



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO UNIVERSITÁRIO NILTON LINS - MANAUS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MINTER



Implicações psicossociais das cardiopatias na qualidade de vida de pessoas cirurgiadas e não-cirurgiadas

Núcleo de pesquisa: Aspectos psicossociais de prevenção e de saúde coletiva

Tânia Regina Santos de Moura

Mestranda

Prof^a. Dr^a. Maria da Penha de Lima Coutinho

Orientadora

João Pessoa
MAIO/2008

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO UNIVERSITÁRIO NILTON LINS - MANAUS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MINTER

**Implicações psicossociais das cardiopatias na qualidade de vida de
pessoas cirurgiadas e não-cirurgiadas**

Tânia Regina Santos de Moura

Dissertação elaborada sob a orientação da Profa.
Dra. Maria da Penha de Lima Coutinho e
apresentada ao Programa de Pós-graduação
Minter UFPB / CUNL, como requisito parcial
para a obtenção do título de Mestre em
Psicologia Social.

JOÃO PESSOA/PB
MAIO/2008

M929i Moura, Tânia Regina Santos de.

Implicações psicossociais das cardiopatias na qualidade de vida de pessoas cirurgiadas e não-cirurgiadas / Tânia Regina Santos de Moura. - - João Pessoa: UFPB, 2008.

125f.: il.

Orientadora: Maria da Penha de Lima Coutinho.

Dissertação (Mestrado)-UFPB/CUNL/Programa de Pós Graduação Minter.

1. Psicologia social. 2. Cardiopatas-Qualidade de vida. 3. Cardiopatas-Riscos cirúrgicos.

UFPB/BC

CDU: 316.6(043)

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO UNIVERSITÁRIO NILTON LINS - MANAUS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MINTER

**Implicações psicossociais das cardiopatias na qualidade de vida de
pessoas cirurgiadas e não-cirurgiadas**

Tânia Regina Santos de Moura

Dissertação defendida e aprovada em ____ / ____ / ____

BANCA AVALIADORA:

Profª Dra. Maria da Penha de Lima Coutinho (UFPB)
Orientadora

Prof. Dr. Francisco José Batista de Albuquerque (UFPB)
Membro

Prof. Dr. João Carlos Alchiére (UFRN)
Membro

Prof. Dr. Natanael Antonio dos Santos (UFPB)
Membro

O valor das coisas,
não está no tempo que elas duram.
Mas na intensidade em que acontecem.
Por isso existem momentos inesquecíveis.
Coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis...

Fernando Pessoa.

DEDICATÓRIA

A ti, adorada mãe, por teres me dado a vida, por teres um coração imenso, por tua eterna proteção e amparo, por estares sempre comigo em todos os momentos da minha vida e pelo exemplo de mulher, competente e trabalhadora, que és, dedico a realização deste trabalho. Te amo!

A todos os pacientes participantes desta pesquisa, por confiarem no meu trabalho.

Muito obrigada!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pela proteção, por iluminar o meu caminho e guiar os meus passos durante toda esta jornada.

À minha querida orientadora, Prof^a Dra. Maria da Penha de Lima Coutinho, por sua confiança, oportunidade de conviver, aprender e, principalmente, pela eterna amizade, sou muito grata.

A todos os professores do curso, pelo aprendizado, em especial ao Prof. Dr. Francisco José Batista de Albuquerque.

Ao Prof. Vitângelo Plantamura, por sua dedicação para a realização do Mestrado.

À Prof^a Evelyn Saraiva, pelo apoio e disponibilidade.

Ao Prof. Dr. João Carlos Alchiére, por ter aceitado o convite para participar da banca.

Ao Prof. Dr. Natanael Antonio dos Santos, por seus ensinamentos.

Às colegas do Núcleo “Aspectos psicossociais de Prevenção e Saúde Coletiva”, Cristiane, Kay e Karla Zulmira.

À equipe do Hospital Francisca Mendes, pelo apoio recebido dos psicólogos Zena, Peta e Oséas.

A ti, meu adorado pai, por tua salvação e resgate em todos os momentos da minha vida (embora estivesses fisicamente ausente, tu estiveste sempre presente), por sempre confiares e acreditares no meu talento e por plantares em mim a semente da confiança, fruto da minha responsabilidade e do meu sucesso profissional. Te amarei para sempre!

Ao meu amor, Nilton, por sua amizade, confiança, respeito e, principalmente, por seu companheirismo e dedicação.

Às minhas irmãs, Zirvana Moura e Andréa Moura, pelo amor e companheirismo, em todos os momentos sempre estamos juntas.

Aos meus cunhados e cunhadas, pelo apoio.

Aos meus sobrinhos: Bruno, Alexandre, Ricardo Junior e José Neto, pelo amor, admiração e respeito.

Aos meus amigos, principalmente à Sandra, por enfrentarmos juntas este momento difícil, mas compensador.

RESUMO

O objetivo geral deste estudo foi investigar os fatores psicossociais relacionados às cardiopatias e suas implicações na qualidade de vida de pessoas cirurgiadas e não-cirurgiadas. Os objetivos específicos foram: (i) caracterizar o perfil sociodemográfico dos participantes submetidos e não-submetidos ao procedimento cardio-cirúrgico; (ii) identificar os significados que as pessoas cardíacas possuem acerca dos procedimentos cardio-cirúrgicos; e (iii) analisar a qualidade de vida das pessoas que foram submetidas e não-submetidas aos procedimentos cardio-cirúrgicos. A amostra foi composta por 91 participantes, do sexo masculino e do sexo feminino, todos cardíacos, que foram submetidos a procedimentos cirúrgicos ou pertenciam ao grupo de risco. Como instrumentos, foram utilizados o questionário *World Health Organization Quality Of Life-BREF (WHOQOL)*, entrevistas semi-dirigidas e um questionário sociodemográfico. Os dados do WHOQOL-BREF e do questionário sociodemográfico foram processados pelo pacote estatístico SPSS 15 e analisados pela estatística descritiva e inferencial. Os dados das entrevistas foram codificados e analisados de acordo com a Técnica de Análise de Conteúdo temática (Bardin, 2002). Os resultados do questionário sociodemográfico demonstraram que 52,7% dos participantes eram do sexo masculino e 47,3% do sexo feminino, 40% estavam na faixa etária dos 60-74 anos, faixa de maior risco, enquanto 23,3% se situavam entre 30-44 anos. Em sua maioria, eram casados (68,1%), 42,9% possuíam algum tipo de vínculo empregatício e, quanto à escolaridade, 38,5% possuíam ensino médio e 29,7% o ensino fundamental. Os resultados do WHOQOL- BREF mostraram um agrupamento de quatro domínios (*físico, psicológico, relações sociais e ambiente*), sendo que os mais significativos foram o domínio III- Relações Sociais (média 3,96), baseado no apoio, no suporte social e na atividade sexual e o domínio II- Psicológico (média 3,51). Os resultados das entrevistas mostraram que, na classe temática *cardiopatias*, a maior evidência foi na categoria *estilo de vida*, tanto na pré-cardiopatias (69%) quanto na pós-cardiopatias (31%). Na segunda classe, *procedimento cardio-cirúrgico*, a categoria mais significativa foi a de *hospitalização*, focalizando o sofrimento psíquico (62,3%). Na terceira classe, *qualidade de vida*, as categorias mais evidenciadas foram: *físico-ambiental* (55,3%), relacionada aos cuidados com a saúde, a alimentação, a habitação, a ocupação e o lazer; *psicossocial* (21,1%), tendo por base o afeto e a auto-estima; e *projeto de vida* (23,3%), associada aos aspectos do trabalho e do dinheiro, da saúde e da valorização da família. Espera-se que os resultados desta pesquisa venham contribuir para uma maior elucidação do enfoque teórico acerca das Cardiopatias e da Qualidade de Vida e também para subsidiar programas de políticas públicas de saúde.

Palavras-Chave: Cardiopatias; Qualidade de Vida; Procedimentos e riscos cirúrgicos.

ABSTRACT

The main purpose of this study was to identify psychosocial factors related to heart diseases and their effects in the people's quality of life which were submitted to surgery intervention with heart risk. The specific purpose were: (I) to identify the participant's demographic profile submitted to heart-surgery proceeding which belongs to a group of risk; (II) to identify the factors of risk in people with heart disease and the psychological/physical/biological suffering in process of heart-surgery; (III) to study which are the psychosocial factors that lead emotional changes and their effects in the treatment evolution; (IV) to identify the meanings which people have about their quality of life; and (V) to analyse people's quality of life whose were submitted to heart-surgery interventions and people from the group of risk. The sample was compound by 91 male and female participants, everyone had heart disease and were submitted to surgery proceeding, all of them were from the group of risk. *World Health Organization Quality Of Life-bref (WHOQOL)*, half-directed interviews and a demographic questionnaire were applied as instruments. Data collected by WHOQOL-BREF was processed based on the statistical package SPSS 15 and analyzed by descriptive statistic. Material collected by interviews was classified and analyzed, followed by Bardin's Technical Analysis (2002). The results of the demographic questionnaire noticed that 52,7% of the participants were masculine and 47,3% were feminine, from this total 40% was in the 60-74 age bracket, the age with most risk, 23% between 30-40. The majority was married (68,1%), 42,9% had some kind of employment, about schooling 38,5% had the high school and 29,7%, school. The results of *WHOQOL*-brief demonstrated a cluster of 4 rules (*physical, psychological, social relations and environment*), with the most meaningful being the Rule III – Social Relations (average 3,96), based in social support and sexual activities; and the Rule II – Psychological (average 3,51). The results of the interviews showed that, in the thematic class *heart disease*, the biggest evidence was in the *lifestyle* category, in pre-heart disease (69%) and after-heart disease (31,0%). In the second class, *heart-surgery proceeding*, the most meaningful category was *hospitalization*, focusing the psychical-suffering (62,3%). In the third class, *quality of life*, the most important categories were: *psycho-environmental* (55,3%), related with health's care, feeding, habitation, job and leisure; *psychosocial* (21,1%), based on affection and self-esteem; and *project of life* (23,3%), associated to aspects of job, money, health and family. Hope the results of this research can help for a better understanding of heart diseases and quality of life and subsidies political health public programs.

Key -Words: Heart Disease; Quality of Life; Proceeding and Surgery Risks.

SUMÁRIO

RESUMO.....	vii
ABSTRACT	viii
LISTA DE TABELAS	xi
LISTA DE FIGURAS.....	xiii
INTRODUÇÃO.....	14
CAPÍTULO 1 - CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO	20
1.1. Contextualização do objeto de estudo.....	21
1.2. Objetivo Geral.....	24
1.3. Objetivos Específicos.....	24
CAPÍTULO 2 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA ACERCA DAS DOENÇAS CARDIOPÁTICAS E DA QUALIDADE DE VIDA.....	25
2.1. Conceitos, classificação e aspectos epidemiológicos das cardiopatias.....	26
2.1.1. Procedimentos cirúrgicos no contexto das cardiopatias e as implicações do suporte social.....	31
2.2. Enfoque teórico acerca do construto de Qualidade de Vida.....	36
2.2.1. Qualidade de Vida: desenvolvimento de um conceito.....	36
2.2.2. Qualidade de Vida no contexto das cardiopatias.....	42
CAPÍTULO 3 – MÉTODO	46
3.1. Tipo de estudo e Lócus da Pesquisa	47
3.2. Amostra.....	48
3.3. Instrumentos.....	49
3.3.1. Questionário sociodemográfico.....	49
3.3.2. Entrevista semi-estruturada	49
3.3.3. World Health Organization Quality of Life- BREF (WHOQOL-BREF)....	49
3.4. Procedimentos para a coleta dos dados.....	50
3.5. Procedimentos éticos.....	51
3.6. Procedimentos para a análise dos dados.....	51
3.6.1. Análise do questionário sociodemográfico e do whoqol-BREF.....	51
3.6.2. Análise das entrevistas.....	52
CAPÍTULO 4 - DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	54
4.1. Descrição e análise dos dados do questionário sociodemográfico.....	55
4.2. Descrição e análise dos dados das entrevistas.....	60
4.3. Descrição e análise dos dados do WHOQOL-BREF.....	88
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	105
REFERÊNCIAS.....	112

APÊNDICE	119
Apêndice A - Instrumento para Avaliação da Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF)	112
Apêndice B – Questionário sociodemográfico	114
Apêndice C– Entrevista semi-estruturada	115
Apêndice D– Termo de consentimento livre e esclarecido	116

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Domínios e facetas do WHOQOL-BREF.....	50
Tabela 2. Dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa.....	55
Tabela 3. Situação Funcional, Nível de Escolaridade e Renda Familiar.....	56
Tabela 4. Tempo de Diagnóstico e Tempo de Tratamento.....	57
Tabela 5. Uso de Medicamentos.....	58
Tabela 6. Variáveis Sociodemográficas: Saúde e Cuidados	59
Tabela 7. Classes Temáticas, Categorias e Sub-Categorias Emergentes.....	61
Tabela 8. Distribuição das frequências e percentuais da categoria <i>Estilo de Vida</i>	64
Tabela 9. Distribuição das frequências e percentuais da categoria Vivenciar o processo da dor.....	69
Tabela 10. Distribuição das frequências e percentuais da categoria <i>Hospitalização</i>	75
Tabela 11. Distribuição das frequências e percentuais da categoria relações sociais.....	77
Tabela 12. Distribuição das frequências e percentuais da categoria: Físico-ambiental. Classe: Qualidade de Vida.....	81
Tabela 13. Distribuição das frequências e percentuais da categoria: Psicossocial. Classe: Qualidade de Vida.....	84
Tabela 14. Distribuição das frequências e percentuais da categoria: Projeto de vida. Classe: Qualidade de Vida.....	86
Tabela 15. Valores descritivos e poder discriminativo do questionário WHOQOL-BREF.....	89
Tabela 16. Valores descritivos e poder discriminativo do domínio físico.....	90
Tabela 17. Valores descritivos e poder discriminativo do domínio psicológico.....	92
Tabela 18. Valores descritivos e poder discriminativo do domínio Relações Sociais.....	89
Tabela 19. Valores descritivos e poder discriminativo domínio ambiental.....	95
Tabela 20. Valores descritivos e poder discriminativo do domínio geral.....	96
Tabela 21. Valores descritivos e poder discriminativo dos domínios do WHOQOL-BREF. Grupos critérios (Cirurgiados-Não-cirurgiados).....	97
Tabela 22. Valores descritivos e poder discriminativo dos domínios do WHOQOL-BREF. Grupos critérios (Gênero).....	99
Tabela 23. Valores descritivos e poder discriminativo dos itens do Domínio Psicológico	100
Tabela 24. Valores descritivos e poder discriminativo dos itens do Domínio Ambiental	101
Tabela 25. Valores descritivos e poder discriminativo dos itens do Domínio Geral	102

Tabela 26. Valores descritivos e poder discriminativo do WHOQOL-BREF. Grupos critérios (Idade).....	102
Tabela 27. Valores descritivos e poder discriminativo do item do Domínio Físico	103
Tabela 28. Valores descritivos e poder discriminativo do ítem do Domínio Social	104

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Trajetória dos impulsos elétricos do coração (Merck, s/d)	27
Figura 2. Etapas Operacionais da Análise de Conteúdo de Bardin (2002).....	53
Figura 3. Percentuais das classes temáticas.....	62
Figura 4. Percentuais das categorias da classe temática cardiopatia.....	64
Figura 5. Percentagens das categorias da classe temática procedimento cardio- cirúrgico.....	73
Figura 6. Percentagens das categorias da classe temática qualidade de vida.....	81



"Tudo quanto se destina a surtir efeito nos corações, do coração deve sair." (Goethe)

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

Na sociedade contemporânea, as cardiopatias são consideradas como constituindo um grupo de agravo de elevada morbidade e mortalidade, que interfere não só na sobrevida, mas, principalmente, na qualidade de vida das pessoas. Ao longo das últimas décadas, tanto a revolução tecnológica e industrial, quanto as conseqüências econômicas e sociais daí advindas, ocasionaram uma drástica mudança nesse perfil de morbidade e mortalidade, passando a haver um grande predomínio de doenças e mortes devido às doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT). Essas doenças causam elevados custos aos sistemas de saúde e de previdência social, devido à mortalidade e à invalidez precoce.

