

Carlos Daniel Barbosa Vieira

Qualidade de Vida dos Pacientes Adultos Submetidos a Cirurgia Cardíaca

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2018

Carlos Daniel Barbosa Vieira

Qualidade de Vida dos Pacientes Adultos Submetidos a Cirurgia Cardíaca

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2018

Carlos Daniel Barbosa Vieira

(Carlos Daniel Barbosa Vieira)

Projeto de Graduação apresentado á
Universidade Fernando Pessoa como
Requisito para a obtenção do grau de
Licenciado em Enfermagem.

Sumário

As doenças cardiovasculares podem provocar distúrbios a nível de qualidade de vida do indivíduo, devido ao comprometimento de diversos domínios tais como: físico, mental, social e ambiental. Utentes portadores desta patologia recorrem a diversos procedimentos na procura de alcançar uma melhor qualidade de vida. De entre os tratamentos conhecidos, para este tudo optou-se pelo cirúrgico.

Esta pesquisa tem como objetivos determinar, através de uma revisão de literatura, se os indivíduos que são submetidos a esta cirurgia, obtêm uma melhoria de qualidade de vida em comparação com a que possuíam anteriormente, qual a perceção da qualidade de vida dos utentes após procedimento cirúrgico e, por fim, conhecer qual é a metodologia mais utilizada para avaliar a sua qualidade de vida. Foram pesquisados artigos em bases de dados *online* tais como B-ON, RCAAP, MedLine, SciELO, Pepsic, em livros relacionados com a área de Enfermagem e em repositórios universitários.

Após esta procura de informação, foram encontrados um total de 795 artigos, em que apenas dez se enquadram no critério de inclusão para desenvolvimento do estudo. Os principais resultados obtidos demonstram que, de facto, existe um aumento de qualidade de vida após realizar cirurgia cardíaca, seja esta de qualquer tipo for.

Confirma ainda que os utentes experimentam limitações após momento da alta, mas que após alguns meses de pós-operatório, onde se realiza reavaliação de qualidade de vida nas suas residências por parte dos investigadores, se comprova que os resultados mostram-se superiores em relação aos obtidos no momento de pré-operatório.

Palavras-Chave: Qualidade de vida; Cirurgia cardíaca; Paciente.

Abstract

The cardiovascular diseases can cause disturbances in the quality of the individual's life due to compromising of several domains such as social, environmental, physical, mental. Patients that hold this pathology resort to innumerable procedures to achieve better life quality. Among the known treatments, for this study, it was choosed the surgical one.

This research aims to determine, through a review of literature, if the individuals who perform this surgery, obtain an improvement of life quality in comparison with what they had previously, what is the perception of life quality of the users after surgical procedure and, finally, to unveil what is the most used methodology most to assess life quality. Therefore, the articles were searched in online databases such as B-ON, RCAAP, MedLine, SciELO, Pepsic, in books related to the area of nursing and in university repositories.

After this demand for information, a total of 795 articles were found, in which only ten fit the inclusion criteria for the development of this study. The main results obtained show that, in fact, there is a weight increase of life quality after heart surgery, no matter what kind.

This said, users still experience limitations after the moment of hospital discharge, but after a few months postoperatively when the investigators do a re-evaluation of life quality in their homes, the results are higher than comparing to the ones obtained at the time of pre-op.

Keywords: Quality of life; Cardiac surgery; Patient.

Agradecimentos

Este projecto de graduação marca o final de uma etapa académica, que me permitirá exercer a profissão que mais amo e desejo, e ao longo destes quatro anos, levo para a vida coisas conquistadas me fazem sentir orgulhoso, tanto como enfermeiro tanto como ser humano.

Agradeço desde já à Universidade Fernando Pessoa e a todas as instituições na qual eu passei como aluno, desde ensinamentos clínicos até formações, e a todos os profissionais de saúde que me orientaram em diversos campos de estágio, que me transmitiram conhecimento e experiências que me enriqueceram a nível de conhecimento e a nível pessoal.

Ao Professor António Moreira pela orientação, apoio e dedicação na realização deste projecto de graduação e pelas horas despendidas para mim ao longo destes meses, sempre com a melhor disposição para me ajudar a trabalhar.

Agradeço aos meus pais e irmãos, por todo o apoio económico, pela força e pelo carinho que sempre me prestaram ao longo de toda a minha vida académica, pelos diversos sacrifícios suportados e pelo constante encorajamento de perseguir uma carreira académica. Sem eles, nem sequer teria forças para prosseguir com esta licenciatura.

À minha família, devo o profundo agradecimento pelo modo como me aturou, pelo modo como sempre me apoiou e acompanhou ao longo desta árdua e custosa caminhada. Sempre que necessário souberam aconselhar e souberam criticar, como sempre e em tudo na vida. Pelas alegrias, momentos felizes, desânimos, angústias e essencialmente pela compreensão.

Aos meus amigos de longa data, que sempre estiveram presentes neste percurso, e que permaneceram ao meu lado nas dificuldades, obrigado pelo apoio e compreensão inestimáveis.

Às amizades conquistadas nestes quatro anos que sem eles, o curso não seria o mesmo e refiro me ao Adriano, Bruno, Jaca, Gabriela, Ana Rita e Catarina. Um GIGANTE obrigado pelas noites no e-learning, pelos apontamentos e sobretudo pelo preocupação para comigo ao longo deste tempo. Levo-vos para a vida!

“ Trago dentro do meu coração,
Como num cofre que se não pode fechar de cheio,
Todos os lugares onde estive,
Todos os portos a que cheguei,
Todas as paisagens que vi através de janelas ou vigias,
Ou de tombadilhos, sonhando,
E tudo isso, que é tanto, é pouco para o que eu quero.”

Fernando Pessoa

Índice de Abreviaturas/Siglas

CEC – Circulação Extra-Corpórea

CRM – Cirurgia de Revascularização do Miocárdio

DAC- Doença Arterial Coronária

HTA -Hipertensão

MOS SF-36 - Medical Outcome Study Short Form -36 Item

OMS - Organização Mundial de Saúde

QVRS - Qualidade de Vida em Relação á Saúde

RCAAP - Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

RVM - Revascularização do Miocárdio

WHOQOL - World Health Organization of Quality of Life

Índice de Quadros

Quadro 1. Apresentação dos estudos Internacionais por autor, ano, título, objetivo, metodologia e principais resultados.....31

Quadro 2. Apresentação do estudo Nacional por autor, ano, título, objetivo, metodologia e principais resultados.....40

Índice

| | |
|--|----|
| 0.Introdução | 12 |
| Capítulo I - Fase concetual | 14 |
| 1.1. Definição do tema..... | 14 |
| 1.2. Justificação do tema. | 15 |
| 1.3. Questão de investigação..... | 15 |
| 1.4. Objetivos de investigação..... | 16 |
| 2. Revisão Bibliográfica..... | 17 |
| i. Qualidade de vida | 17 |
| ii. Avaliação da qualidade de vida | 19 |
| iii. Cirurgia cardíaca..... | 22 |
| iv. Paciente..... | 26 |
| Capítulo II - Fase metodológica | 27 |
| 1. Tipo de estudo | 27 |
| 2. Método e colheita de dados..... | 28 |
| Capítulo III – Fase Empírica | 30 |
| 1. Apresentação dos dados..... | 30 |
| 2. Análise e discussão dos resultados..... | 41 |
| Conclusão | 50 |
| Referências Bibliográficas | 52 |

0.Introdução

O presente projeto de graduação, insere-se no quarto ano, segundo semestre do curso de Licenciatura em Enfermagem. É um requisito para a obtenção do grau de licenciado em enfermagem, e esta etapa final determina a aquisição da Licenciatura em Enfermagem.

Para o desfecho desta etapa académica foi eleita a seguinte temática: “Qualidade de vida dos Pacientes Adultos Submetidos a Cirurgia Cardíaca”. A escolha do tema foi determinada pela vontade de querer aprofundar o conhecimento científico acerca desta questão de investigação e confirmar se na verdade, existe um aumento de qualidade de vida significativa após intervenção cirúrgica em várias vertentes, sendo estas a nível psicológico, físico, social, laboral e atividades de lazer.

Na década de 1970, nasceu um novo significado de saúde por parte da Organização Mundial de Saúde, e esta mesmo declara que saúde implica uma “situação de perfeito bem-estar físico, mental e social, e não só a ausência da doença”.

Para esclarecimento mais profundo a OMS em associação com o Grupo WHOQOL (1995) descreve qualidade de vida como sendo a “perceção de cada indivíduo da sua posição na vida no contexto do sistema cultural e de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito amplo, afetado de um modo complexo pela saúde física da pessoa, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e a sua relação com características marcantes do ambiente”.

O grupo WHOQOL foi concebido no ano de 1995, pelo facto da OMS não possuir um instrumento para avaliação de qualidade de vida transculturalmente, e por esta razão foram nomeados diversos cientistas e especialistas na procura de desenvolver uma ferramenta para avaliação de qualidade de vida propriamente dita, que fosse possível aplicar em qualquer zona do mundo.

Ramos (2003) define que a saúde não é mais medida pela presença ou ausência de doença, e sim pelo grau de capacidade funcional preservada após tratamento clínico em que este deve manter a autonomia do utente, manter este integrado na sociedade e ser capaz de realizar as suas atividades de vida diárias.

Este projeto encontra-se organizado em 6 partes: introdução, onde se apresenta a estrutura do trabalho; fase conceitual onde se aborda os conceitos que constituem o tema do trabalho e sua revisão de literatura, assim como questões e objetivos de investigação; fase metodológica onde é relatada a metodologia aplicada no projeto para seu desenvolvimento; fase empírica onde é efetuada a apresentação dos dados obtidos através de quadros para facilitar a sua leitura assim como a sua análise e discussão dos principais resultados de cada pesquisa; conclusão, onde se apresenta as principais conclusões retiradas deste trabalho e, por fim, as referências bibliográficas utilizadas para fundamentação teórica do projeto.

I. FASE CONCEPTUAL

Segundo Fortin (2009, p. 49) “este processo começa pela escolha de um tema de estudo e de uma questão apropriada, a partir da qual se orientará a investigação”, onde se irá organizar uma sequência de informações pertinentes ao estudo, de forma a ser possível responder à questão de investigação apresentada. Conforme a mesma autora, esta descreve que só através deste processo é que o “investigador elabora conceitos, formula ideias e recolhe a documentação sobre um tema preciso, com vista a chegar a uma conceção clara do problema.”, de modo a construir uma base científica para correção do problema exposto.

