2007). Escala hospitalar de ansiedade e depressão: Estudo de validade de critério e da confiabilidade com pacientes no pré-operatório. *Revista Brasileira Anestesiologia*, 57, 52-62.
- Rodrigues, H.F., Furuya, R.K., Dantas, R.A.S., & Dessotte, C.A.M. (2016). Ansiedade e depressão em cirurgia cardíaca: diferenças entre sexo e faixa etária. *Escola Anna Nery*, 20, e20160072. Epub June 14, 2016. <https://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160072>
- Romano, B.W. (1994). Por que considerar os aspectos psicológicos na cirurgia de revascularização do miocárdio. In B.M. Romano (Ed.), *A prática da psicologia nos hospitais* (pp. 55-66). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Silva, G.A.R. (2013). O processo de tomada de decisão na prática clínica: a medicina como esado da arte. *Revista Brasileira de Clínica Médica*, 11, 75-79.
- Tarasoutchi, F., Montera, M.W., Grinberg, M., Barbosa, M.R., Piñeiro, D.J., Sánchez, C.R.M., ... Barbosa, M.M. (2011). Diretriz Brasileira de Valvopatias - SBC 2011 / I Diretriz Interamericana de Valvopatias - SIAC 2011. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 97, 1-67.
- Zigmond, A.S., & Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361 -370.

Conclusão

A partir dos estudos analisados no artigo de revisão sistemática da literatura, sob a perspectiva médica e do doente, em relação ao processo decisório na escolha do aparato valvular substituto, ficou evidente que alguns fatores podem influenciar ou interferir na escolha da prótese valvular, dentre eles destaca-se a idade, sexo, localização geográfica (urbana ou rural), condições socioeconômicas, assim como a condição educacional do doente, considerando também o acesso aos serviços de saúde especializados nas cidades do interior, podendo dificultar a adesão e o acompanhamento da terapia anticoagulante no caso da prótese mecânica.

Ribeiro et al (2013) argumenta que a escolha da prótese valvular é passível de discussão, pois implica na morbimortalidade dos pacientes operados. A escolha da prótese valvular segundo a Diretriz Brasileira de Valvopatia (2011), deverá levar em consideração a condição clínica de cada paciente, de modo que ambos modelos de prótese substitutiva, apresentam desvantagens (riscos decorrentes a sua especificidade), a bioprótese pela sua reduzida durabilidade e a prótese mecânica pela necessidade permanente de anticoagulação.

Nesse interim, destaca-se a importância do atendimento personalizado afim de promover informações e análise das opções de tratamento ofertado e seus possíveis efeitos, levando em consideração as preferências dos pacientes, tomado pelo reconhecimento da legitimidade e da capacidade de o paciente assumir as suas escolhas pessoais, para isso, deverá receber todas as informações sobre benefícios e efeitos adversos dos tratamentos disponíveis no curso de seu adoecimento, esclarecimento sobre possíveis danos que pode não ser apenas físico, mas pode também ser psicológico. É indispensável considerar que cada abordagem deverá ser individualizada, pois, alguns pacientes podem simplesmente não querer se envolver em decisões e não estar seguro, para isso, poderá eleger a responsabilidade a equipe de saúde

Kottmaier et al (2016) destaca a importância de ofertar aos pacientes psicoeducação sobre sua comorbidade, vantagens e desvantagens específicas do tratamento e escolha da válvula, com a finalidade de proporcionar ao doente uma decisão segura, uma tomada de decisão individual focada na personalidade. Kottmaier et al (2016) reitera, ainda, a necessidade de se considerar os aspectos mais individuais, especialmente os psicológicos, devem ser

consultados com a finalidade de identificar problemas futuros e dificuldade de adaptação ao aparato valvular escolhido.

Como pontos a refletir destaco que na revisão sistemática apenas 3 estudos foram contemplados em observância ao perfil delimitado no estudo, como resultado encontrou diversidade de instrumentos, com objetivos distintos que dificultam a comparação e confrontação de resultados de maneira que não se pode comparar o incomparável.

A pesquisa mostrou-se relevante a prestação de cuidados a pacientes que vivenciam o processo de tratamento cirúrgico de cardiopatia valvular por possuir ideário interventivo, criou-se instrumentos com a finalidade de compreender o ponto de vista do doente, tendo em vista que nas pesquisas preliminares foi constatado ausência de construtos direcionados a escolha do aparato valvular, de modo que compreendêssemos como foi feita a escolha da prótese valvular. Essa pesquisa traz como contribuição o reconhecimento do ponto de vista do paciente em relação a sua doença, bem como, a definição das medidas terapêuticas adotadas, destacando sua opinião, preferências e escolhas.