Em vários países, as condições de vida têm apresentado melhoras significativas, devidas ao progresso político, econômico, social e ambiental. Outros avanços têm-se evidenciado nos aspectos preventivos e de promoção à saúde, favorecendo o aumento da expectativa de vida e minimizando a incidência e a prevalência de doenças cardiovasculares, com impacto positivo na qualidade de vida (Buss, 2000).

Brant e Melo (2001) acreditam que, apesar do avanço e do progresso mundial de tecnologias científicas, deve-se atentar para a ocorrência de inúmeros outros fatores, que intervêm na área da saúde. Esses fatores são advindos da forma de organização social, a exemplo das exigências de produtividade no mundo do trabalho, da competitividade e das questões relacionadas à vida nos aglomerados urbanos, como a exposição à violência e a sensação de insegurança. Eles podem desencadear doenças crônicas, principalmente as do tipo cardiovascular, que acabam por influenciar na qualidade de vida da população em geral.

As cardiopatias são as doenças que mais matam no mundo, sendo consideradas de origem multicausal, envolvendo um conjunto de fatores significativos para o surgimento e a evolução dos males do coração. Estes agravos acometem gravemente o homem moderno, freqüentemente levando a seqüelas ou ao óbito (OPAS, 2005).

Estudos realizados por Takiuti (2007), sobre pacientes portadores de doença arterial coronariana (DAC), revelam que tanto a morbidade quanto a mortalidade atingem principalmente a população adulta. Estes estudos serviram de base para avaliações de qualidade de vida (QV), com a finalidade de melhorar as medidas terapêuticas e o controle dos fatores de risco, dentre eles, o tabagismo, o sedentarismo, os erros alimentares, a obesidade, as dislipidemias (elevação do colesterol danoso e dos triglicerídeos), a *diabetes melitus* e a hipertensão arterial.

Nesse sentido, verificar a qualidade de vida no contexto das cardiopatias possui relevância social, considerando o impacto individual e coletivo deste grupo de doenças. A qualidade de vida (QV) e a saúde encontram-se profundamente relacionadas à questão da promoção da saúde. Com efeito, considera-se que, para o bem-estar e o enfrentamento dessas doenças crônicas, faz-se necessário desenvolver o auto-cuidado e disponibilizar, aos pacientes, conhecimento suficiente para que eles sejam capazes das melhores escolhas, em prol de sua saúde. Para Almeida-Filho, Schmidt, Pazin-Filho, Maciel & Marin-Neto (2000), a promoção da saúde pode ser caracterizada pelas ações de fomento da capacidade dos seres e dos ambientes, no sentido de reforçar positivamente os valores de favorecimento da vida, buscando a melhoria global da qualidade de vida de um grupo ou comunidade.

Para Minayo, Hartz e Buss (2000), a QV pode ser modificada de acordo com os contextos individuais e culturais. Um exemplo disso é o impacto causado pelo

diagnóstico de doenças crônicas, dentre as quais se destaca o grupo das doenças cardiovasculares. Com frequência, a condução dos males do coração resulta em procedimentos cirúrgicos, que são consideravelmente invasivos. No período pós-cirúrgico, esses procedimentos conduzem o paciente a adaptar-se a uma nova rotina de hábitos, influenciando diretamente na sua qualidade de vida. Segundo estes autores, a avaliação de QV pode ainda favorecer cuidados clínicos e cirúrgicos efetivos ao paciente, ampliando a percepção de todos os envolvidos no processo, no sentido de identificar as prioridades de pacientes e familiares, bem como suas expectativas em relação ao futuro.

Caprara e Franco (1999) salientam que a relação médico-paciente pode ser geradora de ansiedade, principalmente para as classes menos favorecidas. Frequentemente, esta relação é uma consequência da predominância, nas práticas de atenção à saúde, do modelo biomédico organicista, que separa corpo e mente, ocasionando insatisfação e distanciamento entre profissionais e pacientes.

Merhy & Feuerwerker (2007) advertem sobre a importância da reversão desta fragmentação da atenção, ressaltando o quão essencial é a relação entre o trabalhador de saúde e o usuário. Nessa relação, surge uma nova dimensão do trabalho em saúde, sustentada nas tecnologias leves das relações. Pode ser definida pelas tecnologias que se configuram no processo de intenção ao ato, de interação, de escuta e intersubjetividade, resultando em humanização da atenção.

Nessa perspectiva, surge a necessidade de uma maior compreensão acerca da QV no contexto das cardiopatias, levando-se em consideração a multidimensionalidade desse construto, assim como as especificidades das cardiopatias e suas possíveis influências na vida das pessoas. Para o desenvolvimento desta dissertação, foram

utilizados os construtos acerca das cardiopatias e da qualidade de vida, entendendo-se que as cardiopatias provocam alterações e transformações não só no corpo físico, como também no modo de vida e nas relações sociais dos indivíduos.

Estudar a qualidade de vida no contexto das cardiopatias implica fazer uma leitura, não só em relação aos aportes teóricos normativos e científicos, mas à luz do conhecimento elaborado e compartilhado pelo grupo de pertença, procurando perceber as relações que os grupos estabelecem entre si e em que medida essas relações influenciam no processo saúde/doença. Esse procedimento se justifica, uma vez que os comportamentos adotados por um indivíduo ou um grupo de indivíduos são resultantes do modo como eles representam socialmente a qualidade de vida e do significado pessoal que ela adquire em suas vidas (Coutinho, 2001, 2005).

Para desenvolver a temática desta dissertação, no primeiro capítulo são apresentadas a contextualização e a delimitação do objeto de estudo, as cardiopatias. São introduzidas questões que justificam a relevância e o alcance da temática, além de serem apresentados os objetivos que a norteiam.

O segundo capítulo refere-se à fundamentação teórica acerca das doenças cardiopáticas e da qualidade de vida. No tocante às cardiopatias, foram desenvolvidos os seguintes tópicos: (i) conceitos, classificação e aspectos epidemiológicos das cardiopatias; (ii) procedimentos cirúrgicos no contexto das cardiopatias e as implicações do suporte social. Em relação à QV, foram focalizados os tópicos: (iii) qualidade de vida: o desenvolvimento de um conceito; e (iv) qualidade de vida no contexto das cardiopatias.

O terceiro capítulo trata do método. Contém tópicos sobre: tipo de estudo; local do estudo; amostra; instrumentos; descrição dos instrumentos; procedimentos das etapas e procedimentos éticos.

O quarto capítulo refere-se à descrição e análise dos dados, que trata da exposição dos dados empíricos, com uma síntese dos resultados das variáveis sociodemográficas e das duas análises empregadas: a análise de conteúdo temática e a análise dos dados por meio do *software SPSS 15.0*. Neste capítulo, também busca-se a articulação e a interpretação dos dados obtidos, levando-se em consideração os conceitos teóricos norteadores do trabalho, os objetivos traçados e o estudo da arte acerca do campo pesquisado.

Em seguida, encontram-se as considerações finais, nas quais se apresenta uma síntese do trabalho. Essa síntese envolve os objetivos, a colocação dos aportes teóricos e os resultados do estudo empírico. Além disso, é feita uma apreciação prospectiva da contribuição desta pesquisa para o desenvolvimento dos estudos sobre as cardiopatias e a qualidade de vida. Finalmente, aparecem as referências e o apêndice.

CAPÍTULO 1

CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

1.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

No início do século XX, as doenças cardiovasculares contribuíram com menos de 10% dos óbitos no mundo. Ao final desse mesmo século, essas doenças foram responsáveis por, aproximadamente, metade dos óbitos nos países desenvolvidos e 25% nos países em desenvolvimento. Estima-se que em 2020 as doenças cardiovasculares contribuirão com 20 milhões de óbitos, com avanço até 2030 para 24 milhões de pessoas (Almeida, Barreto, Couto & Starling, 2003).

Anualmente, as doenças isquêmicas do coração vêm extrapolando as doenças infecciosas, como a primeira causa de mortalidade no mundo. No Brasil, as doenças cardiovasculares ocupam a liderança das causas de óbito e internação, correspondendo a 32,6% dos óbitos com causa determinada. No ano de 2005, a Organização Mundial de Saúde registrou que, em todo o mundo, 17 milhões de pessoas morreram de problemas cardíacos. Esse registro focalizou ainda a importância de se observar o índice alarmante que, atualmente, acomete todos os gêneros e idades dentro do contexto social, afetando, indiscriminadamente, países mais desenvolvidos e países menos desenvolvidos (WHO, 2005).

Segundo Vargas, Maia e Dantas (2006), a doença cardíaca e seu tratamento cirúrgico podem representar uma nova realidade, abruptamente imposta, que desestrutura o paciente. Ele se sente atingido em sua auto-imagem, o que gera ansiedade, medo e insegurança quanto ao seu estado de saúde, frente a profissionais que nem sempre lhe transmitem segurança e empatia. Para Carrageta (2006), as doenças

cardiovasculares constituem a principal causa de morbi-mortalidade e representam os mais altos custos em assistência médica nos países desenvolvidos.

Segundo Moreno P. L., Wender O. B., Barra M., Pellanda L.C., Rohde L. E., Clausell N. (2004), a doença arterial coronariana é a maior causa de insuficiência cardíaca no mundo inteiro. Para este autor, os fatores de risco que mais se destacam são os constitucionais, como idade e sexo e os adquiridos, como obesidade, hipertensão arterial, hiperlipidemia, tabagismo e hipertrofia do ventrículo esquerdo. Alguns poucos, como a *diabetes mellitus*, podem ser constitucionais ou adquiridos.

A WHO (2005) destaca um conjunto de fatores que predispõem as pessoas a algum tipo de cardiopatia, dentre os quais se destacam: estilo de vida, inatividade física, má alimentação, tabagismo, obesidade, hipertensão arterial, colesterol e pressão sanguínea elevada. De acordo com os dados dessa instituição, a cada ano as doenças cardiovasculares apresentam um índice cada vez mais elevado, com base nesses fatores. Por exemplo, 4,9 milhões de pessoas morrem devido ao consumo de tabaco; 2,6 milhões de pessoas morrem como consequência da obesidade; 4,4 milhões de pessoas morrem em decorrência de um elevado nível de colesterol; e 7,1 milhões de pessoas morrem por causa de pressão sanguínea elevada.

A despeito do avanço observado no estudo das cardiopatias e da Qualidade de Vida (QV), as investigações sobre os males do coração têm-se concentrado, prioritariamente, nas abordagens médicas e psicológicas e no modo de enfrentamento, em busca da qualidade de vida (OPAS, 2005; WHO, 2005). Desse modo, verifica-se a necessidade dos estudos sobre a relação entre as cardiopatias e a qualidade de vida irem além dos fatores físico/orgânicos, com ênfase, principalmente, nos fatores psicossociais.

Nesse direcionamento, o foco desta pesquisa é estudar as implicações psicossociais das cardiopatias e a qualidade de vida de pessoas acometidas pela afecções do coração.

Atualmente, o tema da qualidade de vida tem estado em foco. Ele é considerado pela WHO (2005) como um conceito holístico, que reúne um conjunto de recursos (físicos, psicológicos, sociais e ambientais), necessários ao indivíduo, para a realização dos seus objetivos e aspirações e para a satisfação das suas necessidades. Os pesquisadores do grupo WHOQOL (1995) definem a qualidade de vida como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vivem e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (p. 1403).

Como a qualidade de vida é considerada como um conceito subjetivo, o seu deslocamento para o campo da saúde/doença aumentou a sua complexidade, pois o impacto da doença na vida de uma pessoa depende de vários fatores, nem sempre controláveis. Assim como a saúde não pode ser definida simplesmente como ausência de doença, a qualidade de vida não pode ser considerada apenas como ausência de queixas e reclamações (WHO, 2005).

Segundo Schuttinga (1995), a QV é um conceito que dá prioridade ao ponto de vista individual, refletindo as diferentes formas pelas quais o indivíduo portador de alguma doença pode ver o mundo e seus objetivos pessoais. Para Minayo, Hartz e Buss (2000), qualidade de vida boa ou excelente é aquela que oferece um mínimo de condições para que os indivíduos nela inseridos possam desenvolver o máximo de suas potencialidades, sejam estas referentes a viver, sentir, amar ou trabalhar, produzir bens ou serviços, fazer ciências ou artes.

Moreira (2001) afirma que a qualidade de vida compreende uma vinculação entre saúde, higiene e educação. Está relacionada aos cuidados com o corpo, evitando excessos e melhorando a convivência com a sociedade e o entendimento adequado dos seus objetivos e do seu alcance. Esse entendimento é necessário para possibilitar a produção não só de conhecimento, mas também de propostas de políticas públicas, que criem, recriem e desenvolvam o sentido da qualidade de vida como um direito do cidadão.

Com base nessas considerações, o presente estudo teve como finalidade contribuir para uma melhor elucidação da relação entre as cardiopatias e a qualidade de vida, de modo a servir de subsídio para pesquisas posteriores. Para tanto, fez-se necessário elaborar os seguintes objetivos :

1.2. OBJETIVO GERAL

Investigar os fatores psicossociais relacionados às cardiopatias e suas implicações na qualidade de vida de pessoas cirurgiadas e não-cirurgiadas.

1.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- (i) Caracterizar o perfil sociodemográfico dos participantes submetidos ou não-submetidos ao processo cardio-cirúrgico;
- (ii) Identificar os significados que as pessoas cardíacas possuem acerca dos procedimentos cardio-cirúrgicos;
- (iii) Analisar a qualidade de vida das pessoas que foram submetidas e não-submetidas ao procedimento cardio-cirúrgico.

CAPÍTULO 2



FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA ACERCA DAS DOENÇAS CARDIOPÁTICAS

2. 1. Conceitos, classificação e aspectos epidemiológicos das cardiopatias

O coração é um órgão muscular, com quatro cavidades, desenhadas para trabalhar, de maneira eficiente e contínua, durante toda a vida. As paredes musculares de cada cavidade contraem-se numa seqüência precisa e, durante cada batimento, expulsam a maior quantidade de sangue com o menor esforço possível. Essa trajetória de impulsos elétricos do coração é compreendida da seguinte maneira: o nódulo sino-auricular (1) inicia um impulso elétrico que percorre as aurículas direita e esquerda (2), levando à sua contração. Quando alcança o nódulo aurículo-ventricular (3), o impulso elétrico é retardado ligeiramente. Em seguida, o impulso viaja para o feixe de His (4), que se divide no ramo direito do feixe de His, para o ventrículo direito (5) e no ramo esquerdo do feixe de His, para o ventrículo esquerdo (5). A seguir, o impulso estende-se pelos ventrículos, fazendo com que se contraíam (Merck, s/d) (Figura 1).

As doenças do coração, avaliadas pelos profissionais de saúde, são conceituadas e classificadas de forma diversa, pulverizando, assim, os tipos de cardiopatia identificados na literatura científica. Dentre as cardiopatias mais evidenciadas, encontra-se a do tipo grave, que constitui o foco predominante adotado na presente dissertação.