1.1. Definição do tema e justificação

A investigação intitula-se “Qualidade de vida dos Pacientes Adultos Submetidos a Cirurgia Cardíaca”. Após a definição do tema em estudo, foi questionado qual seria a perceção de qualidade de vida dos utentes após intervenção cirúrgica cardíaca em relação à qualidade de vida apresentada anteriormente (pré-operatório), e constantemente o autor deste estudo indagava-se de como seria a perspectiva dos utentes em relação à sua qualidade de vida após procedimento cirúrgico, e se efectivamente existe um aumento na qualidade de vida do utente.

Para justificação do tema eleito, segundo Fortin (2009,pág.80), o problema de investigação deve ser atual e capaz de criar um adquirir de conhecimentos proveitosos para o investigador, e assim para a sua prática profissional. Para além deste motivo, o tema deve ser de interesse para o indivíduo que se encontra a realizá-lo, e segundo Lakatos e Marconi (2007) “o assunto que se deseja estudar e pesquisar. (...) deve ser exequível e adequado em termos tanto dos fatores externos quanto internos ou pessoais.”. O desejo para execução deste trabalho prende-se com o facto de ao longo dos diversos ensinamentos clínicos, termos experienciado situações que nos levaram a refletir sobre esta problemática e a procurar encontrar respostas às dúvidas que foram sendo suscitadas.

1.2. Problema de investigação

Os autores Polit, Beck e Hungler (2004, p. 104) defendem que “um estudo de pesquisa tem início com um problema que o pesquisador gostaria de resolver”, logo um tema que seja necessário resolver ou aperfeiçoar. Fortin (2009), no seguimento da mesma lógica, refere que “um problema de investigação é uma situação que necessita de elucidação ou de uma modificação”, ou seja, um problema que necessita de ser estudado mais profundamente.

1.3. Questões de Investigação

Para Fortin (2009, pág. 73), uma questão de investigação consiste num “(...) enunciado interrogativo e claro e não equívoco que precisa os conceitos-chave, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica.” Para além disto, a mesma autora descreve que é um ponto de partida que determina o saber que é pretendido adquirir face á problemática exposta.

Posto isto, as questões de investigações definidas foram:

- ✓ Existe melhoria na qualidade de vida dos pacientes após cirurgia cardíaca?
- ✓ Verificam-se diferença na qualidade de vida dos pacientes entre géneros após cirurgia cardíaca?
- ✓ Após a cirurgia cardíaca, quanto tempo decorre até os pacientes notarem melhor qualidade de vida?

1.4. Objetivos do estudo

Os objetivos do estudo são fundamentais na elaboração do mesmo pelo facto de serem enunciados declarativos que delimitam a orientação do investigador, de acordo com o nível de conhecimento existente para delinear a investigação. (Fortin,2003)

A formulação do objectivo de um estudo científico é um processo que possibilita ao investigador descrever, explorar, identificar, ou, ainda, explicar um determinado acontecimento, e conforme narra a autora supracitada, deve ser elaborado num enunciado declarativo, para que seja possível estabelecer uma relação causa-efeito.

Segundo Fortin (2003), “o objetivo de um estudo indica o porquê da investigação. Como objetivos do estudo foram definidos os seguintes:

Objetivo Geral:

- ✓ Identificar na literatura de Enfermagem, artigos científicos ou publicações que relatem a qualidade de vida, especificamente sobre cirurgia cardíaca.

Objetivos específicos:

- ✓ “Qual a percepção da qualidade de vida dos utentes após cirurgia cardíaca?”;
- ✓ “Qual a diferença observada entre a qualidade de vida anterior á cirurgia e após cirurgia?”;
- ✓ “Qual a metodologia mais utilizada na literatura revisada que avalia a qualidade de vida dos pacientes?”.

1.5. Revisão de Literatura

Para efetuar a uma revisão bibliográfica, foram realizadas pesquisas em diversas bases de dados científicas com os seguintes operadores booleanos: qualidade de vida, cirurgia cardíaca e paciente.

Estes conceitos foram determinantes pois ofereceram base científica para a realização deste estudo, que permitiram ao autor conceber palavras-chave para proceder à procura de artigos, teses, livros, e até mesmo revistas de teor científico.

Na fase concetual, “o investigador elabora conceitos, formula ideias e recolhe documentação sobre um tema preciso, com vista a chegar a uma conceção clara do problema.” (Fortin, 2009, pág.49).

i. Qualidade de Vida

A definição de qualidade de vida propriamente dita, é um conceito no qual diversos autores não chegam a um consenso, o que implica demonstrar a opinião de vários investigadores acerca desta temática.

Os autores Awad e Voruganti (2000) declararam que “ qualidade de vida é uma vaga e etérea entidade, algo sobre a qual muita gente fala, mas que ninguém sabe claramente o que é.”. Esta afirmação continua na verdade, a ser uma realidade, pois nunca foi atingido um consenso sobre conceito de qualidade de vida propriamente dito.

Para Benetti et. al. (2001), a expressão “qualidade de vida aplica-se ao indivíduo aparentemente saudável do ponto de vista físico e diz respeito com o grau de satisfação com a vida em múltiplos aspetos que a integram, como moradia, transporte, alimentação, realização profissional, segurança financeira, entre outros.”.

Para encontrar o aparecimento da palavra, ou surgimento do conceito de qualidade de vida, Pimentel (2004) crê que o termo foi primeiramente utilizado por Aristóteles (384 a.C. e 322 a.C.), que narrou:

“Quer a pessoa mais modesta ou mais refinada (...) entende vida boa ou estar bem como a mesma coisa que estar feliz. Mas o que é entendido como felicidade é discutível (...) Uns dizem uma coisa e outros outra coisa e a mesma pessoa diz coisas diferentes em tempos diferentes; quando está doente pensa a saúde é a felicidade; quando está pobre a felicidade é a riqueza (cit. in Pimentel, 2004, p. 13).”

Ainda para Pacheco (2007), o termo qualidade de vida é um “conceito integrador do bem-estar em termos físicos, mentais e sociais, percebido por cada sujeito” (p.2).

Para os autores Pais-Ribeiro (2009), há enormes dificuldades em indicar uma só definição de Qualidade de vida, devido ao facto de ser um conceito que ainda está a ser “clarificado, aceite e integrado sobretudo na área da saúde.”

Anteriormente, Taveira (1999) descreve qualidade de vida como “um conceito multidimensional de bem-estar físico, mental e social percebido por cada indivíduo ou grupo de indivíduos, envolvendo os conceitos de vida como a saúde, o trabalho, a família, o estado emocional da pessoa, o nível socioeconómico, entre outros.”

Para esclarecimento do conceito em si e com ideia de criar um consenso na literatura, a OMS em associação com o WHOQOL Group, concebeu, em 1995, o conceito qualidade de vida com “ajuda de vários especialistas” segundo Fleck (2000,pág. 34). A definição do conceito consiste na “percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”, e não somente a ausência de doença como vários autores haviam defendido, e que qualidade de vida também inclui fatores relevantes tais como longevidade, espiritualidade, relações familiares e lazer.

Ribeiro et al. (2010, p.97), relata que “ (...) a percepção que o ser humano tem sobre a qualidade de vida é construída pelo seu referencial as suas condições de vida, reforçada constantemente pelas interações que desenvolve nos diversos ambientes com os quais interage.”

Após exposição deste conceito, a literatura revisada concorda efetivamente, segundo Magina (2011), que há um “acordo generalizado relativamente á qualidade de vida em assumir um caráter multidimensional, ser influenciada por fatores pessoais e ambientais e interação entre os mesmos, ter indicadores subjetivos e objetivos e ser ampliada por fatores como auto determinação, recurso, objetivos de vida e um sentimento de pertença.”

Na área da saúde, o interesse pelo conceito qualidade de vida é relativamente recente e decorre, em parte, dos novos padrões que têm influenciado as políticas e as práticas do setor nas últimas décadas (Seidl e Zannon 2004, p.580)

ii. Metodologia para avaliação da qualidade de vida

Os instrumentos de avaliação de qualidade de vida devem “conter indicadores, demográficos, sociométricos ocupacionais, de bem-estar psicológico, saúde física, sintomas mentais relações de suporte social, finanças e atividades quotidianas. Esses questionários podem ser autoaplicáveis.” (Fiedler,2008, p.9).

Como afirmado por Fleck et al. (2008), “apesar de prevalecer um consenso sobre a importância de avaliar a qualidade de vida, a tal definição ainda é um campo de discussão científica.”, e pode-se concluir que o único consenso é que deve existir uma avaliação de qualidade de vida rigorosa, que permita quantificar a realidade (Ribeiro,1999).

Para efetuar uma avaliação de qualidade de vida rigorosa, existem métodos quantitativos e métodos qualitativos na literatura. Posto isto, a OMS, desenvolveu dois instrumentos de avaliação da Qualidade de Vida: O WHOQOL-100, e o WHOQOL-Bref.

O WHOQOL-100 foi concebido na 2ª metade da década de 90 e avalia 6 domínios – físico, independência, relações sociais, psicológico, ambiente e espiritualidade. Apesar de ser um questionário completo, a OMS sentiu necessidade de criar uma avaliação mais abreviada, que demorasse menos tempo a preencher mas que conservasse as características psicométricas.

Foi então concebido o WHOQOL-Bref, que consiste num “instrumento autoaplicável, composto por 26 questões sendo duas gerais, que abordam a percepção de qualidade de vida e a satisfação com a saúde, e as demais 24 estão divididas em quatro domínios: físico (sete itens), psicológico (seis itens), relações sociais (três itens) e meio ambiente (oito itens)” (Fleck,2000, cit in Cústodio e Gasparino, 2012).

As questões do WHOQOL-Bref são “avaliadas por uma escala tipo *Likert* com cinco pontos, em que o participante é solicitado a marcar sua percepção nas últimas duas semanas. Quanto menor a pontuação, pior é a percepção de qualidade de vida e quanto maior a pontuação, melhor a percepção”, segundo Fleck (2000).

Para esta escala foi conferido 1 ao valor mais negativo e 5 ao valor mais positivo, exceto em 3 das questões (3, 4 e 26) que são formuladas organizadas inversamente, assim sendo atribui-se 1 ao valor mais positivo e 5 ao valor mais negativo (Serra et. al, 2006).