O estudo empírico foi constituído por uma amostra não aleatória de conveniência formada por adultos de ambos os sexos que, em sua grande maioria, apresentavam baixos níveis de escolaridade.

Através desse estudo foi possível analisar o ponto de vista do paciente acerca de seu papel decisório perante a escolha do aparato valvular, os resultados apontaram que a maioria dos pacientes tomaram a decisão em relação a escolha do tratamento, não delegando ao profissional de saúde ou a família

Ao analisar as variáveis que estão associadas a escolha do tipo de prótese valvular os resultados apontaram que existem evidências estatisticamente significativas de diferença de idade dependendo do tipo de prótese escolhida, de modo que pacientes que escolheram bioprótese apresentaram uma média maior de idade do que as pessoas que escolheram prótese mecânica. Já ao comparar o estatuto socioeconômico e sexo relativamente à escolha do tipo de prótese, constatou-se não existirem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Ao considerar a presença de sintomas de ansiedade e depressão, resultados apontam que ao comparar as variáveis de sexo e ansiedade, sexo e depressão, os resultados apresentaram diferença estatisticamente significativa, de modo que mulheres apresentam maior média para

sintomas de ansiedade e depressão ao serem comparadas com homens. Ao comparar os níveis de ansiedade e depressão dependendo da escolha da prótese valvar, os resultados demonstram que não existe diferença estatisticamente significativa entre pacientes com sintomas de ansiedade e depressão considerando a escolha do aparato valvular.

Os doentes que fizeram a escolha por si sós e aqueles que delegaram no médico ou família não se distinguem de forma estatisticamente significativa quanto ao nível de ansiedade e depressão que apresentam.

Em suma pode-se constatar que os achados da revisão sistemática estão alinhados aos achados encontrados na pesquisa empírica

Sugere-se a continuidade desse estudo, com a inclusão de outras variáveis e com investigação direcionada a uma amostra de maior impacto em regiões distintas do Brasil com vistas a reconhecer o perfil do paciente valvopata e sua escolha de tratamento.

Em termos gerais consideramos que a presente investigação, mostrou-se relevante a prestação de cuidados a pacientes que vivenciam o processo de tratamento cirúrgico de cardiopatia valvular, bem como a prestação de cuidados psicossociais mais ajustados. Os resultados desta pesquisa podem ser de ordem interventiva por possuir um ideário de transformação nos processos de terapias e tratamentos dos pacientes que são submetidos aos processos cirúrgicos.

Ressalto aqui a importância e contribuição dos psicólogos que integram a equipe, no desenvolvimento das atividades em contexto multiprofissional, envolver e discutir os fatores emocionais que influenciam no processo saúde/doença e, com efeito, participar das decisões com relação à conduta a ser adotada, a partir das observações que faz sobre o paciente e sua família, promover a comunicação entre a equipe com seus membros e pacientes.

Relativamente aos profissionais que integram a equipe, faz-se necessário ressaltar o papel de cada envolvido no tratamento do doente, em especial a capacidade de escuta e a disponibilidade para esclarecimento de dúvidas e orientações direcionadas em foco individualizado, considerando as implicações emocionais e sociais de cada doente.

A presente pesquisa possibilitou captar a experiência do doente a partir do processo decisório em relação a forma como este escolhe o seu tratamento, isto posto, fica clara a

necessidade de considerar os aspectos psicossociais do doente, de modo que, apresentam como alvo das intervenções do psicólogo, levando em consideração as percepções do doente em relação a doença e tratamento, a compreensão deste fato é crucial para a adoção de intervenções adequadas.

Por fim, cabe salientar que, para além destas, existem outras estratégias de intervenção psicossocial com vistas a responder o processo e o curso da escolha do tratamento valvular.