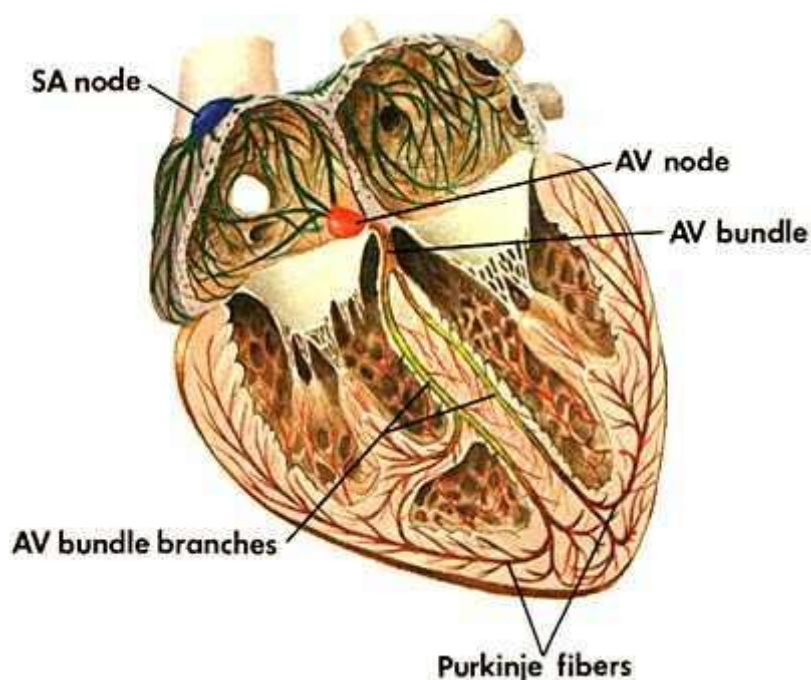


Figura 1 - Trajetória dos impulsos elétricos do coração (Merck, s/d).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, 2006), o conceito de doença cardiopática engloba tanto as enfermidades cardíacas graves, quanto as cardiopatias crônicas, agudas e terminais. Habitualmente rápidas em sua evolução, as cardiopatias agudas podem tornar-se crônicas, caracterizando-se pela perda da capacidade física e funcional do coração. As cardiopatias crônicas são aquelas que, progressivamente, limitam a capacidade física e funcional do coração, não obstante o tratamento clínico e/ou cirúrgico adequado. As cardiopatias crônicas ou agudas apresentam uma dependência total de um suporte inotrópico farmacológico (como a dobutamina e a dopamina) ou mecânico (tipo *Biopump*, balão intra-aórtico). Por fim, a cardiopatia terminal pode ser caracterizada como uma forma de cardiopatia grave, em que a expectativa de vida se encontra extremamente reduzida. Geralmente, é não-responsiva à terapia farmacológica máxima ou ao suporte hemodinâmico externo.

A limitação da capacidade física e funcional dos cardiopatas é definida, habitualmente, pela presença de uma ou mais síndromes. Dentre essas síndromes, podem ser citadas a insuficiência cardíaca, a insuficiência coronariana e as arritmias complexas, bem como a hipoxemia e as manifestações de baixo débito cerebral, secundárias a uma cardiopatia.

A avaliação da capacidade funcional do coração permite a distribuição dos pacientes em classes ou graus, assim descritos: (a) Grau I: pacientes portadores de doença cardíaca sem limitação da atividade física; (b) Grau II: pacientes portadores de doenças cardíacas com leve limitação da atividade física; (c) Grau III: pacientes portadores de doença cardíaca com nítida limitação da atividade física; e (d) Grau IV: pacientes portadores de doença cardíaca que os impossibilita de qualquer atividade física (SBC, 2006).

Para Carvalho (2006), as cardiopatias se classificam em *congênicas* e *adquiridas*. As congênicas são identificadas durante o primeiro trimestre da gestação. A incidência das cardiopatias congênicas fetais é até cinco vezes maior no período neonatal, quando essas evidências de malformações são complexas e requerem cuidados especiais. As cardiopatias adquiridas são ocasionadas por vários fatores, a exemplo de outras doenças, como a hipertensão, a diabetes, a obesidade, o lúpus e também a má alimentação e o tabagismo. Para Dutra (2006), podem-se destacar, entre as cardiopatias: (i) a cardiopatia isquêmica; (ii) a cardiopatia hipertensiva; (iii) a miocardiopatia; (iv) as volvopatias; (v) a pericardite; (vi) a cor pulmonale crônica; (vii) as cardiopatias congênicas; e (viii) as doenças da aorta.

No Brasil, atualmente, o perfil epidemiológico está representado pelas doenças do subdesenvolvimento *versus* doenças da modernidade. Assim, o país encontra

dificuldades para promover ações que contemplem, simultaneamente, tanto o controle das doenças transmissíveis quanto o controle das doenças crônicas não-transmissíveis. De acordo com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS, 2005), o conhecimento sobre o perfil epidemiológico ainda se encontra incompleto, mas os dados disponíveis permitem identificar a existência de um aumento dos fatores de risco e também da morbi-mortalidade por doenças crônicas não-transmissíveis, especialmente as cardiovasculares.

Embora nos países desenvolvidos tenha havido um grande avanço no conhecimento de fatores etiológicos relacionados às doenças cardíacas, é necessário analisar quais são as suas origens em nosso meio, a fim de possibilitar a proposição de medidas adequadas de controle. Alguns estudos sugerem a existência de um ponto crítico de vulnerabilidade na vida fetal, enquanto outros sugerem a acumulação de eventos estressantes como sendo o fator que aumenta a vulnerabilidade, ao longo da vida, para essas doenças. Entre os fatores que ocorrem mais tarde na vida, podem ser citados o sedentarismo, a obesidade, o crescimento físico comprometido, a dieta inadequada e o tabagismo, entre outros. Além disso, devem ser levadas em conta as condições socioeconômicas em que vivem os indivíduos, as quais acentuariam essa predisposição (Carvalho, 2006; Armaganijan & Batlouni, 2000; Brasil, 2005).

A cada ano, morrem cerca de 10 milhões de pessoas devido a doenças cardíacas e cerebrovasculares. As doenças cardiovasculares continuam a ser a principal causa de morte nos países desenvolvidos/industrializados (Carrageta et al., 2006).

No ano de 2005, a Organização Panamericana de Saúde e a Organização Mundial de Saúde (OPAS, 2005; WHO, 2005) registraram que 17 milhões de pessoas, em todo o mundo, morreram de problemas cardíacos e a perspectiva para o ano de 2020 é que

atingirá 20 milhões, com um avanço, até 2030, para 24 milhões de pessoas. Esse registro focalizou a importância de se observar o índice alarmante com que, atualmente, as doenças cardíacas acometem todos os gêneros e idades dentro do contexto social, afetando, indiscriminadamente, tanto os países mais desenvolvidos quanto os países menos desenvolvidos.

Esse elevado índice de ocorrências pode ser explicado em virtude das doenças cardíacas estarem associadas a outras doenças, como a hipertensão e a diabetes, não apresentando sintomas de fácil identificação. Dessa maneira, ocorrem de forma silenciosa, podendo acarretar procedimentos cirúrgicos invasivos, que limitam as vivências das pessoas acometidas.

Abdalla, Piegas e Timerman (1992) acreditam que o aumento da expectativa de vida da população brasileira trouxe consigo as enfermidades cardiovasculares, cuja incidência aumenta dramaticamente com a idade. Dos 40 aos 49 anos, a incidência de doença coronariana obstrutiva severa é de 33%; dos 50 aos 59 é de 38%; dos 60 aos 69 é de 64%; e acima dos 70 anos, chega a 76%.

Estudos epidemiológicos prevêm que, com as atuais taxas de crescimento da população idosa, haverá um aumento na incidência de doenças cardiovasculares, se não forem tomadas medidas preventivas. Essas altas taxas são decorrentes dos fatores de riscos, que incluem, entre outros, o tabagismo, o consumo de bebidas alcoólicas, a inatividade física, a obesidade, a dislipidemia e o controle inadequado da hipertensão e da diabetes (Costa & Barreto, 2003).

Dados sobre mortalidade do Ministério da Saúde (Brasil, 2004) registram 265 mil mortes por doenças do aparelho circulatório, o que representa 30% das causas de morte dos brasileiros. Metade delas está relacionada à falta de controle da hipertensão

arterial. A taxa de incidência da hipertensão é de 30% nessa população, chegando a mais de 50% quando os indivíduos atingem a terceira idade.

2.1.1. Procedimentos cirúrgicos no contexto das cardiopatias e as implicações do suporte social

Nos últimos anos, pacientes cardíacos que são submetidos a procedimentos cirúrgicos têm obtido uma melhoria na sua qualidade de vida, principalmente quando esses procedimentos são realizados sob a ótica do tratamento preventivo. Esses resultados têm mostrado a importância da estratégia intervencionista nos diferentes tipos de cardiopatias, apesar da identificação do paciente que se beneficia da cirurgia ainda continuar sendo um desafio (Moreno, Wender, Barra , Pellanda, Rohde & Clausell, 2004).

Com o avanço científico do século XX, há pouco mais de quatro décadas ocorreu a primeira cirurgia cardíaca, nos moldes como a conhecemos na atualidade. Desde então, o coração foi desmistificado como moradia da alma, fato que propiciou, a este órgão, um poder de igualdade perante os outros órgãos, tornando-se possível o avanço cirúrgico e, conseqüentemente, a história da cirurgia cardíaca no mundo (Lessa, 1999).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia, os procedimentos intervencionistas e cirúrgicos devem ser considerados apenas como parte da estratégia terapêutica aplicada aos doentes. Em função disso, cada intervenção corresponde a uma enfermidade cardiovascular importante subjacente, que deverá ser avaliada em relação à

ação deletéria e às deficiências funcionais que acarreta, como acontece em todas as cardiopatias.

Sabe-se, também, que, num grande número de pacientes, os procedimentos intervencionistas e cirúrgicos alteram efetivamente a história natural da doença para melhor, modificando radicalmente a sua evolução. Conseqüentemente, altera-se também a categoria da gravidade da cardiopatia, pelo menos no momento da avaliação. Este é o conceito dinâmico de “reversibilidade” da evolução das cardiopatias, pelo qual se deixa de configurar, por exemplo, uma condição de cardiopatia grave observada anteriormente.

Certos tipos de cardiopatias podem ser corrigidos através de intervenções cirúrgicas e outros procedimentos invasivos. Por exemplo, as arritmias provocadas por uma doença coronária controlam-se através de uma angioplastia ou de uma operação de derivação das artérias coronárias. Depois de um enfarte do miocárdio, podem aparecer episódios de taquicardia ventricular, que podem ser mortais. Essa arritmia pode ter a sua origem numa área lesionada do músculo cardíaco, que pode ser identificada e extraída através de uma intervenção cirúrgica de coração aberto (Merck, s/d) .

Quando o procedimento cirúrgico é indicado, é comum que ele seja vivenciado de forma ambivalente. Por um lado, a percepção do paciente converge para uma intervenção mágica, miraculosa, que o livrará do risco de um infarto. Por outro lado, existe o medo da morte, durante e após o procedimento anestésico-cirúrgico e o receio de sofrer danos irreversíveis. Em situações como essas, é comum que uma gama de fantasias e sentimentos ocupem a mente do doente (Vargas, Maia & Dantas, 2006).

É de grande importância a identificação dos sentimentos dos pacientes no pré-operatório de cirurgia cardíaca. No âmbito hospitalar, a equipe de saúde desempenha

um papel abrangente no cuidado da pessoa submetida a um procedimento cirúrgico complexo, como é o caso das cirurgias cardíacas. A assistência de enfermagem engloba desde os cuidados pré-operatórios e a monitorização cuidadosa para a detecção precoce de complicações pós-cirúrgicas, até o apoio emocional e psicológico, oferecido ao doente e aos seus familiares, durante o período de recuperação pós-cirúrgica (Vargas et al., 2006).

De todos os diagnósticos feitos no período pré-operatório de cirurgia cardíaca, os de ansiedade e de medo são, provavelmente, os mais comuns. Esses dois estados constituem fenômenos universais e uma realidade emocional vivenciada por quase todos os pacientes cirúrgicos. A ansiedade pode influenciar a resposta do doente frente ao tratamento cirúrgico e acarretar efeitos negativos sobre a sua recuperação pós-operatória. Em ambos os diagnósticos, de ansiedade e de medo, alguns fatores podem ser relacionados, tais como: ameaça de morte, ameaça de mudança no estado de saúde, e ameaça de mudança no ambiente. Com relação ao medo, pode-se ainda destacar o fator da separação do sistema de apoio em uma situação potencialmente estressante, como é, por exemplo, a hospitalização.

Moraes e Dantas (2007) acreditam que, no processo de adoecimento, as relações psicossociais advindas do apoio dos familiares e amigos são importantes durante a hospitalização. No entanto, é após a alta hospitalar que as pessoas necessitam ainda mais desse suporte, a fim de se sentirem bem cuidadas, valorizadas, estimadas e seguras. No caso das doenças cardíacas, a participação dos familiares nos programas de reabilitação cardíaca tem sido de extrema importância.

Para Vargas et al. (2006), o suporte social apresenta-se também como um fator que contribui para diminuir o estresse e favorecer os mecanismos de enfrentamento, em

indivíduos com diferentes condições crônicas de saúde. Após a ocorrência cardíaca ou as intervenções terapêuticas, o apoio percebido pelo paciente, principalmente quando é proveniente do cônjuge, tem sido relacionado ao favorecimento da sua reabilitação, possibilitando o retorno às atividades profissionais e diminuindo os níveis de depressão. Indivíduos com maior suporte social têm apresentado melhor desempenho físico e psicológico, maior adesão ao tratamento e melhor qualidade de vida.

Pesquisas têm detectado que os indivíduos casados apresentam maior suporte emocional do que os não-casados, sendo esse suporte positivamente relacionado ao estado emocional (diminuindo a ansiedade e a depressão). Por outro lado, morar sozinho pode estar relacionado ao aumento das taxas de readmissão de pacientes com doença crônica, ao maior risco de re-hospitalização, o que se justificaria pelo isolamento social ou falta de sistema de suporte (Vargas et al., 2006).

A estrutura do suporte social é formada pelos indivíduos com quem se mantêm relações interpessoais e pelas ligações entre esses indivíduos. Dentre essas relações, podem-se destacar: (i) as relações formais, que são mantidas devido à posição e aos papéis na sociedade (profissionais e outras pessoas conhecidas); (ii) as relações sociais informais, também denominadas redes sociais, que são compostas por todos os indivíduos (família, amigos, vizinhos, colegas de trabalho, comunidade, etc.); e (iii) as relações entre os indivíduos com quem se mantêm uma ligação familiar próxima e/ou com envolvimento afetivo (Rosa, Benicio & Alves, 2007). Segundo Serra (2002), a estrutura dessas relações sociais pode ser caracterizada através de diferentes aspectos, tais como: o número e o tipo de relações, a frequência e a duração dos contatos, além da sua diversidade, densidade e reciprocidade.

Tanto as redes sociais como as interações interpessoais que ocorrem dentro da estrutura dessas redes, funcionam como apoio social, propriamente dito. Esse apoio social abrange aspectos qualitativos e comportamentais das relações sociais e compreende quatro tipos: (i) *apoio emocional*, que envolve expressões de amor e afeição; (ii) *apoio instrumental* ou material, que se refere aos auxílios concretos, como provimento de necessidades materiais em geral, ajuda para trabalhos práticos (limpeza de casa, preparação de refeição, provimento de transporte) e ajuda financeira; (iii) *apoio de informação*, que compreende informações (aconselhamentos, sugestões, orientações) que podem ser usadas para lidar com problemas e resolvê-los; e (iv) *interação social positiva*, que diz respeito à disponibilidade de pessoas com quem se possa divertir e relaxar (Rosa et al., 2007).

De acordo com Biffi e Mamede (2004), o suporte social se expressa de distintas formas: (a) envolve expressão de afeto positivo, tendo o poder de neutralizar a sensação de isolamento emocional ou solidão; (b) envolve expressão de concordância, interpretação e/ou estimulação dos sentimentos da pessoa apoiada, fortalecendo a auto-estima; (c) oferece assistência, consideração e informação, permitindo ações educativas, controle de ansiedade e possibilita diminuir a vulnerabilidade a problemas emocionais; (d) fornece ajuda material e/ou econômica; e (e) promove integração social, de forma a favorecer a pessoa a se sentir como parte de uma rede ou sistema de apoio, com obrigações mútuas ou ajuda recíproca.