Para averiguar os 4 domínios presentes no instrumento de avaliação de qualidade é importante o que efetivamente cada um questiona ao paciente. Segundo Canavarro et al. (2010), a identificação das questões processa-se da seguinte forma:

- ✓ Domínio físico – Q3: Dor e desconforto; Q4: Dependência de medicação e tratamentos; Q10: energia e fadiga; Q15: Mobilidade; Q16: Sono e repouso; Q17: Atividade da vida diária; Q18: Capacidade de trabalho.
- ✓ Domínio psicológico – Q5: Sentimentos positivos; Q6: Espiritualidade/religião e crenças pessoais; Q7: Pensamentos, aprendizagem, memória e concentração; Q11: Imagem corporal e aparência; Q19: Autoestima; Q26: Sentimentos negativos;
- ✓ Domínio relações sociais – Q20: Relações pessoais; Q21: Atividade sexual; Q22: apoio social;

- ✓ Domínio ambiente – Q8: Segurança cívica; Q9: Ambiente físico (poluição/barulho/clima/trânsito); Q12: Recursos económicos, Q13: Oportunidade para adquirir novas informações e competências; Q14: Participação e/ou oportunidade de recreio e lazer; Q23: Ambiente no lar; Q24: Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; Q25: Transporte.

Para Serra e Canavarro (2005), no que toca à pontuação obtida, os valores mais altos correspondem a uma melhor de qualidade de vida, não existindo valores que determinem um *score* acima ou abaixo do qual se possa avaliar se existe efetivamente uma boa ou má qualidade de vida. É possível calcular estes valores através de uma fórmula que transforma as pontuações em valores padrão, que proporcionam a sua interpretação quando comparados com outros instrumentos de avaliação de qualidade de vida utilizados por outros investigadores (Canavarro et al., 2006).

Para além destes dois instrumentos de avaliação de qualidade de vida desenvolvidos pelo WHOQOL Group e OMS, existem ainda outros questionários para avaliar a perceção da qualidade de vida do paciente. Os mais utilizados pelos investigadores são o NYHA (New York Heart Association) e a Medical Outcome Study Short Form -36 (MOS SF-36).

A escala de NYHA, para Ferreira et al. (2008), mede a classificação funcional dos utentes com patologia cardíaca em quatro graus distintos:

- ✓ Grau I – Sem limitação física; atividades físicas não causam palpitações, dispneia nem fadiga;
- ✓ Grau II – Com uma leve limitação das atividades físicas, com recuperação em repouso; em atividade física resulta em fadiga, dispneia, palpitação ou angina;
- ✓ Grau III – Marcada limitação das atividades realizadas, embora confortáveis em repouso, o realizar de atividades físicas menos intensas que as que normalmente executa resultam no aparecimento de sintomas;
- ✓ Grau IV – Incapacidade de realizar qualquer atividade física sem desconforto, pois esta induz o aparecimento de desconforto ainda maior.

A maioria dos investigadores pesquisados associa esta escala com a escala MOS SF-36, que segundo Gonçalves et al. (2006) “permite monitorizar a condição de saúde antes e após o tratamento instituído, sendo sensível a melhora clínica”. Para o mesmo autor, o MOS SF-36 é um “questionário que pode ser auto-administrável, composto por 36 itens, agrupados em oito dimensões de saúde: funcionamento do organismo, dor corporal, socialização, saúde mental, vitalidade, percepção geral da saúde, limitações causadas por problemas físicos e limitações por distúrbios emocionais, e tem o propósito de examinar a percepção do estado de saúde pelo próprio paciente.” Gonçalves et al. (2006).

As respostas obtidas através do preenchimento do questionário podem variar de 0 a 100, sendo zero pior percepção de qualidade de vida e cem a melhor percepção de qualidade de vida. (Ferreira et al.,2008)

Contudo, este estudo debruça-se na revisão de literatura e não em escalas que meçam a qualidade de vida dos utentes, e tal como definido nos objetivos acima traçados, este projeto tem como finalidade conhecer, na verdade, se existe aumento de qualidade de vida dos pacientes após cirurgia cardíaca na literatura já existente.

iii. Cirurgia Cardíaca

Para discutir a história da cirurgia cardíaca, é necessário recuar décadas para encontrar quando esta foi realizada pela primeira vez. Até ao fim do séc. XIX, a cirurgia geral na Europa era vista como incipiente, e o foro da cirurgia cardíaca era totalmente inexistente (Braile e Godoy,2012).

Em 1882, Theodor Billroth comentou que a realização de uma pericardiectomia (a remoção cirúrgica de uma parte ou maior parte do pericárdio) corresponderia “a um ato de prostituição em cirurgia ou frivolidade cirúrgica (...) qualquer cirurgião que tentasse suturar uma ferida cardíaca deveria perder o respeito dos seus colegas.”, exposto por End e Wolner em 1993.

Após comentário de Billroth, não demorou até Ludwig Rehn, no ano de 1896, obtivesse sucesso ao suturar um golpe no ventrículo direito, descrito por Braile e Godoy (2012).

Na verdade, somente nas últimas décadas é que ciência da cirurgia cardíaca se desenvolveu abruptamente, e desde aí, teve uma evolução alucinante. O avançar do conhecimento científico e tecnológico, permitiu colocar o coração como “sede da alma, colocando-o em um patamar hierárquico não muito distante dos demais órgãos do corpo.” (Braile e Godoy, 2012)

Os autores da mesma publicação relatam que primeira cirurgia cardíaca com sucesso foi realizada em 1938, pelo Dr. Robert Gross, que realizou a primeira correção da persistência do canal arterial, a uma paciente com apenas sete anos de idade. (Braile e Godoy,2012).

Após tentar obter ajuda do Dr. Gross, que foi recusada posteriormente, Dra. Taussig com ajuda do Dr. Alfred Blalock (especialista em conceber anastomoses) no hospital John Hopkins, em 1945 ocorre a primeira cirurgia com sucesso a uma paciente com 11 anos de idade com boa evolução pós-operatório (Braile e Godoy,2012). Até 1949, já haviam sido realizadas 1.000 cirurgias no John Hopkins segundo Gott (1993).

A primeira tentativa de desobstrução da válvula aórtica teve lugar em França, no ano de 1913, por iniciativa de Tuffer, que dilatou digitalmente a válvula através de invaginação na parede da aorta (Braile e Godoy,2012).

Após este acontecimento, em 1950, Brock publicou na comunidade científica uma “tentativa de dilatação da estenose aórtica por meio de um instrumento inserido através da artéria subclávia direita previamente seccionada e ligada distalmente, depois abandonando completamente o processo em virtude das dificuldades técnicas encontradas.”, descrevem os mesmos autores supracitados.

Sensivelmente no mesmo ano, Redondo-Ramirez e Brock, descreveram “a abordagem da estenose aórtica por via mitral, pela introdução de um dedo através da aurícula esquerda, técnica esta que chegou a ser conhecida como manobra de Ramirez, sendo, porém, abandonada face aos perigos de rotura do folheto septal da mitral com insuficiência mitral aguda.”, narra Margutti et al. (1955).

Depois de tentativas exaustivas de correção cirúrgica e inúmeros ensaios clínicos e experimentais, Bailey e colegas nos anos 50, chegaram à conclusão que a “separação das comissuras por dilatação instrumental via transventricular baixa parecia, na ocasião, ser o melhor processo, passando a empregá-la de rotina.” (Braile e Godoy,2012).

A nível da estenose da válvula mitral os autores Braile e Godoy (2012) relatam que a sua primeira cirurgia de sucesso a esta patologia congénita remonta a 1923, quando Elliot Cutler e Samuel Levine, realizaram com sucesso, uma comissurotomia mitral por via transventricular, com recurso a um tenótomo adaptado (instrumento utilizado nas tenotomias, que consiste em corte de tendões), a uma paciente de 12 anos.

A operação teve a duração de uma hora e quinze minutos, onde a utente foi transferida para a sala de recobro, recebendo alta no 12º dia de pós-operatório, mas infelizmente, acabou por falecer quatro anos e meio depois devido a uma pneumonia pneumocócica. Após o sucesso da primeira intervenção cirúrgica, realizaram-se outras sete cirurgias com a intenção de criar uma insuficiência mitral “controlada”, acabando por não se obter resultados benévolos, o que levou ao abandono do procedimento em 1929.

Ainda nesta época, em 1925, “Henry Souttar, no London Hospital, fez a abordagem da válvula mitral através do apêndice atrial esquerdo, realizando a comissurotomia com o auxílio do próprio dedo indicador (...) apesar do sucesso, nenhum outro caso foi por ele operado por absoluta falta de encaminhamento por parte dos cardiologistas britânicos da época.”, descreve Braile e Godoy (2012).

Por último, Bailey concebe uma apresentação do tratamento cirúrgico da insuficiência cardíaca que demonstra o estado iniciante do tratamento deste tipo, e que relata que existiam somente três tipos de intervenção operatória para revascularização do miocárdio nos anos 50:

- ✓ “Revascularização de superfície, conforme realizado por Thompson;
- ✓ Implante da artéria mamária no miocárdio conforme realizado por Vineberg;
- ✓ Circulação retrógrada de sangue arterial através do seio coronário conforme realizado por Beck e outros.”,exposto por Bailey (1954,cit in Braile e Godoy, 2012).

Após pesquisa extensiva na literatura, na atualidade, existem três tipos de cirurgias cardíacas mais concretizadas, segundo Galdeano et al. (2003):

- ✓ Corretivas, que implicam o encerramento do canal arterial e correção do defeito do septo auricular e ventricular;
- ✓ Reconstrutora, como revascularização do miocárdio e plastia de válvulas cardíacas (mitral, aórtica ou tricúspide);
- ✓ Substituição, que se refere a transplantes e substituição de válvulas cardíacas.

No domínio da cirurgia cardíaca denominada revascularização do miocárdio, é utilizado um vaso sanguíneo (veia safena ou artéria mamária interna), com a qual o cirurgião realiza uma anastomose distal do local onde a artéria se encontra obstruída até á aorta ascendente, com o objetivo de reestabelecer a perfusão arterial Galdeano et al. (2003).

Relativamente à história da primeira intervenção cirúrgica de revascularização do miocárdio, recua-se ao ano de 1967, quando o Dr. René Favoloro realizou na Cleveland Clinic este procedimento, utilizando a veia safena para tratar uma obstrução coronária.