Referências

- Brasil (2011). Ministério da Saúde. *Datasus. Informações de Saúde. Mortalidade*. Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011). *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil*. Brasília-DF. Recuperado em 10 de março, 2014, de http://189.28.128.100/dab/docs/geral/plano_acao_dcnt_julho.pdf.
- Bonow, R.O., Leon, M.B., Doshi, D., & Moat, N. (2016). Management strategies and future challenges for aortic valve disease. *The Lancet*, 387, 1312-1323.
- Fernandes, A.M., Bitencourt, L.S., Lessa, I.N., Viana, A., Pereira, F., Bastos, G., ... & Júnior, R.A. (2012). Impacto do perfil socioeconômico na escolha da prótese valvar em cirurgia cardíaca. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*, 27, 211-216. doi: 10.5935/1678-9741.20120056.
- Freeze, S.L., Landis, B.J., Ware, S.M., & Helm, B.M. (2016). Bicuspid aortic valve: A review with recommendations for genetic counseling. *Journal of Genetic Counseling*, 25, 1171-1178.
- Helms, A.S., & Bach, D.S. (2013). Heart valve disease. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 40, 91-108.
- Iung, B., & Vahanian, A. (2014). Epidemiology of acquired valvular heart disease. *Canadian Journal of Cardiology*, 30, 962-970.

- Kottmaier, M., Hettich, I., Deutsch, M. A., Badiu, C., & Krane, M. (2017). Quality of life and anxiety in younger patients after biological versus mechanical aortic valve replacement. *Thorac and Cardiovascular Surgeon*, 65 (3), 198-205, doi: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0036-1584907>
- Linefsky, J.P., & Otto, C.M. (2014). Aortic valve disease. *Medicine*, 42, 638-643, doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mpmed.2014.08.008>
- Maher, K.O., & Tweddell, J.S. (2016). Aortic and mitral valve disease and left ventricular dysfunction in children. *Pediatric Critical Care Medicine*, 17, S131-S139, doi: 10.1097/PCC.0000000000000828
- Ribeiro, A.L.A., & Gagliani, M.L. (2010). *Psicologia e cardiologia: Um desafio que deu certo*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Ribeiro, F.F.F, Arruda, G.D.S, Ptak, D.M, Menezes, F.R, Torrico, M.A.O, Ramos, A.I.O. (2013). Seguimento pós operatório em longo prazo de pacientes submetidos à cirurgia valvar. *Revista Brasileira de Cardiologia*, 26, 112-119.
- Shah, P.M. (2010). Tricuspid and pulmonary valve disease evaluation and management. *Revista Española de Cardiologia*, 63, 1349-1365.
- Tarasoutchi, F., Montera, M.W., Grinberg, M., Barbosa, M.R., Piñeiro, D.J., Sánchez, C.R.M., & Barbosa, M.M. (2011). Diretriz Brasileira de Valvopatias - SBC 2011 / I Diretriz Interamericana de Valvopatias - SIAC 2011. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 97, 1-67.

ANEXO (A) DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Unidade Cardiológica – Santa Casa de Belo Horizonte

Título do projeto: A Cronicidade da Valvopatia: Aspectos Psicológicos na escolha do tipo de Valva

Prezado(a) Senhor(a),

Como paciente internado na Unidade Cardiológica do Hospital Santa Casa de Belo Horizonte, você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa que busca investigar quais variáveis estão associadas a escolha do tipo de válvula em pacientes com proposta de cirurgia cardíaca de troca valvar. Espera-se, com os resultados deste estudo, uma melhor compreensão sobre o tratamento de cardiopatia valvares, com necessidade de intervenção cirúrgica.

Sua participação é voluntária, gratuita e não lhe ocasionará despesas pessoais, consiste em falar sobre sua experiência em uma entrevista. O tema dessa entrevista pode gerar desconfortos e constrangimentos pessoais. Identificado qualquer incômodo a interrupção da entrevista poderá ser sugerida, tanto pela pesquisadora quanto por você. Deste modo sua cooperação, mesmo sendo de grande importância para o desenvolvimento deste setor, não é obrigatória. Você pode se recusar ou desistir de participar a qualquer momento. Apesar disso, independente de sua participação, a continuidade de seu tratamento está garantida.

Todo material de registro produzido durante a pesquisa ficará sob guarda da pesquisadora responsável durante 5 anos e após este período será destruído. Além disso, com o objetivo de assegurar sua privacidade e o sigilo sobre sua participação, os registros e a apresentação dos resultados do estudo serão realizados sem identificações pessoais.