Dessa forma, quanto mais suporte social um indivíduo obtém, mais apto estará para evitar situações de estresse ou desenvolver condições para enfrentá-las ou obstruí-las. Acredita-se que a avaliação do suporte social poderá servir de subsídio para a equipe de saúde, no que se refere ao planejamento da alta e ao seguimento ambulatorial,

visando a melhor reabilitação e a melhora da qualidade de vida dos pacientes cardíacos submetidos a procedimentos cirúrgicos. Nesse contexto, é importante lembrar que a insuficiência cardíaca provoca impacto negativo sobre a qualidade de vida das pessoas, maior que em diversas outras doenças crônicas, e que a sobrevida dos pacientes é pior que a de pacientes com neoplasias.

2.2. ENFOQUE TEÓRICO ACERCA DO CONSTRUTO DA QUALIDADE DE VIDA

2.2.1. Qualidade de vida: o desenvolvimento de um conceito

Segundo Paschoal (2000), o termo *qualidade de vida* foi mencionado, pela primeira vez, em 1920, por Pingou, no livro sobre economia e bem-estar material, denominado “*The Economics of Nelfare*”. Nessa obra, Pingou discutiu o suporte governamental que era disponibilizado para indivíduos das classes sociais menos favorecidas e o impacto sobre suas vidas e sobre o orçamento do Estado. Nesse período, o termo não obteve o impacto social esperado, ficando adormecido até as últimas décadas do século XX.

Na área econômica, este conceito apareceu na década de 1960, voltado para analisar o crescimento econômico através do produto interno (PIB). De acordo com Santos e Martins (2002), na medida em que não consegue contemplar os principais aspectos do desenvolvimento social, esse tipo de enfoque torna-se ineficiente para produzir a qualidade de vida na população em geral, devido às disparidades sociais decorrentes da ignorância, da violência e da pobreza.

Na década de 1970, muitas pesquisas foram feitas no campo social e na área da saúde, que direcionaram a atenção para a qualidade de vida, no sentido da promoção do bem-estar da população em geral. Desde então, o conceito vem sendo foco da atenção de pesquisadores nos diferentes domínios do saber.

Nas últimas décadas do século XX, pode-se encontrar a ampliação do significado da QV para além do crescimento econômico, envolvendo o desenvolvimento social (saúde, educação, moradia, transporte, lazer, trabalho e crescimento individual). Os indicadores sociais também se ampliaram: mortalidade infantil, esperança de vida, taxa de evasão escolar, nível de escolaridade, taxa de violência (suicídios, homicídios, acidentes), saneamento básico, nível de poluição, condições de moradia e trabalho, qualidade do transporte, lazer, dentre outros (Pachcoal, 2000).

Paschoal (2000) relata que o desenvolvimento do construto “qualidade de vida” teve início nas Ciências Médicas, para depois estender-se para a Psicologia e para a Sociologia. Muito se discute acerca do campo disciplinar que utilizou pela primeira vez este conceito. Moreno (1996) remonta as primeiras contribuições do termo a trabalhos teóricos de filosofia e ética.

Mas foi somente a partir de 1994 que, após a construção de uma definição adequada de qualidade de vida, o grupo WHOQOL elaborou o questionário WHOQOL-100, com o objetivo de avaliar a qualidade de vida, baseado em três aspectos fundamentais: a subjetividade, a multidimensionalidade e a presença de dimensões positivas e negativas. Este instrumento surgiu da necessidade de se avaliar a qualidade de vida dentro de uma perspectiva genuinamente internacional. Para isso, a Organização Mundial de Saúde (WHO) criou um projeto colaborativo e multicêntrico, que resultou

na elaboração desse questionário, composto por 100 ítems. As questões do questionário foram formuladas para uma escala de respostas do tipo Likert, incluindo intensidade (nada até extremamente), capacidade (nada até completamente), frequência (nunca até sempre) e avaliação (muito insatisfeito até muito satisfeito; muito ruim até muito bom).

Para a Organização Mundial de Saúde, o conceito de qualidade de vida é holístico, pois agrupa recursos sociais, individuais e físicos, fundamentais para que as pessoas possam satisfazer e almejar necessidades em vários aspectos da vida. Para tanto, este conceito compreende quatro domínios fundamentais: saúde física, saúde psicológica, relacionamento social e características ambientais (*WHOQOL*, 1995).

Apesar de ser um termo bastante utilizado, existe uma certa dificuldade em se definir precisamente o que venha a ser uma boa qualidade de vida. De acordo com Minayo et al. (2000), esta dificuldade parece estar relacionada ao fato do significado deste conceito variar de uma cultura para a outra, de um indivíduo para o outro e em tempos diferentes.

Coppini (2001) alerta para o fato de que alguns termos, como condição ou estado de saúde e bem-estar, são usados como sinônimos, apesar de possuírem significados diferentes. Estado de saúde relaciona-se com prejuízos e incapacitações, direcionando-se para uma perspectiva funcional de saúde, enquanto bem-estar é entendido a partir do estado psicológico ou emocional e não leva em conta nem a dimensão cognitiva nem a satisfação ou as condições objetivas de vida. Para Moreira (2001), a qualidade de vida deve estar relacionada à saúde, higiene e educação, incluindo os cuidados com o corpo, evitando excessos e melhorando a convivência social.

O conceito de QV envolve a interdisciplinaridade em diferentes áreas do saber. Segundo Seidl e Zannon (2004), desde a década de 1970 o conceito vem apresentando evolução e aprimoramento constante, tanto no que diz respeito à sua própria definição, quanto no que se refere à assistência à saúde individual e coletiva.

De acordo com Fleck et al. (1999) e Castanha (2005), embora não haja um consenso a respeito do conceito de QV, existem algumas características que são consideradas como fundamentais. Tais características incluem: (i) a subjetividade, ou seja, a parte da percepção do paciente; (ii) a multidimensionalidade, pelo fato de abranger diversas áreas da vida (domínio físico, psicológico, social e espiritual); e, por fim, (iii) a bipolaridade, pois inclui tanto as percepções individuais positivas (como, por exemplo, o grau de contentamento e a capacidade de mobilidade), quanto as negativas (como a dependência a medicações, a dor e a fadiga).

Com base nas perspectivas de Canguilhem e de Foucault, Coelho e Almeida Filho (2003) analisam a saúde partindo da dinâmica existente nas diferentes circunstâncias nas quais os indivíduos estão inseridos. Essas circunstâncias envolvem toda a engrenagem social, composta pelo contexto socioeconômico, político, histórico-cultural, além do genótipo, do psiquismo e de inúmeras outras nuances, que concorrem para a promoção da saúde da população.

O conceito de saúde não se refere apenas ao fato da ausência de doença. De acordo com Coelho e Almeida (2002), o conceito atual condiciona a saúde ao grau com que as pessoas desempenham suas funções na vida diária e à avaliação pessoal do seu bem-estar.

Para Fleck et al. (1999), o termo qualidade de vida é geral e inclui diversas variáveis, que influem direta ou indiretamente no modo de vida das pessoas. Essas

variáveis podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos em relação a si mesmo e ao mundo que o cerca. Conseqüentemente, podem influenciar o seu comportamento e o seu enfrentamento diário das diversas situações com que se defronta, mesmo que tais situações não se limitem à condição médica ou de saúde.

Na visão de Ormel, Lindenberg, Stevernick e Vonkorff (1997), o conceito de QV é empregado para se referir ao bem-estar relacionado tanto às condições objetivas quanto às experiências pessoais de vida das pessoas. Por seu lado, Zhan (1992) e Trevizan (2000) destacam a importância da cultura, da sociedade, do ambiente e da idade, aspectos que se refletem na percepção do indivíduo acerca do significado de qualidade de vida e que são determinados pela saúde e pela educação. Esses autores acreditam que o acesso ao conhecimento desses fatores pode proporcionar mudanças de paradigmas, capazes de levar as pessoas a uma análise crítica e reflexiva.

Outros autores (Minayo et al., 2000; Jannuzzi, 2004) evidenciam uma crescente preocupação com a QV relacionada com a saúde da população em geral. Para eles, devem ser levados em conta os fatores bio-psicossociais, que interferem na evolução do prognóstico de qualquer doença.

Na tentativa de ampliar o conceito de saúde, a WHO enumera diversos fatores, tais como o bem-estar percebido pelas pessoas, as suas habilidades, o enfrentamento adequado do estresse da vida cotidiana, as ocupações desenvolvidas associadas à produtividade e as contribuições sociais. Para essa instituição, tais fatores exercem influência na QV e, conseqüentemente, na saúde mental (WHO, 2001).

Albuquerque, Vieira, Martins e Neves (2007) evidenciam a necessidade de parâmetros governamentais, que se atenham ao desenvolvimento e ao bem-estar social.

Ao mesmo tempo, identificam a importância das medidas psicológicas para aferir os impactos sociais, partindo do individual para o coletivo.

Segundo Franken, Coutinho e Ramos (2007), faz-se necessário avaliar a QV não só em relação aos aspectos materiais, mas também levando em conta os aspectos subjetivos. Entre os aspectos materiais, destacam-se aqueles relacionados à satisfação das necessidades mais elementares da vida humana, como a alimentação, o acesso à água potável, a habitação, o trabalho, a educação, a saúde e o lazer. Entre os aspectos subjetivos, podem ser mencionados aqueles que dizem respeito ao amor, à liberdade, à solidariedade, à inserção social, à realização pessoal e à felicidade. Como se pode observar, tanto os aspectos materiais quanto os aspectos subjetivos têm como referência as noções relativas de conforto, bem-estar e realização individual e coletiva.

Como conclui Hayry (1991), pode-se dizer que, de maneira geral, as definições e os métodos de pesquisa da qualidade de vida foram desenvolvidos principalmente por cientistas sociais e psicólogos. Contudo, também os filósofos empreenderam estudos com o intuito de definir e medir esse constructo, emprestando uma ênfase maior nas questões éticas que envolvem essas definições e medidas. Ao longo do tempo, a QV vem se modificando substancialmente, seja de forma global, seja em algumas áreas específicas da vida dos indivíduos. Desse modo, permite ao próprio sujeito o controle relacionado à sua saúde, a capacidade pessoal de desempenho das atividades cotidianas e dos principais papéis sociais, dentro do contexto no qual se encontra inserido.

2.2. Qualidade de vida no contexto das cardiopatias

No contexto da saúde, o conceito de QV valoriza mais as percepções do paciente, a respeito dos vários aspectos de sua vida, do que a mera avaliação do seu estado de saúde (McKenna et al., 2006). Neste sentido, Moraes e Dantas (2007) destacam as modificações pelas quais a QV paulatinamente vem passando, indo de conceitos biológicos para conceitos multidimensionais. Nessa passagem, acaba incorporando as questões subjetivas que envolvem as pessoas como um todo, inclusive permitindo uma reflexão sobre a doença, no que concerne tanto aos benefícios adquiridos quanto aos efeitos colaterais.

Na medida em que subentende esse olhar reflexivo, a avaliação da qualidade de vida se torna uma atividade extremamente complexa, principalmente no que tange ao seu enquadramento no campo das cardiopatias. Essa dificuldade é aumentada pelo fato das cardiopatias se caracterizarem como doenças crônicas.

Segundo Coppini (2001), o conceito de qualidade de vida ainda não é algo consensual entre os teóricos. Para definí-lo, termos como “condição”, “estado de saúde”, “bem-estar” e “qualidade de vida” são utilizados como sinônimos, apesar de terem significados diferentes. “Estado de saúde” relaciona-se com prejuízos e incapacitações, direcionando-se para uma perspectiva funcional de saúde. Em contrapartida, “bem-estar” deve ser compreendido a partir do estado psicológico ou emocional, não considerando nem os aspectos cognitivos nem a satisfação ou as condições objetivas de vida.

As atuais condições de vida e de trabalho, as modificações econômicas e políticas, assim como o aumento da expectativa de vida, têm gerado uma elevação

significativa das doenças crônico-degenerativas, especialmente as cardiovasculares. Face a este contexto, os dados da OPAS (2005) demonstram que as cardiopatias e os acidentes cardiovasculares podem ser considerados como uma epidemia mundial, que está na lista das causas de maior índice de mortalidade em todo o mundo. A meta da OPAS é a sensibilização nacional e internacional de todas as pessoas envolvidas, tanto por parte da população geral quanto por parte das equipes de saúde, para que se possa promover medidas eficazes de controle dessas doenças.

A Organização Panamericana de Saúde (OPAS, 2005) considera que as doenças do coração atingem a todos, sem distinção de classe social, gênero, idade e contexto cultural. No sexo masculino, o índice de mortalidade das cardiopatias é de 53%, enquanto que, no sexo feminino, é de 47%. Isto demonstra que, nos últimos anos, os índices epidemiológicos entre os sexos vêm se equiparando. Mas as doenças do coração podem ser prevenidas em 80% dos casos, se houver uma mudança no estilo de vida.

Pesquisas têm apontado que um fator importante na prevenção de doenças cardíacas e na reabilitação das doenças crônicas é o apoio social recebido (Valla, 1999; Moraes & Dantas, 2007; Rosa, Benício, Alves et al., 2007). Para discutir a teoria do apoio social, Valla (1999) ressaltou a relação corpo-mente no processo de saúde-doença, sublinhando a importância das categorias de sentido da vida, controle sobre a vida e solidariedade na prevenção e manutenção da saúde.

Moraes e Dantas (2007) estudaram a ação do suporte social no tratamento cirúrgico de cardiopatias, encontrando que tanto o suporte emocional quanto o suporte instrumental foram indicativos de elevada satisfação e disponibilidade por parte dos pacientes. Entre os suportes mais importantes, destacaram-se os fornecidos por

familiares, cônjuge ou companheiro, vizinhos, amigos, profissionais de saúde, chefe e colegas de trabalho.

Dantas, Gois e Silva (2005) empreenderam um estudo descritivo e observacional, no qual foi utilizada a Escala de Qualidade de Flanagan, em pacientes submetidos à cirurgia de revascularização cardíaca. Concluíram que os fatores de maior satisfação com a vida concentram-se na perspectiva de ter e criar os filhos e no relacionamento com os amigos.

A pesquisa de Vargas, Maia e Dantas (2006) identificou sentimentos de ansiedade e medo, apresentados por pacientes, frente à notícia da necessidade de realização da cirurgia cardiovascular. Após revelarem sentimentos de apreensão, tais como ansiedade, medo, preocupações, receio, cisma e nervosismo, os participantes relataram sentimentos positivos e de esperança. Esses sentimentos referiram-se à força psicológica obtida no relacionamento com outros pacientes cardíacos hospitalizados e na direção das trocas de experiências.

De forma geral, os resultados dessas pesquisas demonstram que o apoio social tem favorecido tanto a prevenção quanto o restabelecimento após a submissão dos procedimentos cirúrgicos das enfermidades crônicas. De acordo com Rosa, Benício, Alves et al. (2007), o suporte social advém das relações sociais estabelecidas pelos pacientes. Em ambas as suas dimensões, formais e informais, essas relações sociais incluem as ligações com todos os indivíduos (família, amigos, vizinhos, colegas de trabalho, comunidade, etc.) e a convivência com pessoas com quem se tem uma vinculação familiar próxima e/ou um envolvimento afetivo. Nesse contexto, quanto mais as pessoas aproximam seus comportamentos dos modelos culturais de vida,

compartilhados pela comunidade, menor se apresenta sua pressão arterial e menores são os riscos de adoecer.

CAPÍTULO 3

MÉTODO

3.1. TIPO DE ESTUDO E LÓCUS DA PESQUISA

Trata-se de um estudo de campo, de cunho quantitativo e qualitativo, utilizando uma abordagem multi-métodos. A pesquisa foi realizada no Hospital Universitário Dona Francisca Mendes (HUFM), localizado na cidade de Manaus, no Estado do Amazonas. O HUFM é um hospital de atendimento público (SUS), equipado com um centro cirúrgico e com uma equipe especializada no atendimento cardíaco-cirúrgico. Foi inaugurado no dia 21 de junho de 1999, através de um contrato com a Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar para administração hospitalar (Pro-Saúde). Este hospital foi projetado para se tornar uma referência na região norte do Brasil, com atendimento nas especialidades ambulatoriais, Clínica Geral, Gastro-enterologia, Obstetrícia/Ginecologia, Pediatria, Endocrinologia e Oftalmologia (terceirizadas).