O primeiro transplante cardíaco a ser realizado com sucesso foi no Groote Schuur Hospital, na Cidade do Cabo, na África do Sul, liderado pelo cirurgião cardiovascular Dr. Christiaan Barnard no dia 3 de Dezembro de 1967. Este transplantou para o seu paciente Washansky, um coração de um jovem rapaz sem atividade cerebral, onde o órgão teve apenas 14 minutos de isquemia (Rodrigues da Silva,2008).

Na consulta de um dicionário de termos médicos atualizado, Freitas e Costa (2014) relata que o termo cirurgia é definido como “ramo da ciência médica que diz respeito às doenças, lesões ou outras alterações físicas cujo tratamento é feito diretamente por métodos manuais ou com uma operação ou intervenção operatória com instrumentos especiais, adequados ao tipo de intervenção a efectuar. O termo é também usado nos aspectos de Medicina que dizem respeito ao estudo, diagnóstico e tratamento de todas as afecções e doenças cuja resolução é feita através de técnicas operatórias.”.

Para além desta definição, é possível encontrar mais duas definições relacionadas com cirurgia, nomeadamente cirurgia cardíaca e cirurgia de coração aberto, sendo que esta consiste numa “cirurgia que se realiza sobre coração e grandes vasos do toráx.”, enquanto que a outra consiste numa “técnica cirúrgica ao coração que interrompe os batimentos cardíacos temporariamente e a função cardíaca é executada por uma bomba mecânica e que é especialmente utilizada no tratamento de cardiopatias congénitas, estenoses valvulares e na cirurgia de bypass das artérias coronárias.”, respetivamente.

iv. Paciente

Para saber a definição de paciente, Anderson e Anderson (2001) relatam o termo como “recetor de serviço de assistência médica, que se encontra doente ou hospitalizado; cliente de um serviço de assistência médica.” Descrevem ainda que a palavra paciente vem do latim "*patientem*": o que sofre, o que padece.”, e que pressupõe o que possui relação com o especialista ou uma instituição.

Por outro lado, o dicionário de língua portuguesa elaborado por Perfeito e colaboradores em 2010, por descreve paciente como “pessoa que espera tranquilamente; pessoa que se encontra sob cuidados médicos; doente; capaz de suportar dificuldades ou tristezas; revela persistência e perseverança.”.

II. FASE METODOLÓGICA

Fortin (2009, pág.53) narra que:

“A fase metodológica consiste em definir os meios de realizar a investigação. É no decurso desta fase (...) que o investigador determina a sua maneira de proceder para obter as respostas às questões de investigação ou verificar as hipóteses.”

1.1. Tipo de Estudo

Este estudo científico baseia-se numa pesquisa e análise de revisão bibliográfica sistemática. Este método de pesquisa consiste, segundo Sampaio e Marcini (2007) em identificar, analisar e seleccionar a literatura científica atual relativamente ao objecto de estudo. Para Bell (2003), é fundamental utilizar as contribuições de vários autores e seus estudos para realização de uma revisão de literatura, com objetivo de contribuir para o tema em estudo.

Na mesma linha de pensamento, Bell (2003, pág.102) descreve que a análise de literatura existente ajuda o pesquisador a averiguar “se o projecto que o investigador se propõe é realizável e para este se informar acerca do contexto e da natureza do assunto”, e o mesmo relata que a análise documental é um aspeto crucial na construção do projecto de investigação.

No parecer de Bell (2003, p. 83), qualquer pesquisa “seja qual for a sua dimensão, implica a leitura do que outras pessoas já escreveram sobre a sua área de interesse, a recolha de informações que fundamentem ou refutem os seus argumentos e a redacção das suas conclusões.”.

Na perspetiva de Ketele e Roegiers (1993) a pesquisa documental tem por base a literatura científica referente ao tema em estudo, cujo destino é a exploração da literatura existente para criação de uma problemática. Esta envolve a procura em artigos científicos, livros, teses, revistas, registos académicos, internet, monografias ou outros documentos com informações adequadas ao estudo corrente.

Para Sampaio e Marcini (2007), esta metodologia de estudo ostenta um elevado grau de fiabilidade, devido ao facto do investigador ter o benefício de seleccionar as informações que são pertinentes ao estudo em questão.

Esta recolha bibliográfica sobre o tema elegido pretende “ouvir o autor, apreender, sem intervir nele, o conteúdo de sua mensagem. Praticamente, trata-se de fazer ao texto uma série de perguntas, cujas respostas fornecem o conteúdo da mensagem” (Severino,1996)

1.2. Método de Colheita de Dados

Tal como está estabelecido num estudo de revisão bibliográfica, procedeu-se á seleção e análise das informações deparadas para abordagem do tema em questão. Dito isto, foram pesquisados e eleitos artigos de teor internacional e nacional, alusivos á investigação realizada.

A pesquisa bibliográfica foi realizada entre os meses de Março e Agosto, e neste período foram investigados artigos científicos e livros disponíveis em bibliotecas ou em repositórios *online*, tais como B-ON, RCAAP, MedLine, SciELO, Pepsic, Google Académico e repositórios universitários.

Para inclusão do artigo científico no estudo, este necessitava de possuir as seguintes características:

- ✓ Período de publicação desde o ano de 2004 até ao ano de 2018;
- ✓ Deter as palavras-chave no resumo do artigo ou no título deste;
- ✓ Pacientes com idade superior a 18 anos de idade;
- ✓ Avaliação da qualidade de vida do paciente após cirurgia cardíaca;

Foram encontrados um total de 795 artigos. Destes artigos, foram eliminados 785. Os critérios para a sua eliminação decorreram do facto de não se enquadrarem totalmente com os objetivos deste trabalho, nomeadamente artigos relacionados com cirurgia cardíaca pediátrica. Por outro lado, alguns artigos cerca de 140 não referiam no seu resumo a avaliação da qualidade de vida dos pacientes.

Finalmente, para o estudo que se pretende levar a cabo, ficaram em condições de serem trabalhados, apenas 10 artigos.

III. FASE EMPÍRICA

A fase empírica “é reservada à análise descritiva e inferencial dos dados recolhidos junto dos participantes por meio dos métodos de colheita de dados” (Fortin 2009, p.407). A mesma autora defende que esta encontra-se dividida em duas etapas, sendo estas a colheita de dados e a sua análise. Após este passo, inicia-se a discussão e apreciação crítica de cada artigo eleito, tendo como referência o tema teórico deste projeto de graduação. Esta autora menciona ainda que a análise dos dados se revela a etapa fundamental para a génese de resultados (Fortin,2009).

1. Apresentação dos dados

Os artigos referidos anteriormente foram divulgados em bases de dados científicas *online*, revistas, livros e projetos de graduação publicados entre o período de 2006 e 2018, todos no idioma português. A maior parte dos artigos eleitos para revisão de literatura foram debatidos nas áreas de enfermagem, fisioterapia e psicologia. O critério de seleção destes foi através da leitura do resumo de cada estudo e posterior avaliação da sua pertinência para este projeto de graduação.

A apresentação e análise de artigos científicos estão organizadas em quadros, para facilitar a leitura e compreensão dos mesmos da seguinte forma:

- ✓ Autores do estudo;
- ✓ Ano de publicação do artigo/estudo;
- ✓ Título do estudo;
- ✓ Objetivo do estudo;
- ✓ Metodologia aplicada em cada estudo;
- ✓ Principais resultados obtidos.

Quadro 1. Apresentação dos estudos Internacionais por autor, ano, título, objetivo, metodologia e principais resultados.

| Autores | Ano | Título | Objetivo | Metodologia | Principais Resultados |
|--|------|--|--|------------------------|--|
| Pimentel, J. ; Ferreira , C. ; Ruschel, P. ; Teixeira, R. | 2013 | Qualidade de vida em pacientes pós-operatórios de cirurgia cardíaca. | Discutir se há ou não melhoria na qualidade de vida do paciente após cirurgia cardíaca de revascularização do miocárdio. | Revisão Bibliográfica. | O artigo revela que a maior parte das pesquisas traz como resultados uma melhora na qualidade de vida do paciente, apesar de não haver um consenso na literatura em determinar se há um aumento na qualidade de vida após realização cirúrgica ou não. Algumas pesquisas apontam que existe melhoria na qualidade de vida destes pacientes, e outras trazem que após a realização da cirurgia há uma diminuição na atividade sexual e laboral destes pacientes, afetando assim a sua qualidade de vida. A recuperação do indivíduo e a sua qualidade de vida podem depender de vários fatores tais como personalidade, mudança de hábitos, a prática de exercício físico e participação em programas de reabilitação cardíaca, a qual pode acelerar ou atrasar o período de recuperação. |

Quadro 1. Apresentação dos estudos Internacionais por autor, ano, título, objetivo, metodologia e principais resultados. (continuação)

| | | | | | |
|----------------------------------|------|--|--|--|---|
| Custódio , F.; Gasparino , R. | 2012 | Qualidade de vida de pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca. | Avaliar qualidade de vida dos pacientes em pós-operatório de 6 meses, numa instituição pública do interior de São Paulo. | Estudo descritivo e transversal, com aplicação do WHOQOL-Bref para avaliação de qualidade de vida. | Os participantes, em sua maioria, eram do gênero masculino (63,2%), casados (76,3%), não completaram o ensino fundamental (63,2%) e recebiam benefício financeiro do governo (50%). Os <i>scores</i> obtidos do WHOQOL-Bref foram: domínio físico (62,9), psicológico (76,1), social (74,3), ambiental (69,2), avaliação geral da qualidade de vida (75,0) e satisfação com a saúde (73,7). Observou-se diferença significativa entre a prática de atividades físicas com os domínios físicos e social. Houve, ainda, correlação significativa entre o domínio físico e idade. No domínio psicológico, foi observada diferença significativa entre os gêneros e no domínio meio ambiente, foram encontradas maiores médias entre os não tabagistas. Concluiu-se que os participantes apresentavam elevada percepção da qualidade de vida quando comparada a outros estudos. |
|----------------------------------|------|--|--|--|---|