O presente termo será assinado em 02 (duas) vias de igual teor. Você receberá uma delas onde consta o e-mail da pesquisadora, podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação, agora ou a qualquer momento. Além disso, este estudo foi aprovado pelo *Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos do Grupo Santa Casa de Belo Horizonte* (CEP Santa Casa), coordenado por Karla Simone da Silva Fernandes, sob o regimento da Resolução 466/12 IV.5 do Conselho Nacional de Saúde. De modo que, em caso de questões éticas, esta instância também poderá ser contatada: CEP SANTA CASA BELO HORIZONTE pelo telefone (31) 3238-8933, e-mail cep@santacasabh.org.br ou no endereço Rua Domingos Vieira, 590 – Santa Efigênia - Belo Horizonte, MG, CEP 30.150-240.

Eu, Vanessa Rosa Pereira, comprometo-me a cumprir todas as exigências e responsabilidades¹ a mim conferidas neste termo e agradeço pela sua colaboração e confiança.

Vanessa Rosa Pereira

Li, ou alguém leu para mim, as informações contidas neste documento antes de assiná-lo. Declaro que toda a linguagem técnica utilizada na descrição desta pesquisa foi satisfatoriamente explicada e que compreendo que sou livre para me retirar em qualquer momento, sem perda de benefícios ou qualquer outra penalidade. Confirmando, por fim, que recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Eu, _____ (nome do participante em letra de forma), dou meu consentimento de livre e espontânea vontade para participar deste estudo.

Belo Horizonte, ____ de _____ de ____.

Assinatura do participante

Email: vanessa_rosapereira@yahoo.com.br

¹Para todos os participantes, em caso de eventuais danos decorrentes da pesquisa, será observada, nos termos da lei, a responsabilidade civil.

ANEXO (B)

INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA

Prezado Sr./Sra.,

Lerei em voz alta algumas perguntas que têm como objetivo esclarecer o seu contexto social. Se houver alguma dúvida, você poderá me interromper e perguntar. Eu poderei repetir as perguntas quantas vezes for necessário.

Data: ___/___/___

Entrevista n°: _____

Sexo: Masculino Feminino **Idade:** _____ anos

Nível de Escolaridade:

Analfabeto Ensino fundamental incompleto Ensino fundamental completo

Médio incompleto Médio completo Superior

Onde reside: _____

Urbana Rural

Reside: Sozinho Com a Família _____ Mora em instituição

Estado Civil: Solteiro(a) Casado(a) Viúvo(a) Divorciado(a)

Possui filhos: Não Sim Quantos: _____

Algum é menor de idade ou dependente: Sim Não

Exerce alguma atividade remunerada atualmente: Sim Não

Empregado Desempregado Aposentado Estudante

Trabalhador – Estudante Outra Situação

Renda Familiar a 2 salários mínimos a 4 salários mínimos A na de 5 salários mínimos

Hábitos e Estilo de Vida:

Etilismo - () Não () Sim () Atual () Progresso

Tabagismo - () Não () Sim () Atual () Progresso

Outras Drogas _____

Prática regular de atividade física ou esporte: Sim _____ Não

Conta com apoio de familiares, amigos ou outras pessoas próximas:

Sim Não

Diagnóstico:

Etiologia Congênita _____

Etiologia Adquirida Reumática

Etiologia Adquirida Isquêmica

Etiologia Adquirida Degenerativa

Valva Aórtica Mitral Tricúspide Pulmonar

Apresenta outras indicações de anticoagulação Sim _____ Não

Consciência da doença atual: () sim, () parcialmente, () não

Tratamento:

Indicação Cirúrgica: Troca Retroca Qual foi a prótese escolhida? _____

Porque você escolheu essa prótese?

Quanto tempo esteve internado? _____

Houve necessidade de reinternação? () Sim () Não

Os Resultados da cirurgia anterior foram ao encontro das suas expectativas?

Aderiu ao tratamento após cirurgia? Que dificuldades encontrou?

Houve limitações da sua atividade após a alta: () sim_____

() Não

O Nível de conhecimento que tinham antes dessa cirurgia e agora são os mesmos?_____

1) Como se sente em relação a indicação de tratamento cirúrgico?

2) Qual a expectativas da família em relação a cirurgia de troca valvar?