No final de 2001, já estavam funcionando a clínica cirúrgica e o centro cirúrgico, com exames especializados em mamografia e tomografia. No ano de 2002, começaram a ser realizadas cirurgias cardíacas, que chegaram a um total de 62, neste período. Neste mesmo ano, começaram a funcionar os setores de hemodinâmica e de ressonância magnética. Foi somente no ano de 2003 que, sob uma nova direção, o Hospital passou a ser dirigido pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM) e passou a ser denominado Hospital Universitário Francisca Mendes.

A primeira medida tomada foi a universalização da clientela, através da vinculação ao Sistema Único de Saúde (SUS) e da ampliação do número de consultórios e de especialidades. Foram então implantadas novas especialidades e serviços, tais como a

cardiologia, a ortopedia, a nutrição, o serviço social e a psicologia. O hospital é todo climatizado e possui 24 salas para os ambulatorios, todas em funcionamento e equipadas para a realização dos procedimentos médicos necessários nos dias úteis. As enfermarias possuem, no total, 46 leitos. A Unidade de Terapia Intensiva é equipada com 10 leitos. O horário de atendimento é de 06h30min às 17h30min, com atendimento ao público no período da manhã e à tarde.

Atualmente, o hospital está se estruturando para realizar cirurgias cardíacas em crianças e já foi instalado o serviço para receber córneas para transplantes. O HUFGM atende pacientes de todos os bairros da cidade de Manaus, sendo considerado como uma referência, no que diz respeito aos seus atendimentos.

3.2. AMOSTRA

A amostra foi do tipo não-probabilística e intencional, sendo constituída por 91 participantes, submetidos a procedimentos cardio-cirúrgicos ou que apresentavam risco cardíaco. Desse total, 31 responderam a entrevistas semi-estruturadas, de acordo com o critério de saturação proposto por Sá (1998). Os critérios de inclusão dos participantes na amostra foram: aceitar participar do estudo; ter idade mínima de dezoito anos; ter sido submetido ao ato cirúrgico; e pertencer a grupos de risco cardíaco.

3.3. INSTRUMENTOS

Para coleta de dados, utilizaram-se, sucessivamente, os seguintes instrumentos: Questionário Sócio-demográfico, Entrevista Semi-Estruturada e o instrumento *World Health Organization Quality of Life-BREF* (WHOQOL-BREF).

3.3.1. Questionário Sócio-demográfico

A aplicação deste questionário teve por finalidade obter os dados do perfil dos participantes da pesquisa, por meio dos seguintes itens: sexo, idade, situação conjugal, situação ocupacional, escolaridade, renda familiar, tempo de diagnóstico, tempo e uso de tratamento (ver Apêndice B).

3.3.2. Entrevista semi- estruturada

A entrevista semi-estruturada permite aos participantes a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem condições pré-fixadas pelo pesquisador (Triviños, 1987). O roteiro das entrevistas foi elaborado considerando três classes temáticas: cardiopatias, procedimento cirúrgico e qualidade de vida (consulte Apêndice C). O objetivo das entrevistas era a apreensão do significado que os participantes emitiam a respeito das temáticas em estudo. Todas as entrevistas foram gravadas, mediante permissão concedida anteriormente pelos participantes.

3.3.3. *World Health Organization Quality of Life-BREF*

A Organização Mundial de Saúde (WHO) elaborou o WHOQOL-100, na busca de um instrumento que avaliasse a qualidade de vida dentro de uma perspectiva

genuinamente internacional. Posteriormente, foi desenvolvido o WHOQOL-BREF, versão abreviada do WHOQOL-100, pela necessidade de instrumentos curtos que demandem pouco tempo para o seu preenchimento. Com base nisso, o WHOQOL-BREF é constituído por quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e ambiente) e por 26 ítems (Fleck et al., 1999) (Apêndice A). Os domínios e as facetas do WHOQOL-BREF estão descritos na Tabela 1:

Tabela 1. Domínios e facetas do WHOQOL-BREF

Domínios	Facetas
Domínio I – Físico	1. Dor e Desconforto
	2. Energia e fadiga
	3. Sono e repouso
	4. Sentimentos positivos
Domínio II – Psicológico	5. Pensar, aprender, memória e concentração
	6. Auto-estima
	7. Imagem corporal e aparência
	8. Sentimentos negativos
Domínio III - Relações sociais	9. Relações pessoais
	10. Suporte (Apoio) social
	11. Atividade sexual
	12. Segurança física e proteção
Domínio IV- Ambiente	13. Ambiente no lar
	14. Recursos financeiros
	15. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
	16. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
	17. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer
	18. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)
	19. Transporte

Tabela reproduzida de Fleck et al,(1999)

3.4. PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

O primeiro momento foi caracterizado por visitas ao local da pesquisa, para a apresentação da pesquisadora e dos objetivos do estudo, junto à direção do hospital. Em seguida, tratou-se da definição de uma sala, em um dos ambulatórios, para a aplicação dos instrumentos. A inclusão dos participantes foi realizada através da divulgação dos

critérios da pesquisa e das informações acerca do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D).

Foi estabelecido um *rapport* com os participantes, através do qual foram discutidas as questões referentes à sua participação e ao seu consentimento informado e prestadas as informações relevantes sobre o estudo. Em seguida, foram explicitados os objetivos, garantindo-se a confidencialidade de suas respostas e esclarecendo-se que os resultados não trariam prejuízos às suas atividades, uma vez que os dados seriam analisados em conjunto, resguardando a identidade de cada participante. A aplicação de todos os instrumentos foi feita de forma individual. Os instrumentos foram aplicados respeitando a seguinte ordem: (i) Questionário sociodemográfico, (ii) *WHOQOL-BREF* e (iii) Entrevista semi-estruturada.

3.5. PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Este estudo foi realizado considerando-se os aspectos éticos pertinentes a pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução nº 196/96. O projeto da pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), do Centro Universitário Nilton Lins, em Manaus, em conformidade com o *caput* do item VII, combinado com a alínea *a* do sub-item VII.13 e com a alínea *a* do sub-item IX.2.

3.6. PROCEDIMENTOS PARA A ANÁLISE DOS DADOS

3.6.1. Análise do questionário sócio-demográfico e do WHOQOL-BREF

Os dados coletados tanto pelo questionário sociodemográfico quanto pelo instrumento para Avaliação da Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF), foram

processados pelo pacote estatístico SPSS.15 (*Statistical Package for the Social Sciences* v.15.0) e analisados pela estatística descritiva (médias e desvios padrões) e inferencial (teste t).

3.6.2. Análise das Entrevistas

Inicialmente, foi efetuada a transcrição literal das entrevistas, garantindo-se a fidedignidade das verbalizações dos participantes. Em seguida, a análise das entrevistas foi feita de acordo com o método de análise de conteúdo, caracterizado por Bardin (2002). Para Bardin, a análise de conteúdo temático permite a compreensão crítica do sentido das comunicações, do seu conteúdo, seja ele latente ou manifesto. Segundo suas próprias palavras, este método consiste em:

(...)Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (...) (p. 42).

Para a realização da análise de conteúdo temático, fez-se necessário seguir algumas etapas operacionais: constituição do *corpus*, leitura flutuante, composição das unidades de análise, codificação e recortes. Essas etapas operacionais encontram-se descritas na Figura 2:

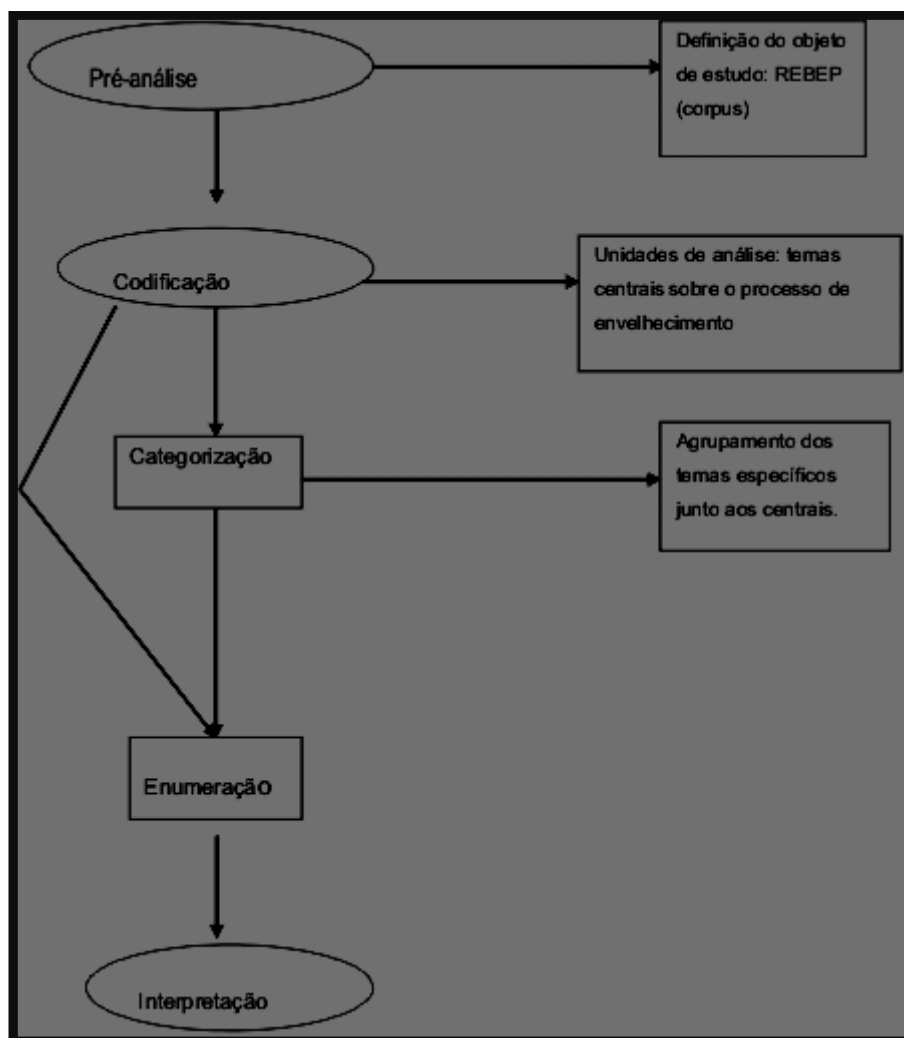


Figura 2– Etapas Operacionais da Análise de Conteúdo de Bardin (2002).

CAPÍTULO 4

DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

4.1. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS DO QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Tabela 2. Dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	Níveis	F(*)	%
SEXO	M	48	52,7
	F	43	47,3
IDADE	30 – 44	21	23,3
	45-59	27	30,0
	60-74	36	40,0
	> 75	6	6,7
SITUAÇÃO CIVIL	Casado/vivendo com companheiro	62	68,1
	Solteiro	5	5,5
	Viúvo	16	17,6
	Divorciado/separado	8	8,8

(*) Foram excluídos os valores referentes aos itens sem resposta.

Conforme pode ser observado na Tabela 2, a amostra foi caracterizada com os percentuais de 52,7% para o sexo masculino e 47,3% para o sexo feminino. A maior faixa etária ficou entre 60–74 anos (40,0%), enquanto a menor situou-se acima de 75 anos (6,7%), contemplando um intervalo que ia dos 33 aos 83 anos. Com relação à situação civil, em sua maioria os participantes eram casados ou viviam maritalmente (68,1%), enquanto 17,6% eram viúvos, 8,8% eram divorciados e/ou separados e 5,5% eram solteiros.

No tocante à faixa-etária, os resultados da presente pesquisa corroboram os que foram obtidos pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2005). Em seu relatório, esta organização aponta que o índice das doenças do coração é elevado,

girando em torno de 53% para o sexo masculino e de 47% para o sexo feminino. Isto demonstra que, na atualidade, existe uma aproximação entre as percentagens dos dois sexos, diferentemente do que afirmavam alguns estudos anteriores, que mencionavam uma prevalência maior das doenças cardíacas para o sexo masculino.

De acordo com a OPAS (2005), uma explicação plausível para esse dado pode estar no ritmo acelerado que a sociedade atual impõe às vivências cotidianas das pessoas, independentemente do sexo. Os dados da revelaram que, no ano de 2005, cerca de 3,6 milhões de mulheres morreram de doenças do coração. Dentre essas mortes, mais de oito em cada dez ocorreram em países de baixa e média renda.

Tabela 3. Situação Funcional, Nível de Escolaridade e Renda Familiar.

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	Níveis	F (**)	%
SITUAÇÃO FUNCIONAL	Dono (a) de casa	15	16,5
	Empregado	39	42,9
	Desempregado	2	2,2
	Aposentado	31	34,1
	Não informou	04	4,3
NÍVEL DE ESCOLARIDADE	Analfabeto	9	9,9
	Ensino Fundamental	27	29,7
	Ensino Médio	35	38,5
	Ensino Superior	20	22,0
RENDA FAMILIAR (*)	1 Salário	9	9,9
	2 a 3 salários	16	17,6
	4 a 5 salários	12	13,2
	maior do que 5 salários	48	52,7

(*) O salário mínimo brasileiro de referência 2007/2008 R\$380,00

(**) Foram excluídos os valores referentes aos itens sem resposta.

Em relação à situação funcional (Tabela 3), 42,9% dos participantes encontravam-se empregados e exerciam atividades em diversas áreas, tais como: vendedores, representantes comerciais, biólogo, administrador, médicos, serviços da construção civil (pedreiros), autônomos, etc. Além disso, 34,1% encontravam-se

aposentados, 16,5% eram donas de casa e 2,2% estavam desempregados. Quanto ao nível de escolaridade, a maioria (68,2%) se inseria nos níveis fundamentais e médios. De maneira mais detalhada, 38,5% possuíam o ensino médio, 29,7 % o ensino fundamental, 22% o ensino superior e 9,9% eram analfabetos.

No que tange à renda familiar, foi observado que a maioria dos participantes tinha uma renda familiar acima de cinco salários mínimos (52,7%). Isto serviu para caracterizar a amostra como pertencente à classe média.

Tabela 4. Tempo de Diagnóstico e Tempo de Tratamento.

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	Níveis	<i>F</i> (*)	%%
Tempo de diagnóstico	1 - 9 anos	51	56,7
	10 - 19 anos	21	23,3
	20 - 29 anos	9	10,0
	> 30 anos	9	10,0
Tempo de tratamento	1 - 9 anos	55	61,1
	10 - 19 anos	20	22,2
	20 - 29 anos	7	7,8
	> 30 anos	8	8,9

(*) Foram excluídos os valores referentes aos itens sem resposta.

Na Tabela 4, verificam-se os dados quanto ao tempo de diagnóstico e ao tempo de tratamento. No que se refere ao tempo de diagnóstico, o maior índice foi de 56,7%, na faixa de 1 – 9 anos, seguido de 23,3%, na faixa de 10 – 19 anos e de 10,0%, entre 20 – 29 anos. Quanto ao tempo de tratamento, 61,1% situaram-se na faixa de 1 – 9 anos, 22,2 % na faixa de 10 -19 anos e 7,8% entre 20 - 29 anos. Com base nestes

dados, pode-se concluir que o tempo de diagnóstico se aproximou do tempo de tratamento.

Tabela 5. Uso de Medicamentos.