Quadro 1. Apresentação dos estudos Internacionais por autor, ano, título, objetivo, metodologia e principais resultados. (continuação)

| | | | | | |
|---|-------------|--|--|--|--|
| <p>Gonçalves,F.; Marinho, P.; Maciel,M. ; Galindo, V.; Dornelas, A.</p> | <p>2006</p> | <p>Avaliação da qualidade de vida pós-cirurgia cardíaca na fase I da reabilitação através do questionário MOS SF-36.</p> | <p>Avaliar a qualidade de vida de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio e que participaram num programa de reabilitação cardíaca.</p> | <p>O questionário MOS SF-36 foi aplicado em três ocasiões distintas, pelo mesmo indivíduo: no momento pré-operatório, no 5º dia pós-operatório, e 60 dias após intervenção cirúrgica após realização de reabilitação cardíaca.</p> | <p>Devido aos medos provenientes da cirurgia e de todo o processo pré-operatório, foi observado que no momento da alta hospitalar os pacientes sentiam-se limitados fisicamente, entretanto, emocionalmente confiantes. Passados dois meses pós-operatórios, as limitações físicas e emocionais eram menores que no período anterior ao internamento hospitalar. Conforme os estudos de Simchen et al. (2001), que passaram pelo período de reabilitação cardíaca no período hospitalar apresentaram melhores resultados obtidos nos campos de saúde geral, função física e social ao comparar com os valores resultantes do momento de pré-operatório. Os autores relatam que no seu estudo, os utentes referiram ganhos emocionais e físicos após dois meses de pós-operatório, o que contribui para uma melhor qualidade de vida.</p> |
|---|-------------|--|--|--|--|

Quadro 1. Apresentação dos estudos Internacionais por autor, ano, título, objetivo, metodologia e principais resultados. (continuação)

| | | | | | |
|--|-------------|---|---|---|---|
| <p>Dal Boni, A.; Martinez, J.; Saccomann, I.</p> | <p>2013</p> | <p>Qualidade de Vida de pacientes submetidos à revascularização do miocárdio.</p> | <p>Determinar o impacto da cirurgia de revascularização do miocárdio na qualidade de vida dos pacientes; analisar e comparar dimensões da qualidade de vida antes e após a intervenção cirúrgica; comparar variáveis sociodemográficas e clínicas aos aspectos de depressão e ansiedade, pré e pós-operatórios.</p> | <p>Estudo descritivo exploratório no qual foram incluídos 78 pacientes no pré e pós-operatório. Foram utilizados instrumentos de pesquisa internacionais e validados para avaliar a qualidade de vida e os aspectos de depressão e ansiedade.</p> | <p>Em relação ao domínio físico, os utentes apresentaram piores resultados antes da realização de revascularização do miocárdio, o que é explicável pelo facto do componente avaliar as atividades de vida diárias, e após procedimento cirúrgico, segundo os autores, existiu melhoria na qualidade de vida do paciente em relação ao pré-operatório. Para avaliação da qualidade foi utilizado neste estudo, o MacNew e o SF-36, nos quais foram obtidos resultados diferentes. Na primeira escala utilizada, notou-se melhoria significativa em todos os componentes avaliados tais como físico, emocional, social e global, enquanto no instrumento SF.36, os componentes com menos pontuação foram físico e funcional. Conclui-se com estes resultados, que a RVM fornece melhor qualidade de vida em vários aspectos mencionados.</p> |
|--|-------------|---|---|---|---|

Quadro 1. Apresentação dos estudos Internacionais por autor, ano, título, objetivo, metodologia e principais resultados. (continuação)

| | | | | | |
|---|-------------|--|--|-------------------------------|---|
| <p>Silva, L.; Linhares, N.; Dias, R.; Silva, E.</p> | <p>2013</p> | <p>Qualidade de vida de pacientes submetidos a cirurgia cardíaca: revisão sistemática.</p> | <p>Realizar uma revisão sistemática da literatura sobre a qualidade de vida de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca.</p> | <p>Revisão de Literatura.</p> | <p>Na pesquisa bibliográfica, foram encontrados 445 artigos, dos quais 15 contemplavam os critérios estabelecidos, destes 11 em português. O período das publicações compreendeu os anos de 2002 a 2010. Dentro das cirurgias cardíacas, a cirurgia de revascularização do miocárdio foi a mais frequente, seguida das cirurgias valvulares. O instrumento de avaliação de qualidade de vida mais utilizado foi o Medical Outcomes 36-Item Short-Form Health Survey–SF-36 (43%), seguido da classificação funcional da New York Heart Association – NYHA (22%) e do <i>Score</i> de Duke (14%). O número de pacientes na amostra dos estudos analisado variou de 24 a 7.321 pacientes. Os estudos descreveram melhoria da qualidade de vida dos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca.</p> |
|---|-------------|--|--|-------------------------------|---|

Quadro 1. Apresentação dos estudos Internacionais por autor, ano, título, objetivo, metodologia e principais resultados. (continuação)

| | | | | | |
|---|-------------|--|--|---|---|
| <p>Araújo, H.; Figueiredo, T.; Costa, C.; Silveira, M.; Belo,R; Bezerra, S.</p> | <p>2017</p> | <p>Qualidade de vida de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio</p> | <p>Avaliar a qualidade de vida após revascularização do miocárdio.</p> | <p>Estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa realizado com 75 pacientes. Foi utilizado o questionário WHOQOL-Bref para avaliação da qualidade de vida.</p> | <p>Aos pacientes submetidos a cirurgia cardíaca foram comprovados menor pontuação nos domínios ambiental e físico, devido ao facto da maior parte dos utentes possuir rendimentos diminuído, o que irá interferir na sua qualidade de vida e por outro lado, a nível físico decorrente da condição clínica dos participantes do estudo científico. No domínio relações sociais, o <i>score</i> obtido é explicável pois o utente sente mais suporte social, que funciona para alívio do stress em situações de tensão emocional, inibição do desenvolvimento de doenças e na recuperação de outras patologias associadas. Em relação ao domínio psicológico, todos os utentes mostraram ter uma melhor perceção de qualidade de vida em comparação ao período anterior ao procedimento cirúrgico.</p> |
|---|-------------|--|--|---|---|

Quadro 1. Apresentação dos estudos Internacionais por autor, ano, título, objetivo, metodologia e principais resultados. (continuação)

| | | | | | |
|--------------|------|---|--|--|---|
| Favarato, M. | 2004 | Qualidade de vida em portadores de doença arterial coronária submetidos a diferentes tratamentos: comparação entre géneros. | Avaliar a qualidade de vida em portadores de Doença Arterial Coronária (DAC) submetidos a três tratamentos: clínico, cirúrgico ou por angioplastia e comparação de possíveis diferenças entre géneros. | O estudo incluiu 542 sujeitos com DAC submetidos a um dos tratamentos: cirúrgico, clínico ou por angioplastia. Dos participantes, 376 eram homens e 166 mulheres. O instrumento de avaliação foi o Questionário utilizado foi o SF-36, aplicado no início do tratamento, após seis e doze meses. | Ao discutir a comparação de qualidade de vida entre géneros, observaram-se melhores resultados no género masculino em relação ao género feminino devido ao facto das mulheres apresentarem uma queda nos resultados ao final de um ano, especificamente nos componentes mental e físico. Por outro lado, as mulheres na faixa etária dos 40-50 anos apresentaram resultados semelhantes ao género masculino, isto é, uma melhoria progressiva ao longo do tratamento. Os homens apresentaram melhor qualidade de vida no início e beneficiaram progressivamente após seis e doze meses, enquanto as mulheres apresentam melhor qualidade de vida após 6 meses de pós-operatório, mas sofrem uma queda na qualidade de vida após 12 meses. |
|--------------|------|---|--|--|---|

Quadro 1. Apresentação dos estudos Internacionais por autor, ano, título, objetivo, metodologia e principais resultados. (continuação)

| | | | | | |
|---|-------------|---|--|---|---|
| <p>Gois,C.; Dantas, R.; Torrati, F.</p> | <p>2009</p> | <p>Qualidade de vida relacionada à saúde:antes e seis meses após a revascularização do miocárdio.</p> | <p>Comparar a QVRS antes e seis meses após CRM e avaliar a sua relação com idade, sexo, escolaridade e estado civil.</p> | <p>Estudo descritivo e longitudinal, que utilizou o SF-36 como instrumento para avaliação de qualidade de vida.</p> | <p>Os autores relatam que seis meses após a cirurgia notou-se que os participantes apresentaram melhor avaliação da qualidade de vida em todos os componentes avaliados em relação aos <i>scores</i> obtidos no pré-operatório. Gois, Dantas e Torrati (2009) concluem que “Os participantes do estudo apresentaram melhor avaliação da QVRS (Qualidade de Vida em Relação á Saúde) seis meses após a CRM (Cirurgia Revascularização do Miocárdio). Os componentes do SF-36 correlacionaram-se positivamente com a idade dos pacientes, demonstrando que com o aumento da idade há melhora da QVRS. Os homens apresentaram melhor avaliação da QVRS quando comparados às mulheres do estudo.”</p> |
|---|-------------|---|--|---|---|

Quadro 1. Apresentação dos estudos Internacionais por autor, ano, título, objetivo, metodologia e principais resultados. (continuação)

| | | | | | |
|--|-------------|--|---|---|---|
| <p>Nogueira, C. ; Hueb, W. ; Takiuti, M. ; Girardi, P. ; Nakano, T. ; Fernandes, F. ; Paulitsch, F. ; Góis, A. ; Lopes, N. ; Stolf, N.</p> | <p>2008</p> | <p>Qualidade de vida após revascularização cirúrgica do miocárdio com e sem circulação extracorpórea</p> | <p>Avaliar a QV em pacientes submetidos à cirurgia de revascularização com e sem CEC.</p> | <p>Aplicação do SF-36 antes e depois da cirurgia de 6 a 12 meses.</p> | <p>Entre Janeiro de 2002 e Dezembro de 2006, foram escolhidos aleatoriamente 202 pacientes para realização de cirurgia de RVM. Desses pacientes eleitos, 105 foram operados sem CEC e 97 com CEC. Na evolução, 22 sofreram enfarte, 29 admitiram angina, 3 sofreram AVC e 1 necessitou de ser reoperado. A avaliação de qualidade mostrou-se semelhante em ambos os grupos a nível físico e mental. Posto isto, foi encontrada significativa melhoria da capacidade funcional e percepção do aspeto físico nos utentes do género masculino. Para além disso, um expressivo número de pacientes retornaram á sua atividade laboral. Notou-se melhor qualidade de vida em todos os pacientes estudados.</p> |
|--|-------------|--|---|---|---|

Quadro 2. Apresentação dos estudos Internacionais por autor, ano, título, objetivo, metodologia e principais resultados.

| Autor | Ano | Título | Objetivo | Método | Principais Resultados |
|---|------|---|--|--|---|
| Ferreira , A.; Nunes , A. ; Rodrigues, E. ; Camarneiro, A. | 2008 | Qualidade de vida em doentes submetidos a cirurgia valvular cardíaca. | Descrever e comparar a qualidade de vida dos utentes com patologia valvular cardíaca em dois períodos de tempo distintos: utentes antes do procedimento cirúrgico e utentes após cirurgia cardíaca, num total de 71 pacientes. | Estudo comparativo, exploratório, que se desenvolveu com três variáveis principais: a qualidade de vida percebida pelo doente valvular, a situação clínica e as características sociodemográficas. | Autores relatam, nas conclusões do estudo científico, Ferreira et al. (2008) que “a qualidade de vida dos doentes depois de serem submetidos a cirurgia valvular é melhor do que a qualidade de vida percebida pelos doentes antes de serem operados. Esta melhoria verifica-se em todas as dimensões, com exceção das dimensões Função Social e Desempenho Físico.”, e portanto conclui que, de facto, existe uma melhoria de qualidade de vida apercebida pelos utentes no pós cirúrgico. |

2. Análise e Discussão dos Resultados

“O investigador assegura-se, em primeiro lugar, de que os resultados constituem uma resposta válida às questões de investigação (...)” (Fortin, 2009, p. 478). Posto isto, nesta etapa serão apresentados e examinados os principais resultados obtidos de cada artigo selecionado, tendo em conta os objetivos inicialmente traçados para este estudo.