Prótese Valvar Escolhida: Bioprótese Prótese Mecânica

3) Justificativa da escolha:

ANEXO (C)

Escala HAD - Avaliação do Nível de Ansiedade e Depressão	
<p>Leia todas as frases. Marque com um "X" a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na ÚLTIMA SEMANA. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta.</p>	
<p>A(1) Eu me sinto tenso ou contraído:</p> <p>3 () A maior parte do tempo</p> <p>2 () Boa parte do tempo</p> <p>1 () De vez em quando</p> <p>0 () Nunca</p> <p>D(2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:</p> <p>0 () Sim, do mesmo jeito que antes</p> <p>1 () Não tanto quanto antes</p> <p>2 () Só um pouco</p> <p>3 () Já não sinto prazer em nada</p> <p>A(3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:</p> <p>3 () Sim, e de um jeito muito forte</p> <p>2 () Sim, mas não tão forte</p> <p>1 () Um pouco, mas isso não me preocupa</p> <p>0 () Não sinto nada disso</p> <p>D(4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:</p> <p>0 () Do mesmo jeito que antes</p> <p>1 () Atualmente um pouco menos</p> <p>2 () Atualmente bem menos</p> <p>3 () Não consigo mais</p> <p>A(5) Estou com a cabeça cheia de preocupações:</p> <p>3 () A maior parte do tempo</p> <p>2 () Boa parte do tempo</p> <p>1 () De vez em quando</p> <p>0 () Raramente</p> <p>D(6) Eu me sinto alegre:</p> <p>0 () A maior parte do tempo</p> <p>1 () Muitas vezes</p> <p>2 () Poucas vezes</p> <p>3 () Nunca</p> <p>A(7) Consigo ficar sentado a vontade e me sentir relaxado:</p> <p>0 () Sim, quase sempre</p> <p>1 () Muitas vezes</p> <p>2 () Poucas vezes</p> <p>3 () Nunca</p>	<p>D (8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:</p> <p>3 () Quase sempre</p> <p>2 () Muitas vezes</p> <p>1 () De vez em quando</p> <p>0 () Nunca</p> <p>A (9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:</p> <p>0 () Nunca</p> <p>1 () De vez em quando</p> <p>2 () Muitas vezes</p> <p>3 () Quase sempre</p> <p>D(10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:</p> <p>3 () Completamente</p> <p>2 () Não estou mais me cuidando como deveria</p> <p>1 () Talvez não tanto quanto antes</p> <p>0 () Me cuido do mesmo jeito que antes</p> <p>A(11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:</p> <p>3 () Sim, demais</p> <p>2 () Bastante</p> <p>1 () Um pouco</p> <p>0 () Não me sinto assim</p> <p>D(12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:</p> <p>0 () Do mesmo jeito que antes</p> <p>1 () Um pouco menos do que antes</p> <p>2 () Bem menos do que antes</p> <p>3 () Quase nunca</p> <p>A(13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:</p> <p>3 () Quase todo momento</p> <p>2 () Várias vezes</p> <p>1 () De vez em quando</p> <p>0 () Não sinto isso</p> <p>D(14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:</p> <p>0 () Quase sempre</p> <p>1 () Várias vezes</p> <p>2 () Poucas vezes</p> <p>3 () Quase nunca</p>

ANEXO (D)

Escala de Percepção da Capacidade de Enfrentamento e Responsabilidade na Escolha da Prótese Valvular

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de seu adoecimento, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, escolha entre as alternativas a que lhe pareça mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser a sua primeira escolha.

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Posso boa compreensão da doença cardíaca que me acomete.					
2. Pensei em recusar o tratamento cardiológico por medo da cirurgia.					
3. Procurei um amigo para pedir conselhos sobre as hipóteses de tratamento que me ofereceram.					
4. Tenho dificuldade para tomar decisões em relação ao meu problema cardiológico e tratamento.					
5. Quando chega o momento de decidir, em relação ao tratamento cardiológico, sinto-me dominado pelas alternativas.					
6. O adoecimento do coração pode afetar bruscamente a vida					
7. O Problema cardíaco pode afetar o psicológico.					

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo	Concordo	Concordo totalmente
8. A ansiedade é um dificultador na promoção do seu tratamento diante do adoecimento do coração.					
9. Sinto-me capaz de decidir em relação ao meu tratamento cardiológico.					
10. Recebi informações esclarecedoras que contribuíram para minha decisão em relação ao tipo de prótese valvar.					
11. Sinto-me seguro em relação a minha escolha da prótese valvar.					
12. Tenho medo de arrependimento no futuro da escolha que fiz em relação ao meu tratamento.					
13. Me sinto desanimado e desmotivado em relação ao meu futuro após o adoecimento.					
14. Tenho muitos projetos em relação ao meu futuro.					