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	Níveis	F	%
Uso de medicamentos	SIM	79	86,8
	NÃO	12	13,2

Quanto ao uso de medicamentos, a Tabela 5 mostra que, após o procedimento cirúrgico, 86,8% dos pacientes faziam uso de algum tipo de medicação. Neste caso, pelo fato da cardiopatia ser uma doença crônica, considera-se que a medicação ajuda a manter a qualidade de vida. Por outro lado, os 13,2% que não utilizavam nenhum medicamento eram, na sua maioria, pertencentes ao grupo de risco. Durante o desenvolvimento da pesquisa, observou-se que a maioria das pessoas tinha consciência da necessidade de adesão ao uso de medicamento. Enquanto isso, o grupo de hipertensos não sentia a necessidade de tratamento medicamentoso, negando que a hipertensão pudesse levá-los a desenvolver algum tipo de cardiopatia. Esse pensamento contraria os dados da OPAS (2005) e da WHO (2005), que consideram a hipertensão como um fator de risco importante para o estabelecimento de algum tipo de cardiopatia, afetando entre 8% e 30% da população.

Tabela 6. Variáveis Sócio-demográficas: Saúde e Cuidados.

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	Níveis	F	%
Como está sua saúde	Muito boa	11	12,1
	Boa	48	52,7
	Nem ruim nem boa	17	18,7
	Fraca/muito ruim	14	15,4
Existem outros problemas de saúde	Sim	81	89,0
	Não	10	11,0
	Ambulatório	73	80,2
Regime de cuidados	Internação	7	7,7

*Dados incompletos foram omitidos

Em relação ao item sobre a saúde (Tabela 6), 64,8 % dos participantes acreditavam ter uma saúde satisfatória, 18,7% a consideraram como nem ruim nem boa e 15,4 % informaram ter saúde fraca ou muito ruim. Vale ressaltar que as pessoas que afirmaram ter uma saúde satisfatória foram as que se submeteram à uma cirurgia cardíaca e estavam fazendo o controle através de medicação, diariamente. De acordo com os relatos apreendidos nas entrevistas, este mesmo grupo passou adotar um novo estilo de vida, que incluía atividades como: ritmo de vida menos acelerado; maior cuidado do corpo; mais atenção para a sua família; menor importância aos problemas; e minimização do estresse.

Quanto ao item *outros problemas de saúde*, 89% dos participantes indicaram possuir outros problemas, acompanhando os males do coração, como diabetes, hipertensão, colesterol, etc., enquanto 11% afirmaram não possuir nenhum outro comprometimento com a saúde. Isto ilustra o quanto as doenças do coração estão relacionadas com outras patologias, dificilmente manifestando-se sozinhas.

Com referência ao *regime de cuidados*, pode-se observar que 80,2% dos participantes está em tratamento ambulatorial periódico. Este fato é muito comum na

maioria destes pacientes, uma vez que os problemas cardíacos entram no rol das epidemias, conforme ilustram os dados da OPAS (2005) e da WHO (2005).

Convém destacar que os cuidados nutricionais preconizados pelos profissionais da saúde têm sido direcionados para uma dieta balanceada, rica em verduras e frutas, exercícios físicos moderados e controle do açúcar, além de evitar gorduras e procurar exercer um controle permanente desses fatores. Torna-se evidente que, na presente dissertação, os percentuais achados vêm confirmar que a prevalência de outras doenças oportunistas se dá quando não houver medidas preventivas e cuidados básicos essenciais, que remetem a um novo estilo de vida, conforme as recomendações extraídas das diversas pesquisas no âmbito da cardiologia (Brasil, 2005).

Através deste estudo, pode-se observar que a maioria da amostra estudada possui um ritmo de vida bastante acelerado, associado à falta de cuidados com a sua saúde. Essas características são resultantes dos modos de viver, que envolvem hábitos culturais, dentre os quais se destacam os hábitos alimentares, o consumo de bebidas alcoólicas, o tabagismo, as formas de trabalho e de desgaste físico. Estes resultados são corroborados pelos relatos das entrevistas.

Além disso, deve ser levado em conta o estresse psicológico condicionado à rotina do cotidiano. Estudos recentes alertam sobre a importância de identificar o estresse emocional, para evitar uma crise hipertensiva que, muitas vezes, é resultante de eventos apresentados no ambiente onde o sujeito está inserido (Lipp, 2000). Em função disso, torna-se necessário que os profissionais de saúde atentem para os fatores emocionais negativos, que podem estar associados às doenças cardiovasculares. Dentre estes fatores, podem-se destacar as relações afetivas, as situações de trabalho e a morte de um ente querido.

4.2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS DAS ENTREVISTAS

Após o processamento dos dados, foi feita a análise das unidades temáticas das três classes, *cardiopatias*, *procedimento cardio-cirúrgico* e *qualidade de vida*, por intermédio de três especialistas. Os resultados apresentaram 07 categorias empíricas, 21 subcategorias e 521 unidades de conteúdo temático, conforme pode ser observado na Tabela 7.

Tabela 7 - Classes Temáticas, Categorias e Sub-Categorias Emergentes.

CLASSE	CATEGORIA	SUBCATEGORIA	f	%
CARDIOPATIA 45,3%	1.Estilo de Vida 42,4%	1.1.Pré-cardiopatias	69	69,0
		1.2.Pós-cardiopatias	31	31,0
		Sub-total	100	100,0
	2.Vivenciar o processo da dor 57,6%	2.1.Do despertar ao diagnóstico	50	36,8
		2.2.Deparando-se com o inevitável	55	40,4
		2.3.Reflexão sobre o procedimento cardio-cirúrgico	31	22,8
	Sub-total	136	100,0	
	Classe CARDIOPATIA	236	45,3	
PROCEDIMENTO CÁRDIO-CIRÚRGICO 23,8%	3.Hospitalização 42,7%	3.1.Sofrimento psíquico	33	62,3
		3.2.Manifestações psicoafetivas	20	37,7
		Sub-total	53	100,0
	4.Relações Sociais 57,3%	4.1.Familiar	10	14,0
		4.2.Amigos	08	11,4
		4.3.Equipe de saúde	30	42,2
		4.4.Apoio espiritual	23	32,4
		Sub-total	71	100,0
		Classe PROC. CARDIO-CIRÚRGICO	124	23,8
	QUALIDADE DE VIDA 30,9%	5.Físico-ambiental 55,3%	5.1.Habitação	16
5.2.Alimentação			12	13,5
5.3.Lazer			21	23,5
5.4.Ocupação			05	5,6
5.5.Cuidados com a saúde			35	39,4
Sub-total			89	100,0
6.Psicossocial 21,1%		6.1.Afeto	21	61,7
		6.2.Auto-estima positiva	13	38,3
		Sub-total	34	100,0
7.Projeto de vida 23,6%		7.1.Trabalho e dinheiro	11	28,9
		7.2.Saúde	12	31,5
		7.3.Valorização da família	15	39,6
		Sub-total	38	100,0
	Classe QUALIDADE DE VIDA	161	30,9	
Total Geral			521	100,0

As 07 categorias empíricas receberam as seguintes denominações: estilo de vida, vivenciar o processo da dor, hospitalização, relações sociais, físico-ambiental, psicossocial e projeto de vida. Por sua vez, as 21 subcategorias foram assim denominadas: pré-cardiopatia, pós-cardiopatia, do despertar ao diagnóstico, deparando-se com o inevitável, reflexão sobre o procedimento cardio-cirúrgico, sofrimento psíquico, manifestações psicoafetivas, familiar, amigos, equipe de saúde, apoio espiritual, habitação, alimentação, lazer, ocupação, cuidados com a saúde, afeto, auto-estima positiva, trabalho e dinheiro, saúde e valorização da família.

Por meio da Figura 3, observa-se que a classe temática *cardiopatia* reuniu 45,3% dos recortes das unidades temáticas enunciadas pelos participantes. O *procedimento cardio-cirúrgico* aglutinou 23%, enquanto a classe temática *qualidade de vida* totalizou 30,9% das unidades temáticas.

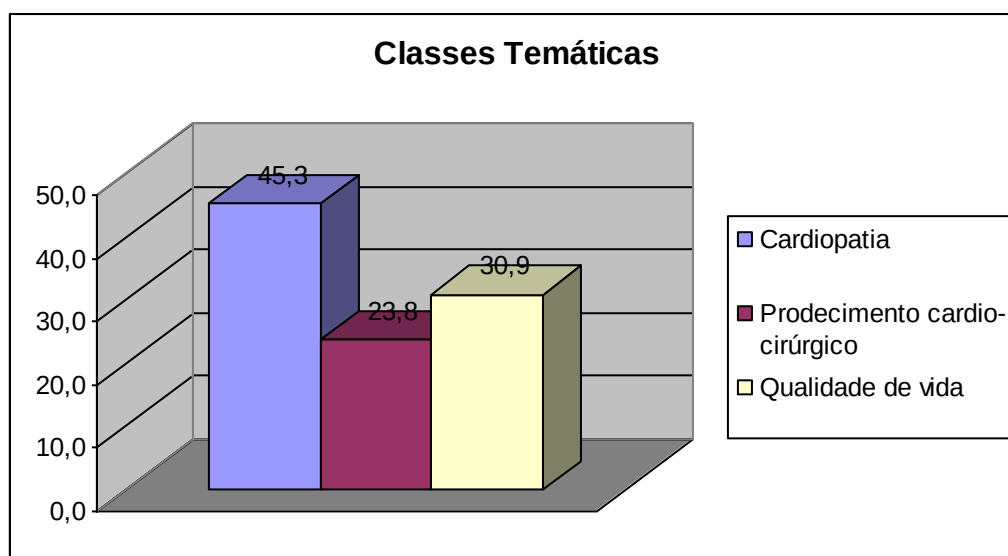


Figura 3. Percentuais das Classes Temáticas.

A primeira classe, *cardiopatía* (43,3%), apresentou-se como a mais representativa, refletindo o momento vivido pelos participantes da pesquisa. Esse momento foi considerado como o mais crítico, por apresentar peculiaridades da vida individual, tanto na pré-cardiopatía quanto na pós-cardiopatía. Tais peculiaridades incluíam o contexto vivido, a história clínica, o diagnóstico, as ansiedades, as medidas a serem tomadas, as emergências que cada caso requer, a marcação da cirurgia e o prognóstico.

A segunda classe, *procedimento cardio-cirúrgico*, que retrata as vivências dos pacientes relacionadas ao procedimento cirúrgico, foi a que apresentou o menor percentual, quando comparada com as demais (23,8%). Tais vivências abrangem os sentimentos associados à avaliação da importância da cirurgia, a dor e o sofrimento psíquico que passam a existir a partir da hospitalização, a necessidade de suporte social por parte da família e dos amigos, as relações médico-paciente e o sentimento de inabilidade frente às situações pré e pós-operatória, entre outras. Todos estes fatores servem para definir esta classe como a mais delicada, por caracterizar o ato cirúrgico em si mesmo e por toda a vulnerabilidade que este momento revela. Esta classe foi também definida pelos participantes como a mais dolorosa e a que mais originou fantasias sobre a doença e sentimentos contraditórios sobre a vida e a morte.

A terceira classe, *qualidade de vida*, apresentou o segundo percentual (30,9%), sendo caracterizada como positiva, tendo em vista que os participantes obtiveram uma melhora significativa, em comparação com a classe de procedimento cardio-cirúrgico. Através dos recortes das falas apreendidas pelas entrevistas, observa-se que, antes do procedimento cirúrgico, não havia qualidade de vida. Por outro lado, após o procedimento, os cirurgiados consideraram possuir uma melhor QV, por

apresentarem melhor disposição físico-orgânica e pelo aumento dos cuidados com a saúde, reeducação alimentar e controle do estresse.

Conforme mostra a Figura 4, a primeira classe temática, *cardiopatias*, subdividiu-se em duas categorias: *Estilo de Vida*, com 42,4% dos enunciados e *Vivenciar o processo da dor*, com 57,6%.

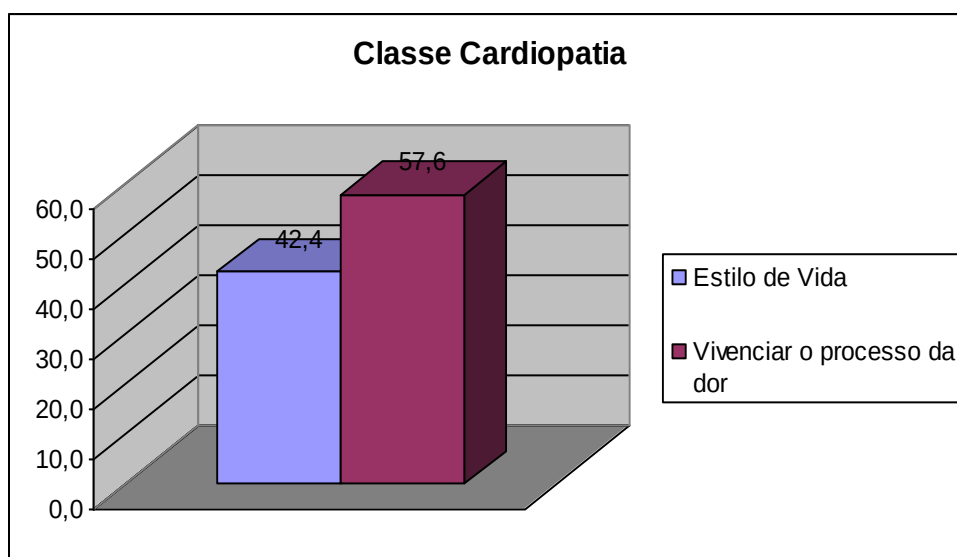


Figura 4. Percentagens das categorias da classe temática *Cardiopatias*.

Na primeira categoria, *estilo de vida*, emergiram duas sub-categorias: *estilo de vida pré-cardiopatias*, com 69% das unidades temáticas, e *estilo de vida pós-cardiopatias*, com 31%, de acordo com a Tabela 8:

Tabela 8. Distribuição das frequências e percentuais da categoria *Estilo de Vida*.

CATEGORIA / SUBCATEGORIA	<i>f</i>	%
Estilo de Vida		
1.1. Pré-cardiopatias	69	69
1.2. Pós-cardiopatias	31	31
Total Geral	100	100,0

Os extratos das falas apreendidas pela entrevista exemplificam o estilo de vida relacionado aos períodos que antecederam e sucederam à doença cardíaca. No estilo de vida pré-cardiopatia, a frequência pode ser visualizada a partir dos seguintes recortes das unidades temáticas:

(...) eu tinha uma vida bastante agitada (6) estressada () eu fazia faculdade (2) eu cursei Biologia terminei em 2005 () eu trabalhava no hospital () eu dava plantão duas vezes na semana (2) eu tinha que cuidar da casa () pra cuidar do filho () cuidar da empregada () sair do trabalho () era um aperreio para mim (2) o trânsito também era bastante complicado () corria pra todo lado (3) pra defender a monografia (2) na hora de apresentar pros doutores da banca () depois disso passado um mês que acalmou tudinho () foi que veio a recaída cardíaca () o infarto né () foi um acúmulo de coisas do dia-a-dia () eu não regrava não () almoçava comia pouco () não dormia direito () então foi o que mais me abalou foi isso né () e o nervoso né (2) vida muito apreensiva () era muito ruim () não podia fazer nada () trabalhei toda vida em construção civil (2) desde 18 anos até hoje (2) é um serviço muito pesado (6) é muito concorrido () é muito cruel (6) calcular projetos () minha vida há uns 5 anos atrás era muito boa (2) trabalhava (2) mas depois de 5 anos pra cá minha vida piorou () comecei a cansar (2) aí o médico descobriu que era o fumo () era do pulmão () passei dois anos em tratamento () passei dois anos sem trabalhar () com seis anos que eu tinha feito esse tratamento (...).

Observa-se que os participantes revelaram um estilo de vida pré-cardiopatia bastante agitado. Sobrava pouco tempo para a auto-realização, devido à rotina estressante do dia-a-dia e à ausência de tempo para a alimentação, considerada como um fator importante, que estava sendo negligenciado.