“A interpretação de resultados constitui frequentemente a etapa mais trabalhosa do relatório de investigação, dado que exige uma reflexão intensa e um exame profundo de todo o processo de investigação.” (Fortin, 2009, p.477).

A autora cita ainda que “ (...) a apresentação de dados não é suficiente. É preciso apreciá-los e interpretá-los”, ou seja, equiparar com outros resultados obtidos em outros estudos realizados, devendo justificar o significado dos resultados, assim como as conclusões que levam a comparar com outros estudos científicos (Fortin, 2009 p.495).

Segundo Benetti et al. (2001), a expressão “qualidade de vida” aplica-se ao indivíduo aparentemente saudável do ponto de vista físico em concordância com o grau de satisfação com a vida em diversos domínios tais como habitação, alimentação, transporte, realização profissional, segurança financeira, entre outros. O tema de qualidade de vida está diretamente associado a pacientes que possuem doença arterial coronária, que se submetem a tratamento cirúrgico, na busca de uma qualidade de vida superior em relação à possuída anteriormente.

Segundo Nogueira et al. (2008), estes estudos comparativos tem tido uma tendência crescente devido ao facto da doença arterial coronária ter um impacto robusto em vários aspetos multidimensionais na vida pessoal e familiar do utente portador desta doença.

Diversos autores concordam que após enfarte do miocárdio, a vida destes pacientes dificilmente se torna a mesma antes do evento, o que compromete a qualidade de vida do utente em várias vertentes e, que pode mesmo levar á depressão (Benetti et al., 2001; Favarato et al.,2006).

Para os autores Christmann, Costa e Moussalle (2011), estes reforçam a ideia de que os portadores de doenças cardiovasculares tendem a sofrer uma diminuição na qualidade de vida devido ao comprometimento da função cardíaca, e como o coração é considerado um órgão fundamental para a manutenção da vida, este afeta o paciente no domínio físico e mental, tornando-os frágeis e vulneráveis a qualquer evento que possa vir a ocorrer.

Nos estudos selecionados para revisão bibliográfica, o instrumento mais utilizado para avaliação de qualidade de vida foi o MOS SF-36 (Medical Outcomes Study Short Form Health Survey – 36 Item), que consiste, segundo Dal Boni, Martinez e Saccomann (2013), numa escala “que engloba oito escalas ou domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, vitalidade, dor, estado geral de saúde, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental, cada um analisado separadamente do outro”. Para além deste, foi utilizado também o WHOQOL-Bref, que constitui que consiste numa escala tipo Likert com a possibilidade de numerar de um a cinco pontos a sua perceção de qualidade de vida (Custódio e Gasparino, 2012).

Segundo as mesmas autoras, estas explicam detalhadamente em que consiste cada domínio da seguinte forma e o que se pretende desvendar com cada pergunta questionada:

- ✓ Domínio físico: “incapacidade de realizar atividades pela dor, necessidade de tratamento médico, energia suficiente para as atividades de vida diária, capacidade de locomoção e trabalho e padrão de sono.”;
- ✓ Domínio psicológico: “busca mostrar o sentido e o modo de aproveitar a vida, a capacidade de concentração, a aceitação da aparência física, a satisfação consigo mesmo e a frequência de sentimentos negativos.”;
- ✓ Domínio ambiental: “retrata o sentimento de segurança em relação à vida, ao ambiente físico saudável e às condições de moradia, à renda, à disponibilidade de informações, a oportunidades de lazer, ao meio de transporte e ao acesso aos serviços de saúde.”;

- ✓ Domínio relações sociais: “ relações pessoais e o apoio recebido de amigos e familiares, bem como a satisfação com a vida sexual.” (Custódio e Gasparino, 2012).

Após análise dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida mais aplicados nos estudos selecionados, parte-se para interpretação dos principais resultados obtidos nos artigos eleitos para fundamentação teórica do tema em estudo.

A investigação realizada por Pimentel et al. (2013), que consiste numa revisão bibliográfica, pretende expor se existe realmente um aumento de qualidade de vida ao realizar tratamento cirúrgico, mais especificamente revascularização do miocárdio. Refere ainda que após análise de diversos estudos, a maior parte dos autores relata um aumento de qualidade de vida após cirurgia cardíaca, apesar de não haver um consenso na literatura acerca desta temática, e que mostra que existem vários fatores que podem influenciar o entender de qualidade de vida de cada indivíduo.

No pensamento dos autores Borges (2006) é descrito que “a qualidade de vida está diretamente relacionada com a recuperação depois da cirurgia cardíaca, em especial à dimensão física. O indicador de uma baixa qualidade de vida após a cirurgia prediz uma recuperação deficiente do estado funcional, ainda no período hospitalar.”.

Mesmo após este pensamento conclui-se que existe, de facto, um aumento da qualidade de vida após procedimento cirúrgico, mas que por outro lado há uma “diminuição da actividade sexual e laboral, afectando assim a sua qualidade de vida.” (Pimentel et al.,2013). Estas autoras relatam também que, para haver recuperação total do indivíduo podem ter de surgir alterações no estilo de vida tais como: “mudança de hábitos como tabagismo, a prática de actividade física e a participação em programas de reabilitação.” e que o período de reabilitação cardíaca é “de fundamental importância para que o indivíduo retome suas actividades como retorno ao trabalho, actividades de lazer, vida sexual, e adote uma atitude de independência mesmo após realizar a cirurgia”. (Pimentel et. al.,2013).

Numa pesquisa realizada por Gonçalves et al. (2006), foi avaliada a qualidade de vida dos utentes submetidos a cirurgia cardíaca que participaram na fase de reabilitação cardíaca, utilizando o MOS SF.36 como instrumento de avaliação de qualidade de vida, onde este foi aplicado em 3 situações distintas: pré-operatório (entre 6 e 24 horas antes do procedimento cirúrgico), no 5º dia pós-operatório (momentos antes da alta hospitalar ser concedida) e 2 meses após cirurgia cardíaca nas residências dos utentes.

Foi relatado pelo mesmo autor que os utentes após realização do procedimento cirúrgico, conseguiram encontrar uma melhor qualidade de vida, para além do facto de se sentirem menos limitados fisicamente e emocionalmente ao fim de 2 meses. Comprova-se na interpretação dos resultados obtidos que os domínios avaliados se encontravam com valores superiores às pontuações demonstradas no momento da primeira e segunda avaliação (Gonçalves et al.,2006).

Num estudo mencionado pelos autores acima referenciados, Barry e Berra (2002), observaram que os utentes que realizaram a fase I da reabilitação cardíaca e que foram avaliados após 8 semanas de cirurgia cardíaca, relataram melhor qualidade de vida devido ao facto de terem retornado a realização das atividades diárias mais rapidamente por se sentirem mais preparados fisicamente e emocionalmente, como observado no estudo de Gonçalves et al. (2006), ao contrário do estudo de Goss, Epstein, e Omaynard (2002) que relata que os pacientes que passaram pela fase I de reabilitação cardíaca não obtiveram benefícios além daqueles do procedimento cirúrgico, segundo avaliação realizada 6 meses a 1 ano pós cirurgia, e as pontuações mantiveram-se semelhantes, onde mostram que o programa de reabilitação não trouxe benefícios adicionais.

Gonçalves et al. (2006) conclui, por fim, que embora os utentes se sentissem limitados funcionalmente no momento da alta hospitalar, estes referiram um impacto positivo nos aspectos físicos e emocionais após dois meses de alta hospitalar, obtendo melhoria significativa na saúde em geral.

Noutro estudo levado a cabo por Dal Boni, Martinez e Saccomann (2013), estes narram que o maior número de pacientes era do género masculino, e que a patologia com mais prevalência era HTA em 77% dos sujeitos questionados, e ainda se verificou que 67% dos utentes evoluiu para enfarte do miocárdio, Custódio e Gasparino (2012), em concordância com vários autores, relata que o género masculino é o que tem mais tendência a efectuar tratamento cirúrgico devido ao facto de se mostrar mais resistente em procurar o serviço e não dá a devida atenção ao seu verdadeiro estado de saúde, para além do facto do indivíduo masculino ser mais propício a contrair doenças do foro cardiovascular.

Pelo menor número de participantes do género feminino, os autores Dal Boni, Martinez e Saccomann (2013) relatam que "as mulheres estão protegidas, por questões hormonais, contra a doença cardiovascular durante a idade fértil, pelo possível papel dos estrogénios, o que justificaria a menor incidência delas na amostra estudada.". Para justificar esta diferença, Favarato et al. (2006), corrobora o facto de, na avaliação inicial, as mulheres terem um maior prejuízo na capacidade funcional do que o homem, e também nos noutros aspetos tais como "emocionais, sociais, de saúde mental e na mentalidade". Favarato (2004) relata no seu projeto de doutoramento, que no estudo apresentado por Haynes, Feinleib e Kannel, em 1980, é demonstrado que a "incidência da DAC é menor nas mulheres, tanto na pré como após a menopausa, além de existir um intervalo de sete a dez anos de protecção na incidência da DAC nas mulheres devido a fatores hormonais."

Mansur e Aldrighi (2000) chegaram à conclusão que esta protecção deve-se à produção de estrogénio que é aumentada após a menopausa, que se encontra relacionada com "melhor perfil lipídico, metabolismo da glicose, menor fibrinogénio sérico e com a ação direta do estrogénio no sistema vascular, inibindo a aterogénese e a trombogénese", o que amplia o fator protector contra a doença arterial coronária.

Após comparação entre géneros, num estudo de Nogueira et al. (2008) foram observadas semelhanças na melhoria de qualidade de vida em ambos os género, exceto na capacidade física onde o masculino demonstrou melhores pontuações em relação ao feminino, apesar deste acontecimento, foi possível notar melhoria a nível físico e mental por parte do género feminino. Indica ainda, que a recuperação é distinta entre géneros, sendo mais prolongada em relação ao género feminino, embora exista um aumento de qualidade de vida em ambos os géneros (Nogueira et al.,2008).

Na avaliação da qualidade de vida, o domínio físico apresentou pior classificação antes do procedimento cirúrgico, este que avalia principalmente as atividades diárias, o que demonstra a limitação funcional do utente antes da intervenção, afetando a qualidade de vida no dia-a-dia do utente (Dal Boni, Martinez e Saccomann,2013).

Para o utente, o procedimento cirúrgico realizado com sucesso pode ter um impacto positivo na sua qualidade de vida, pois dá ao utente uma “sensação de cura da doença” para Vargas, Dantas e Gois (2013), ao contrário do pensamento anterior á cirurgia onde surge o medo da morte e sobretudo pelas mudanças radicais nos hábitos de vida (Dal Boni, Martinez e Saccomann,2013).

Dal Boni, Martinez e Saccomann (2013) concluem que “ que a revascularização do miocárdio, quando realizada dentro de condições ideais, garante melhora nos sintomas decorrentes da doença cardiovascular, aumentando a sobrevida do paciente e propiciando um ganho na qualidade de vida destes indivíduos”, o que relaciona o aumento de qualidade vida com a realização de cirurgia cardíaca.

As autoras Custódio e Gasparino (2012) observaram “diferença significativa entre o domínio físico e a prática de atividade física: quem praticava atividade física obteve médias superiores àqueles que não praticavam. Com relação ao domínio relações sociais, novamente observou-se que aqueles que praticavam atividade física obtiveram maiores médias.”. Esta citação explica que quem praticava exercício físico regularmente obteve melhor classificação em relação aos restantes, e que com o procedimento cirúrgico de revascularização do miocárdio, pretende-se que “ a capacidade física do utente seja restabelecida lentamente.” (Custódio e Gasparino,2012).

No domínio relações sociais, o *score* obtido é explicável pois o utente sente mais suporte social, que funciona para alívio do stress em situações de tensão emocional, inibição do desenvolvimento de doenças e na recuperação de outras patologias associadas, segundo Araújo et al. (2017).

Ressalta-se ainda que o hábito sedentário potencia o risco de obter doenças cardiovasculares, ao contrário dos utentes que praticam exercício físico com mais regularidade.

Ainda na interpretação do estudo de Custódio e Gasparino (2012), este relata a importância da adesão ao regime terapêutico como auxílio à recuperação total após cirurgia cardíaca, para obter um aumento ponderal na qualidade de vida. Salienta-se também o facto que, após evento cardiovascular é necessário realizar uma prevenção de um novo acontecimento através de adesão medicamentosa e modificações no estilo de vida pessoal de cada individuo para tentar combater os fatores de risco inerente a este. Para Araújo et al. (2017), a “mudança nos hábitos de vida deve ser considerada o pilar das intervenções.”

Num estudo de Lunelli et. al. (2009) sobre a adesão medicamentosa e não adesão medicamentosa de utentes com doença arterial coronária, é mostrado que “os pacientes, em sua maioria, aderiram mais à terapia medicamentosa, pois talvez não estivessem convencidos da real importância de mudar seus hábitos e acreditar somente na adesão aos medicamentos.” No estudo de Araújo et al. (2017), estes narram que adesão terapêutica é “fator primordial para redução das altas taxas de complicações cardiovasculares entre os pacientes.”

Os resultados desta investigação científica realizada pelas autoras acima citadas mostram melhoria da qualidade de vida após intervenção cirúrgica e relatam um notável aumento em todos os campos avaliados. O domínio físico obteve média semelhante ao estudo realizado por Lunelli et. al. (2009), mencionado no estudo de Araújo et al. (2017), onde apesar de não ter sido avaliada a qualidade de vida no pré-operatório, “acredita-se que todos os pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico possuem melhor percepção de qualidade de vida nesse domínio, pois a intervenção diminui as limitações

físicas progressivamente, proporcionando ao paciente maior capacidade para desempenhar suas atividades no pós-operatório.”.

Gois (2009) concluiu no seu estudo que, de facto existe um aumento de qualidade de vida pelo benefício do utente em poder recuperar a capacidade de retornar às suas atividades de vida diárias normais após o ato cirúrgico.

No domínio psicológico, os resultados foram superiores aos resultados apresentados por Guimarães (2003), pois relatam que o género feminino obteve pior perceção de qualidade de vida em relação ao género masculino e, segundo Silvério, Dantas e Carvalho (2009) este resultado justifica-se pelo facto de “ elas trazerem consigo as consequências de uma criação voltada para os papéis domésticos, de boa mãe e esposa, necessitando, então, de maior apoio psicológico durante a doença e o tratamento.”, o que é realmente compreensível pelo papel doméstico que a mulher acarreta na sua habitação em relação ao homem.

No estudo de carácter nacional concebido por Ferreira et al. (2008), procura-se descrever e comparar a qualidade de vida dos utentes com patologia valvular cardíaca em dois períodos de tempo distintos: utentes antes do procedimento cirúrgico e utentes após cirurgia cardíaca, num total de 71 pacientes, onde estes foram repartidos em dois subgrupos sendo o grupo 1 utentes no pré operatório (que iriam ser submetidos a intervenção cirúrgica quando internados) e o grupo 2 pacientes no 3º a 6º mês pós-operatório de cirurgia valvular. Neste estudo foi aplicado o instrumento de avaliação de qualidade de vida mais utilizado, o MOS SF-36 e também foi aplicado a escala NYHA, que mede a classificação funcional dos utentes com patologia cardíaca.

Relativamente ao estudo da qualidade de vida dos doentes valvulares, no grupo2 (pós-operatório) todas as dimensões se enquadram na classificação “boa qualidade de vida”, exceção para a dimensão Função Física que se classifica com “excelente qualidade de vida”.

Autores relatam, nas conclusões do estudo científico, Ferreira et al. (2008) que “a qualidade de vida dos doentes depois de serem submetidos a cirurgia valvular é melhor do que a qualidade de vida percebida pelos doentes antes de serem operados. Esta melhoria verifica-se em todas as dimensões, com exceção das dimensões Função Social e Desempenho Físico.”, e portanto conclui que, de facto, existe uma melhoria de qualidade de vida apercebida pelos utentes no pós cirúrgico.

Após análise científica, os autores relatam que os questionários Medical Outcomes 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) são o instrumento “mais consistente, válido e o mais confiável”, para além de ser o mais usado amplamente nos estudos em que os focos são na área de cardiologia e de cirurgia cardíaca (Silva et al.,2013).

Silva et al. (2013) concluem efetivamente que “os estudos descreveram melhoria da qualidade de vida dos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca.”, e narra que a qualidade de vida é um aspeto importante a ser avaliado, reconhecendo que é necessário um relacionamento com o ser humano para “atendimento de especificidades para promoção do seu bem estar.”.

No estudo de Gois, Dantas e Torrati (2009), objetivo foi avaliar a qualidade de vida dos utentes antes e 6 meses após revascularização do miocárdio e sua relação com idade, sexo, escolaridade e estado civil. No seguimento do processo, a componente física foi a que se apresentou mais comprometida antes da cirurgia cardíaca.

Na discussão de resultados, os autores relatam que seis meses após a cirurgia notou-se que os participantes apresentaram melhor avaliação da qualidade de vida em todos os componentes avaliados em relação aos *scores* obtidos no pré-operatório (Gois, Dantas e Torrati, 2009). Estes concluem que os participantes do estudo apresentaram melhor avaliação da QVRS seis meses após a CRM.

IV. Conclusão

Com o término deste estudo pretendeu-se conhecer se existe, na verdade, um aumento ponderal na qualidade de vida do utente adulto após realização de cirurgia cardíaca, considerando-se oportuno elaborar uma conclusão, de forma a expor opiniões que revelem o interesse de concretizar este trabalho.

Relativamente aos objetivos traçados para este projeto, pode-se admitir que os mesmos foram alcançados através da revisão de literatura, onde se pode identificar que em todas as pesquisas apresentadas ao longo do estudo, subsistiu um aumento significativo na qualidade de vida após realização do ato cirúrgico, em comparação à possuída anteriormente.

Apesar de não ter sido avaliado a qualidade de vida no momento pré-operatório em alguns estudos selecionados, é possível afirmar que os utentes submetidos a cirurgia cardíaca possuem uma melhor perceção de qualidade de vida no domínio físico, devido ao facto desta diminuir as limitações físicas no período pós-operatório, o que beneficia o utente, ao fazê-lo voltar a realizar mais rapidamente as suas atividades de vida diárias no quotidiano. Como ocorre em certas publicações, os utentes após alguns meses de procedimento cirúrgico apresentam resultados superiores a nível físico e emocional, como benefício da realização de cirurgia cardíaca, em relação à que possuíam anteriormente.

A nível do domínio psicológico e funcional, é possível afirmar que o género masculino obtém melhores resultados em relação ao género feminino, pois este necessita de maior apoio psicológico durante o tratamento, devido ao facto de possuir papéis domésticos juntamente com a responsabilidade de ser esposa e mãe, o que justifica o porquê deste acontecimento, transmite Silvério, Dantas e Carvalho (2009). Contudo, é possível declarar que o género feminino também apresenta aumento da qualidade de vida após cirurgia cardíaca.

Após observação da metodologia aplicada em cada estudo, conclui-se que a metodologia mais utilizada na concretização destes, é o MOS SF-36, pois revela-se como o instrumento mais robusto e válido, para além de ser o método mais utilizado nas áreas de cardiologia e cirurgia cardíaca para avaliação da qualidade de vida.

Ao longo da realização do projeto, existiram dificuldades tais como: falta de experiência no campo de investigação e gestão de tempo, pelo facto de existirem ensinamentos clínicos de extrema importância e exigência neste último ano de licenciatura de Enfermagem, mas depois foi sendo apercebida a importância da realização deste projeto como uma fonte de aquisição de conhecimentos, que deve ser algo que os alunos devem investir como aprendizagem.