A vida moderna exige bastante tempo para o desenvolvimento de várias atividades. Nesse sentido, todos os participantes procuravam se superar para dar conta de tantos compromissos, pois não conseguiam dizer não ao ritmo frenético gerado pela vida moderna. De acordo com as falas, este contexto social tem propiciado uma

vulnerabilidade quanto às doenças cardiovasculares, que ocorrem quando há falta de cuidado, mesmo diante da existência de tratamentos anteriores ao período pesquisado.

Conforme destacado nos recortes das falas, observa-se que o ritmo de vida que os cardiopatas levavam era o prenúncio de um acometimento cardíaco, devido à constatação de fatores de risco. O ritmo de vida estava totalmente acelerado e, embora as próprias pessoas percebessem essa aceleração, não conseguiam parar. Tinham que desenvolver várias atividades ao mesmo tempo, a fim de darem conta de tudo, do trabalho, da faculdade, do filho, da empregada e do trânsito, entre outras. A sobrecarga de tarefas diárias e rotineiras acabava por gerar um desgaste físico e mental, causando uma sequência de perdas e frustrações que colaboravam para o processo de adoecimento.

Autores como Delboni (1996) e Lipp (2000) enfatizam a importância do controle do estresse, para que se possa manter uma menor prevalência de algumas patologias. Uma vez que o estresse possui uma relação íntima com a função imunológica, o seu controle pode ajudar na melhoria da qualidade de vida.

Mello Filho (1992) também salienta a necessidade de compreendermos as doenças psicossomáticas, que podem ser desencadeadas por vários fatores e, por seu lado, podem levar as pessoas a várias outras doenças. Selye (1959) adverte que o desgaste emocional das pessoas, no cotidiano, pode desencadear o desenvolvimento do estresse, o qual se torna praticamente impossível de ser afastado dos tempos modernos. Pode-se observar, através dos relatos, que apesar dos eventos estressantes serem percebidos, os participantes ficam imobilizados quanto às medidas preventivas que poderiam tomar para o alívio do estresse.

O estresse é um fator fortemente relacionado ao desenvolvimento de doenças pré-existentes, colaborando de modo direto para que elas aconteçam ou mesmo ocasionando sua reincidência. A própria condição de doença já é estressante, principalmente quando, no momento de sua ocorrência, acontecem outras perdas, como as relacionadas a problemas no trabalho, perdas financeiras e instabilidade profissional (Helman, 1994).

De acordo com a Tabela 7, a análise de conteúdo revelou, ainda dentro da classe temática cardiopatia e na categoria estilo de vida, a segunda subcategoria, denominada de *pós-cardiopatia*. As verbalizações dos participantes apontam as trocas afetivas com os amigos e familiares como constituindo um suporte social e familiar necessário para o enfrentamento da doença. Além disso, mencionam a diminuição das tarefas e a minimização das preocupações, sempre que possível, a fim de conseguirem uma redução do estresse e uma vida mais tranqüila:

Pós – Cardiopatia:

(...) uma vida tranqüila () não é dizer que não me agito () que eu não tenho estresse mais em relação hoje é 10% do estresse() hoje a minha vida mudou muito () hoje eu curto mais do que antes a família () se antes eu já curtia () hoje eu curto muito mais () eu não me preocupo com a casa () eu me preocupo se a casa tá limpa ou se tá suja () se eu tenho o que comer () se não tem mais a vida vai levando (2) eu tenho um ministério da família () trabalho com casais (3) sou palestrante (2) já tenho 23 anos de casado () e hoje levo uma vida totalmente diferente da que eu levava antes (2) mais cuidado com a saúde () medo de morrer () qualquer coisa corre ao médico (4) eu vejo que a prevenção é muito importante na vida do ser humano () porque por exemplo o câncer se você detecta no começo dele tem cura () mas depois que ele enraizar aí pronto () acabou-se (...).

Os participantes relatam algumas mudanças imprescindíveis para a melhoria da qualidade de vida, uma vez que observam, através da experiência, que é necessária a prevenção. Na medida do possível, procuram evitar as atribulações da vida, através de mecanismos de defesa que possam preservar a sua saúde. Existe um reconhecimento da nocividade das cardiopatias, com os participantes relacionando-as ao estigma do câncer, que, se não for detectado no início, pode levar à morte. Através de estudos empíricos, McKenna et al. (2006) explicam esta tendência de vinculação com a morte pela ênfase dada, nas percepções dos pacientes, a vários aspectos de sua vida e não exclusivamente à avaliação do seu estado de saúde. Por outro lado, os elementos vistos como mantenedores da estabilidade da saúde são revelados como o temor à morte, a atenção integral à saúde, a dedicação à família, a comunicação de suas mudanças para com os outros e a busca de estabilidade emocional, através do autocontrole do estresse.

A segunda categoria da classe *cardiopatia* foi denominada *vivenciar o processo da dor*. Nesta categoria, emergiram unidades temáticas que acompanharam temporalmente a experiência do adoecimento e permitiram a formulação de reflexões sobre a cardiopatia. Esta categoria subdividiu-se em três subcategorias: *do despertar ao diagnóstico*, com 36,8% das falas, *deparando-se com o inevitável*, que agrupou 40,4%, e *reflexão sobre o procedimento cardio-cirúrgico*, com 22,8% das unidades temáticas, conforme Tabela 9:

Tabela 9. Distribuição das frequências e percentuais da categoria *Vivenciar o processo da dor*.

SUBCATEGORIA	<i>f</i>	%
2.1.Do despertar ao diagnóstico	50	36,8
2.2.Deparando-se com o inevitável	55	40,4
2.3.Reflexão sobre o procedimento cardio-cirúrgico	31	22,8
Total Geral	136	100,0

Na categoria *vivenciar o processo da dor*, os participantes assinalam a necessidade da consciência da sua nova condição, de ser doente, vendo-se frente à inevitável emergência do tratamento. Ou seja, a vivência de sua dor possibilita a reflexão sobre o contexto das particularidades do adoecer, do tratamento cardiológico e do procedimento cirúrgico. Essas inferências podem ser constatadas por meio dos seguintes relatos:

Do despertar ao diagnóstico:

(...) com alguns minutos que eu tive do infarto () eu estava dormindo () eu acordei (2) com uma dor no peito (4) e o Doutor patologista me classificou uma angina adormecida () com um espaço de 10 minutos () 5 minutos mais ou menos eu vi que eu tava enfartando (2) e fui até o colégio onde a minha mulher trabalha () Lá ela pegou o volante e levou o carro até o 28 de agosto () a Doutora que me deu toda assistência (3) foi tudo muito rápido () foi tudo muito fácil () através desses próprios colegas me encaminharam pra lá () conseguiram um leito () e eu fui para lá a ambulância () me levou e quando eu cheguei (2) começaram os remédios (2) eu passei 30 dias sem saber realmente o que eu tinha () sem ninguém() até que me levaram para fazer o cateterismo (2) pediram para eu não me mexer durante 24 horas (3) depois o Doutor foi lá comigo na enfermaria () cardíaco () diabético () eu sentia uma dor desconhecida () pra mim eu poderia entrar em pânico numa hora pra outra () fiz uma desobstrução () assim eu tinha medo da consequência () do que eu ia fazer essa cirurgia () quando se trata de coração é meio apavorante () desespero (2) tinha que ser hospitalizado () eu ria pra ele pra não chorar () porque eu tinha quase certeza que eu não ia mais voltar () eu ia morrer porque a gente ouve dizer () fulano enfartou () mas até hoje eu vivo (...).

Pode-se perceber que o desespero é palco das representações dos sentimentos vividos no período que antecede a cirurgia; que os primeiros procedimentos são invasivos e dolorosos; e que ocorrem outros problemas relacionados, como por

exemplo, a diabetes, como consequência, muitas vezes, de hábitos alimentares inadequados. A vivência do sofrimento físico e psíquico desencadeia uma profusão de sentimentos sobre o viver e o morrer, com a própria vida após o infarto soando como inesperada.

Segundo Selye (1959), o medo da morte surge quando as pessoas lidam com situações críticas da vida. É o caso das doenças crônicas, dentre as quais se destacam as cardiopatias, que geram angústia, dor e desespero, em função das perdas e frustrações experienciadas. O medo da morte aparece, com muita ênfase, por conta do procedimento cirúrgico e das próprias condições físicas e psíquicas manifestas.

Para Dalgalarondo (2000), o medo não é considerado uma emoção patológica, mas algo universalmente estabelecido pela sociedade. Significa nada mais que uma progressiva insegurança, que chega à angústia, à impotência e à invalidez, frente a uma situação que se desconhece e não se sabe o que fazer para evitar.

Nos recortes agrupados na subcategoria *deparando-se com o inevitável*, observa-se a dificuldade que os pacientes têm de lidar com o enfrentamento da cirurgia. Essa dificuldade advém do fato da cirurgia levá-los a uma incerteza perante a vida, pois a estranheza da situação os apavora e o medo de ficarem sozinhos implica em não obterem a ajuda necessária para serem resgatados:

Deparando-se com o inevitável:

(...) falou que meu caso era cirúrgico (2) que o caso era muito grave (5) falaram pra minha esposa () abalou () o W. foi uma das pessoas que jamais eu vou esquecer () foi muito difícil (2) uma pessoa do jeito que o Sr. W. geralmente a gente não opera () a gente manda pra casa () pra que a própria natureza se encarregue da situação () a gente toma remédio () a gente ficar muito sensibilizado (2) a gente fica fragilizado (2) de vez em quando eu chorava muito de madrugada (2) quando eu me vi na UTI () todo

cortado () mutilado (2) eu chorava muito (2) eu queria entender aquilo () mas na hora não conseguia () a gente desconhece () fica muito difícil () me causava pânico (3) eu ficava muito nervoso () eu me senti com medo (4) eu não dava demonstração () para preocupar pois essa daí (aponta para a mulher) já tava também com problemas () foi logo recente ela foi em outubro e eu fui para o hospital em março tava recente a cirurgia dela () eu sentindo pânico () não vou te dizer que vivo bem () eu vivo muito apreensiva () tenho medo de ficar só (4) eu tenho medo de andar só () eu fico muito nervosa (2) eu tenho assim uma impressão que eu vou enfartar de repente () morrer e só () quando eu estou só entro em pânico (...).

De acordo com os relatos, os participantes aproveitam para pensar na morte antes mesmo da possibilidade efetiva da sua ocorrência. Neste sentido, os pacientes utilizam o tempo da doença para refletir sobre a sua própria finitude, independentemente da possibilidade de encontrarem a morte ou terem uma vida prolongada.

Na visão de Kübler–Ross (1998), essa amalgamação de sentimentos leva a uma fragilização emocional, a uma necessidade de proteção, pelo desespero desencadeado pela ameaça iminente da morte. Para Romano (1999), o medo universal da morte faz com que, inconscientemente, a visualizemos como algo que nunca irá nos atingir. A falta de conhecimento sobre a verdadeira condição de saúde é o que estimula a fantasia dos doentes, mobilizando-os para a produção de sentimentos irracionais, principalmente de medo. Para Mello Filho (1992), o conhecimento da doença reforça os sentimentos de cooperação, confiança e esperança, enquanto a pouca informação agita e causa ansiedade nos pacientes, conforme mostram os enunciados a seguir:

Reflexão sobre o procedimento cardio-cirúrgico:

(...) depois da cirurgia feita (2) que eu fui a uma das consultas com o Doutor () tinha dois médicos acadêmicos no consultório () ele disse () olha esse aqui é o Sr. W. () ele entrou na sala de operação com 30% de chance de vida (2) fique muito feliz () emocionado na hora que ele falou () porque eu nunca vi na história da medicina () um médico dizer () olha se esse é o caso que a própria natureza se encarrega () vamos tentar salvar (2) conseguiu (2) entrei com 30% de chance na sala de operação () hoje não, hoje eu tô mais calmo () eu sou nervoso (2) fui me acalmando () e melhorei () eu me sinto bem () com todos os problemas da vida eu me sinto bem () me sinto seguro () eu busco () quando dizem que para caminhar () eu tenho mais preguiça de fazer, mas eu vou () eu quero buscar essa qualidade de vida () quero viver bem (...).

Após a intervenção cirúrgica, nota-se que a emoção permanece de modo significativo, bem como os medos frente à nova etapa da vida. Nesta nova fase, os participantes relataram que, mesmo frente a inúmeras dificuldades, surge o sentimento de felicidade, pelo fato de estarem vivos. Esse sentimento de felicidade acontece mesmo com as limitações e incertezas quanto ao futuro, uma vez que saúde e doença, vida e morte e bem e mal, são antagonismos pertinentes ao ser humano e, por isso, vão estar presentes na situação, podendo gerar resistências psicológicas.

Para Bragal e Cruz (2003), a despeito das crises, enfermidades e incertezas do dia-a-dia, algumas pessoas são capazes de manter o equilíbrio psicológico. Para elas, os eventos que poderiam ser vistos como ameaçadores são interpretados com significados positivos e/ou fortalecedores. Nesse contexto, a vida passa a ser vivida como um dia de cada vez, mas de uma forma responsável, com a perseverança e a disciplina vindo em primeiro lugar, como forma de antídoto necessário para a manutenção da vida.

A segunda classe temática, *procedimento cardio-cirúrgico*, subdividiu-se em duas categorias. A primeira foi denominada de *Hospitalização*, com 42,7% dos recortes, enquanto a segunda foi chamada de *Relações Sociais*, aglutinando 57,3 % das falas dos participantes, conforme a Figura 5:

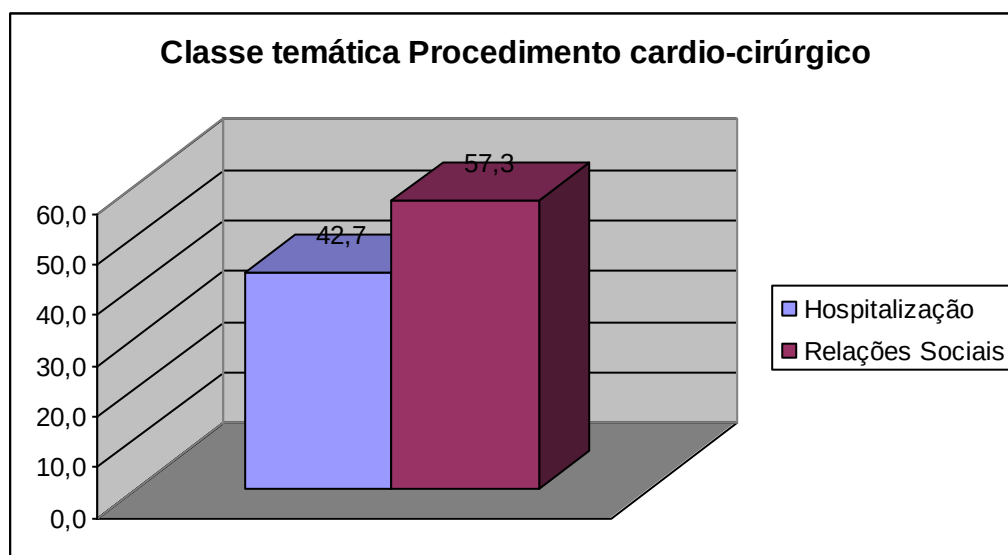


Figura 5. Percentagens das categorias da classe temática *Procedimento Cardio-cirúrgico*.

Os significados sócio-afetivos que as pessoas cardíacas possuem acerca dos procedimentos cardio-cirúrgicos, prevaleceram em relação aos aspectos centrados na própria hospitalização. Isso é importante, uma vez que a hospitalização é um momento crítico e delicado na vida das pessoas, e tem características peculiares, sobretudo quando se fala em cirurgia cardíaca.