Contudo, é possível afirmar que este estudo foi muito enriquecedor para o aluno, e este sugere que esta temática deve ser mais abordada a nível nacional, pois somente foi possível encontrar um estudo deste carácter, o que prova que é um assunto que deve ser mais aprofundado, devido ao facto de ser muito importante a avaliação da qualidade de vida do utente após um procedimento cirúrgico de alta relevância, como é o caso do cardíaco.

V. Referências Bibliográficas

Araújo, H. *et alii* (2017). Qualidade de vida de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio, *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(2), pp.257-264

Awag, G., Voruganti, P. (2000). Intervention Research in Psychosis: Issues related to the assessment of Quality of Life, *Schizophr Bulletin*, 26(3), pp.557-564.

Bailey, P. (1954). *Surgical treatment of coronary artery disease*. Anais do IX Congresso Internacional do Colégio Internacional de Cirurgiões – vol. IV - Parte Científica. São Paulo, SP – Brasil.

Barry, A. e Berra, K. (2002). The case for cardiac rehabilitation after coronary revascularization: achieving realistic outcome assessments. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 22(6), pp.418-420.

Bell, J. (2003). *Como realizar um projecto de investigação*. Lisboa, Gradiva.

Benetti, M. *et alii*. (2001). Alterações na qualidade de vida em coronariopatas acometidos de infarto agudo do miocárdio, submetidos a diferentes tipos de tratamentos, *Atividade física e saúde*, 6 (3), pp.27-33.

Borges, J. (2006). Avaliação da intensidade de dor e da funcionalidade no pós-operatório recente de cirurgia cardíaca, *Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery*, 21(4), pp.393-402.

Braile, D. e Godoy, M. (1996). História da cirurgia cardíaca, *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, 66, pp.329-337.

Canavarro *et alii*. (2006). *WHOQOL-Bref, Versão para Português de Portugal*. Universidade de Coimbra.

Canavarro, C. *et alii*. (2010). Qualidade de vida e saúde: aplicações do WHOQOL, *Alicerces*, III(3), pp.243-268.

Christmann, M., Costa, C. e Moussalle, L. (2011). Avaliação da qualidade de vida em pacientes cardiopatas internados em um hospital público, *Revista da AMRIGS*, 55(3), pp.239-243.

Custódio,F. e Gasparino,R. (2013). Qualidade de vida de pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca,17(1).[Em linha].Disponível em <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/584>> . [Consultado em 18/06/2016].

Dal Boni, A., Martinez, J. e Saccomann, I. (2013). Qualidade de Vida de pacientes submetidos à revascularização do miocárdio, 26(6). [Em linha]. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n6/11.pdf>> . [Consultado em 18/06/2018].

End,A e Wolner, E. (1993). The Heart: location of the human soul - site of surgical intervention, *Journal of Cardiac Surgery*, 8(3), pp.398-403.

Favarato, M. (2004). *Qualidade de vida em portadores de doença arterial coronária submetidos a diferentes tratamentos: comparação entre gêneros*. Tese de Doutorado, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Favarato, M. *et alii*. (2006). Qualidade de vida em portadores da doença arterial coronária: comparação entre gêneros, *Revista da Associação Médica Brasileira*, 52(4), pp.236-241.

Ferreira, A. *et alii*. (2008). Qualidade de vida em doentes submetidos a cirurgia valvular cardíaca.9(1).[Em linha].Disponível em <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v9n1/v9n1a13.pdf>> . [Consultado em 18/06/2018].

Fiedler, P. (2008). Avaliação da qualidade de vida do estudante de medicina e da influência exercida pela formação acadêmica. Brasil. Faculdade de medicina da Universidade de São Paulo.

Fleck, M et alii. (2008). *A avaliação da Qualidade de Vida: guia para profissionais de saúde*. Porto Alegre, Artmed.

Fleck, M. (2000). O instrumento de avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*,5(1),pp.33-38.

Fortin, M. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures, Lusodidacta.

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do Processo de Investigação*. Loures, Lusociência.

- Freitas e Costa, M. (2014). *Dicionário de Termos Médicos*. Porto. Porto Editora.
- Galdeano, L. *et alii*. (2003). Diagnóstico de enfermagem de pacientes no período transoperatório de cirurgia cardíaca, *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 11(n. 2), pp.199-206.
- Gois C. (2009). *Qualidade de vida relacionada à saúde, depressão e senso de coerência de pacientes, antes e seis meses após revascularização do miocárdio*. Tese de Doutorado. Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo-Brasil.
- Gois,L., Dantas,S. e Torрати,G. (2009).Qualidade de vida relacionada à saúde, antes e seis meses após a revascularização do miocárdio, 30(44). [Em linha]. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rngen/v30n4/a17v30n4> >. [Consultado em 18/06/2018].
- Gonçalves, F. *et alii*. (2006). Avaliação da qualidade de vida pós-cirurgia cardíaca na fase I da reabilitação através do questionário MOS SF-36, 10(1). [Em linha]. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v10n1/v10n1a16.pdf>> . [Consultado em 18/06/2018].
- Goss, J., Epstein,A. e Omaynard,C. (2002). Effects of cardiac rehabilitation on self-reported health status after coronary artery bypass surgery, *Journal Cardiopulmonar Rehabilitation*, 22(6), pp.410-417.
- Gott,V. (1993). And it happened during our lifetime... , *The Annals of Thoracic Surgery*, 55(5), pp.1057-1064.
- Guimarães,C. (2003). *Qualidade de vida, depressão e ansiedade em pacientes valvopatas cirúrgicos*. São Paulo, Universidade de São Paulo.
- Haynes,S., Feinleib,M. e Kannel,W. (1980). The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease in the Framingham Study III. Eight-year incidence of coronary heart disease, *American Journal of Epidemiology*. pp.111.
- Ketele, J. e Roegiers, X. (1993). *Metodologia da Recolha de dados – Fundamentos dos métodos de observações, de questionários, de entrevistas e de estudo de documentos*, Lisboa, Instituto Piaget.
- Lakatos, E. e Marconi, M. (2007). *Técnicas de Pesquisa*, 6ª Edição. São Paulo, Editora Atlas.

Lunelli,R. et alii. (2009). Adesão medicamentosa e não-medicamentosa de pacientes com doença arterial coronariana, *Acta Paulista Enfermagem*,22(4), pp.367-73.

Magina, E. (2011). *Qualidade de Vida e Funcionamento das Famílias de Crianças dos 0 aos 6 anos*. Dissertação de Mestrado. Universidade do Minho.

Mansur,A. e Aldrighi, J. (2000). Doença coronária na mulher, *Revista Brasileira de Medicina*, 57, pp.440 - 45.

Margutti, R. (1955). Tratamento cirúrgico da estenose valvular aórtica, *Revista Paulista Medicina*,46, pp.82-91.

Nogueira,C. et alii. (2008). Qualidade de vida após revascularização cirúrgica do miocárdio com e sem circulação extracorpórea, 91(4). [Em linha]. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2008001600006> [Consultado em 18/06/2018].

Pacheco, A. (2007). Estilos de vida, qualidade de vida pessoal, motivação e sucesso académico: instrumentos de avaliação, *Psyc@w@re*, 1(2), pp.1-10.

Pais-Ribeiro, J. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In J.P.Cruz, S.N. de Jesus, & C.Nunes (Eds.) Bem-estar e Qualidade de Vida, pp.31-49. Alcochete: Textiverso.

Perfeito, A. et alii (2010). *Dicionário de Língua Portuguesa*. Porto Editora.

Pimentel, F. (2004). *Qualidade de vida em Oncologia*. Lisboa, Permanyer Portugal.

Pimentel, J. et alii. (2013). Quality of life among patients in postoperative of cardiac surgery, 16(2). [Em linha]. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151608582013000200009&lng=en&tlng=en> [Consultado em 18/06/2018].

Polít, D., Beck, C. e Hungler, B. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5ª Edição. Porto Alegre, Artes médicas.

Ramos L. (2003). Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, *Cadernos Saúde Pública*, 19, pp.793 – 798.

Ribeiro, I. *et alii.* (2010). Repercussões do processo ensino-aprendizagem na qualidade de vida-saúde de académicos: entre possibilidades e limitações, *Revista Mineira de Enfermagem*,14(1), pp.96-102.

Ribeiro, J. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa, Climepsi Editores.

Rodrigues da Silva, P. (2008). Transplante cardíaco e cardiopulmonar: 100 anos de história e 40 de existência, *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*, 23(1),pp.145-152.

Sampaio, R. e Mancini, M. (2007). Estudos de revisão sistemática: Um guia para síntese criteriosa da evidência científica, *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 11(1),pp.83-89.

Seidl, E. e Zannon,C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspetos conceituais e metodológicos, *Caderno de Saúde Pública*, 20(2), pp.580-588.

Serra, A. e Canavarro, M. (2005). *Instrumento WHOQOL-Bref: Manual de utilizador e sintaxe*.

Serra, A. *et alii.* (2006). Estudos psicométricos do instrumento avaliação da qualidade de vida da organização mundial de saúde: WHOQOL-Bref. para Português de Portugal, *Psiquiatria clinica*, 27(1), pp.41-49

Severino, A. (1996). *Metodologia do trabalho científico*.20ª edição. São Paulo, Cortez: Autores Associados.

Silva, L. *et alii.* (2013). Qualidade de vida de pacientes submetidos a cirurgia cardíaca: revisão sistemática, 3(2). [Em linha]. Disponível em <<http://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/145/147>> [Consultado em 18/06/2018].

Silvério,C., Dantas,R. e Carvalho,A. (2009). Avaliação do apoio social e da autoestima por indivíduos coronariopatas, segundo o sexo, *Revista Escola de Enfermagem da Universidade São Paulo*, 43(2), pp.407-414.

Taveira, M. (1999). Qualidade de vida e doença respiratória crónica, *Revista Portuguesa de Pneumologia*, vol.v(1), pp.99-100.

The Whoqol Group (1995). The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (The Whoqol): Quality of life assessment: international perspectives, *Heidelberg: Springer Verlag*, pp.41-60.

Vargas,T., Dantas, R. e Gois C. (2013). A auto-estima de indivíduos que foram submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio, *Revista Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo*, 39(1), pp.20-27.

World Health Organization. (1995). WHOQOL-Measuring Quality Of Life. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf>. [Consultado em 18/08/2018]