A experiência da hospitalização é bastante complexa, gerando ansiedade, estresse, identificação de negligência e exposição da pessoa à condição de doente. Estes aspectos demonstram o quanto este processo ocasionou interferências na vida dos participantes deste estudo, através dos recortes das verbalizações encontradas nas entrevistas. Com efeito, os doentes relataram dificuldades tanto durante o processo de

hospitalização, como na forma de enfrentamento, que surge principalmente amparada pela equipe de saúde. Pode-se perceber que o papel da equipe hospitalar é muito importante para a promoção da saúde, na medida em que encara a tarefa de cuidar com responsabilidade, partindo da valorização humana e do desenvolvimento da escuta complacente. Esse tipo de atuação da equipe hospitalar transparece tanto no discurso verbal quanto no discurso não-verbal dos participantes, quando relatam, por exemplo, que lhes resta somente 30% de chance de sair com vida da sala de cirurgia, de uma maneira carregada de emoção. A vulnerabilidade, devido à condição de doença, é ratificada através do sofrimento psicológico e da dor fisiológica, que formam o conjunto de fatores que se articulam no contexto hospitalar, podendo determinar o quadro geral dos pacientes.

De acordo com a Tabela 10, da primeira categoria *hospitalização* emergiram duas subcategorias: *sofrimento psíquico*, com 62,3% das unidades temáticas, e *manifestações psico-afetivas*, com 37,7%. A segunda categoria diz respeito às *relações sociais*, com as subcategorias *familiar*, com 14% de unidades temáticas, *amigos*, com 11,2%, *equipe de saúde*, com 42,2% e *apoio espiritual*, com 32,4% (Tabela 11).

Tabela 10. Distribuição das frequências e percentuais da categoria Hospitalização.

SUBCATEGORIA	<i>f</i>	%
3.1.Sofrimento psíquico	33	62,3
3.2.Manifestações psicoafetivas	20	37,7
Total Geral		100,0

Na subcategoria *sofrimento psíquico* 62,3% dos participantes relataram o sofrimento frente ao procedimento cirúrgico, enquanto 37,7% manifestaram a necessidade do amparo de familiares e amigos frente a este momento. O estudo de Trucharte, Knijnik, Sebastini e Angerami–Camon (2003) demonstrou a dificuldade que o paciente tem de ficar afastado das coisas das quais depende a manutenção do seu bem-estar mental. Isto vale tanto para a perda de contato com as pessoas que lhe são queridas, como para a ausência do lar, da cama, do quarto, das roupas e dos alimentos. Ao invés da rotina familiar, ligada às pessoas e às coisas, o paciente é inserido no meio de pessoas que lhe são estranhas e de circunstâncias novas. As suas referências se tornam ausentes, mesmo que ele aparentemente demonstre controle, até mesmo dos objetos pessoais. Esses fatos podem ser compreendidos através dos seguintes relatos:

(...) olha é muito triste quando falam assim em hospital (2) a gente vê pessoas sofrendo (4) a gente não pode ajudar () causa muita tristeza () eu fico em pânico quando se trata de hospital assim de governo (2) a gente já vai com medo () foi um pânico pra mim eu saí de casa no dia 12 de agosto e voltei no dia 14 de dezembro () passei quatro meses no hospital, então eu já tinha assim o clima o que é hospital (3) a gente vê muita coisa sabe (3) eu já tinha mais ou menos o que era um hospital () esse ano quando tive no Francisca Mendes (2) eu não tive tanto pânico () eu me senti triste abalada porque hospital é hospital () apesar de eu ter ido várias vezes para hospital (2) o hospital traz pra gente, assim uma coisa negativa () eu acho assim sei lá acho que a gente entra no hospital com aquele mal-estar () com aquele remorso () a gente fica abalada (2) mas graças a Deus eu saí numa boa (2) não totalmente mas me sinto bem (...).

Pode-se observar que, de maneira geral, o sofrimento oriundo da hospitalização leva os pacientes a adquirir um sentimento de impotência, devido à permanência duradoura. Dependendo do quadro que a patologia exhibe, o período de

hospitalização pode causar mal-estar e insegurança, com relação à sua própria saúde. Frente à nova realidade, quando a dor interior pode manifestar-se sob a forma de remorso, atrelado a um sentimento de culpa, o sentir-se bem é uma vitória.

Ao ser hospitalizado, o paciente sofre um processo de despersonalização, deixando a sua identidade e passa a ser um número de leito ou alguém portador de determinada patologia. Por isso, diz Angerami (1984), há necessidade de uma permanente reformulação, no tocante às questões relativas à hospitalização. E se essa reformulação se mostra necessária quando a doença for temporária, no caso das doenças crônicas ela implica uma total reestruturação.

Na prática clínica multidisciplinar, a humanização hospitalar faz-se necessária, mediada pelo apoio da instituição, que deve considerar não só a reabilitação orgânica, mas, sobretudo, o restabelecimento da dignidade humana. Para tanto, a prática acadêmica e a prática institucional não são suficientes, necessitando-se apreender, dos pacientes, sua dor, sua angústia, seu sentimento da realidade como um todo e, principalmente, as possíveis seqüelas que emergem dos fatores emocionais decorrentes da hospitalização (Trucharte et al., 2003):

(...) enfermeiras iam lá confortavam () faziam carinho () não só em mim (2) limpava a gente mas com muita seriedade (4) gostava muito () fiz isso com muita gente () mas eu nunca me vi numa situação dessa (2) de precisar (2) sempre ajudando (3) o pessoal fazendo tudo () e então a gente colhe aquilo que a gente planta () aprendi muita coisa boa com muita gente (2) eu me senti seguro () pela atenção (2) pela dedicação dos profissionais () paciência (...).

Os recortes das unidades temáticas mostram a importância das relações sociais, advindas a partir da experiência da cirurgia cardíaca, para a manutenção das manifestações psico-afetivas. Sua importância decorre, principalmente, devido ao fato de que a família, os amigos e a equipe de saúde geram segurança, conforto e apoio espiritual, que são indispensáveis para o enfrentamento da doença.

Para o paciente, a família representa segurança, favorecendo a compreensão do processo de internação, da doença e das suas conseqüências. Como sublinha Takahashi (1986), essa representação aproxima o paciente do seu meio e da sua história, servindo de intercâmbio entre a doença e a vida cotidiana (Tabela 11).

Tabela 11. Distribuição das freqüências e percentuais da categoria *relações sociais*.

SUBCATEGORIA	<i>f</i>	%
4.1. Familiar	10	14,2
4.2. Amigos	08	11,2
4.3. Equipe de saúde	30	42,2
4.4. Apoio espiritual	23	32,4
Total Geral	71	100

Como pode ser visto na Tabela 11, a subcategoria *familiar* apresentou uma média de 14,0%, no que diz respeito ao apoio ou suporte durante esse momento difícil da vida do paciente. Frente à incerteza da vida, a família se torna uma fonte de proteção e amparo, caracterizando um tipo de suporte social que envolve compromisso, cuidado e acolhimento com relação aos entes queridos. Definido por Takahashi (1986) como uma segurança que é dada ao paciente, pelos entes queridos, o suporte social familiar facilita

o processo de internação, aproximando-o da sociedade, como mostram os seguintes enunciados:

(...) eu tenho parente no Japão () eu tenho parente em outros lugares do Brasil () e do mundo () realmente um ligava pro outro () conseguia se comunicar () eu pedia a Deus pra mim voltar pra minha família () eu pedia a Deus pra eu ver meus filhos () minha esposa (...).

A subcategoria *amigos* obteve uma média de 11,2%, referente à expressão de contentamento dos pacientes, ao se darem conta de que são importantes e de que as pessoas fora da sua constelação familiar também se importam com eles. O fato de possuírem relações significativas de amizade reforça a auto-estima e a aceitação do grupo de pertença, conforme pode ser evidenciado nas verbalizações a seguir:

(...) os amigos compareciam para me visitar () recebi muitas visitas (3) a fila era tão grande () que voltavam muitos da porta (3) senti que tinha um círculo de amizade grande () nos dá conforto saber que temos amigos () que eles se preocupam com a gente (...).

Através deste estudo, evidenciou-se também a importância do apoio da equipe de saúde, tanto para o doente quanto para a família. Thucharte et al. (2003) advertem sobre a necessidade do psicólogo ter, de maneira bem clara, os limites de sua atuação, para não se tornar mais um dos elementos abusivamente invasivos, que agredem o processo de hospitalização e permeiam largamente a instituição hospitalar. Para Romano (1999), mesmo se não quiser atenção psicológica, o paciente internado poderá ser observado e orientado, através da equipe de saúde e da convivência com outros

pacientes que estão sendo assistidos. Na subcategoria *equipe de saúde*, a importância do apoio da equipe de saúde torna-se patente, a partir dos recortes a seguir:

(...) as meninas lá () as atendentes, () as técnicas de saúde () com muito profissionalismo (3) muito bacana deixava a gente com um astral melhor (3) desde do faxineiro até o doutor () eu fui muito bem tratado por todos(8) eu não tenho o que reclamar do Francisca Mendes em nada () pelas enfermeiras () as médicas residentes () Doutora a senhora é meu calmante (2) eu tava nervoso quando a doutora chegava () começava a conversar comigo () aquilo ali acalmava () aí no outro dia eu fui encaminhada para o hospital X (2)nota mil pra todos que me atenderam() desde portaria até todos (...).

Bunn e Clark (1979) relatam que a facilidade da comunicação possibilita um maior controle cognitivo de uma situação confusa e desconhecida, como a hospitalização, permitindo melhor adaptação e facilidade de coesão, assegurando universalidade a partir da aprendizagem interpessoal. Estes fatores levam a um aumento da auto-estima e, conseqüentemente, da redução da ansiedade, da depressão e da hostilidade dos familiares e do paciente. A conduta profissional deve assegurar, aos pacientes, os cuidados concernentes não só à saúde física, mas também à saúde emocional. Por último, a subcategoria *apoio espiritual* encontra-se exemplificada nas seguintes verbalizações:

(...) tem que ter mesmo um Deus no coração () pra que isso realmente possa dar certo tem que ter muita fé () toda a igreja (2) os pastores () mas eu sabia que tava curado () nós que somos cristãos não só os batistas mas os protestantes e qualquer outra religião () a gente faz uma amizade tão grande dentro de uma igreja () que pessoas que aonde estiverem que conhece () gosta da gente () ora () e que a gente não sabe a imensidão que até aonde vai e lá onde estavam eu tinha certeza de que eles estavam orando por mim () então realmente Deus escutou as orações ()

Deus eu tenho fé em ti () mas num momento desse eu fico tão fraco () tão fragilizado que às vezes eu sinto que não confio em ti () eu vivo pra esse Deus () eu e a minha família () minha casa serve ao Senhor () e eu me dedico a ele mas só () Deus sabe o que eu sentia () então o que a gente realmente faz aqui na terra é o que a gente conquista durante a nossa vida todinha () o dom vem de Deus (...).

Conforme mostram os relatos, o apoio espiritual é necessário para o enfrentamento das cardiopatias, principalmente quando o paciente recebe a indicação cirúrgica. Entre os aspectos mais revelados, destacam-se a importância da *equipe de saúde*, que apresentou 42,2% e o *apoio espiritual*, com 32,4% das atribuições dos participantes. Segundo Campos (1995; 2003), a doença rompe a interação do paciente com a sociedade e com os seus familiares, havendo uma mudança significativa de papéis. Isto acaba gerando uma crise, muitas vezes acrescida pela espera da cura, pela alta e pela expectativa de volta ao trabalho, à sua casa ou à sua cidade. Por isso, sustenta Takahashi (1986), o suporte social e o suporte religioso representam fatores significativos para o enfrentamento desse momento da vida dos pacientes, a partir de uma maior aproximação com a família e com os amigos.

A terceira classe temática, *qualidade de vida*, subdividiu-se em três categorias. A primeira foi denominada de *físico-ambiental*, com 55,3%, a segunda, *psicossocial*, com 21,1 % e a terceira categoria, *projeto de vida*, com 23,6%, conforme mostra a Figura 6:

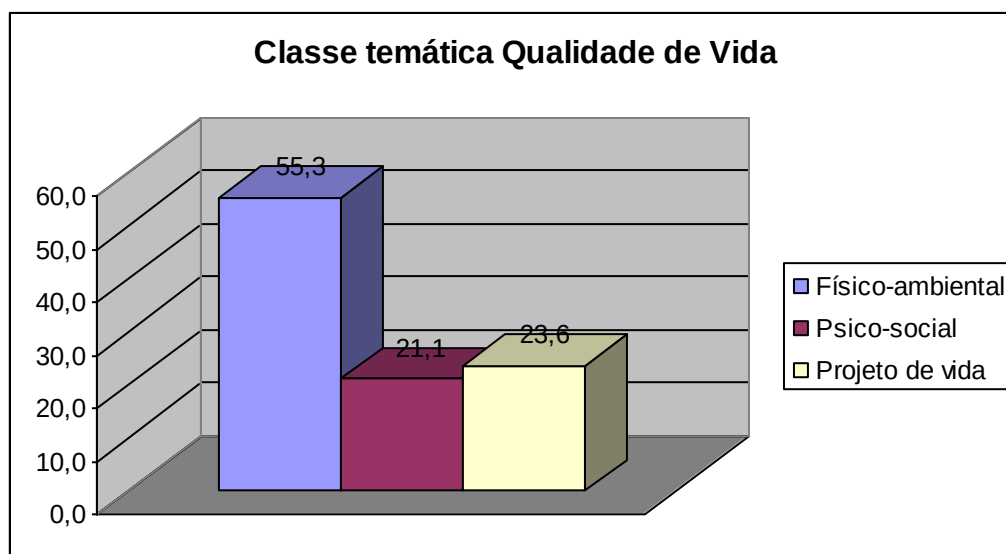


Figura 6. Percentagens das categorias da classe temática *Qualidade de Vida*.

Na classe temática *qualidade de vida*, na primeira categoria, *físico-ambiental*, emergiram cinco subcategorias: *habitação*, *alimentação*, *lazer*, *ocupação* e *cuidados com a saúde*, conforme pode ser observado na Tabela 12:

Tabela 12. Distribuição das freqüências e percentuais da categoria *Físico-ambiental*.

SUBCATEGORIA	<i>f</i>	%
5.1. Habitação	16	18,0
5.2. Alimentação	12	13,5
5.3. Lazer	21	23,5
5.4. Ocupação	05	5,6
5.5. Cuidados com a Saúde	35	39,4
Total Geral	89	100,0

Em relação à subcategoria *habitação*, 18% dos participantes relataram que estavam satisfeitos com a sua moradia, que lhes proporcionava uma condição de tranquilidade: “(...) *ter um apartamento () ficar no sítio (5) dormir tranquilo na sua casa () ficar em casa () conhecer o vizinho (3)*”. De maneira análoga, 13,5% disseram que estavam satisfeitos com a *alimentação*, 23,5% com o *lazer*, 5,6% com a *ocupação* e 39,4% com os *cuidados com a saúde*.

A busca de tranquilidade surge como uma forma de preservação do estado emocional, e, conseqüentemente, não está inserida em ambientes que possam gerar sofrimento. Para Sparrenberger, Santos e Lima (2004) ela acontece a partir do apoio de amigos e familiares, que favorece o alívio do estresse, tornando-se essencial para a preservação e a manutenção da saúde.

Para a OPAS (2005), os hábitos alimentares necessitam de mudanças, que impliquem a busca da qualidade de vida dos pacientes, em prol da sua saúde. A alimentação deve ser balanceada, para que se possa diminuir a incidência de doenças cardiovasculares devido a uma alimentação inadequada ou pobre de frutas e verduras. Os cuidados com a *alimentação* devem ser controlados, a fim de que os excessos possam ser evitados. Os relatos dos pacientes corroboram a advertência feita por esta organização, no sentido de que uma dieta balanceada é fundamental para se evitar as altas taxas de mortalidade e prevenir doenças cardiovasculares:

“(...) .mudou a alimentação () eu comia muito () não tinha controle () hoje eu tenho controle () é viver bem com saúde (2) aqui nós abolimos sal e açúcar () boa alimentação (3) a melhor comida é a caseira () não comer doce (...)”.

As situações de *lazer* representam momentos de descontração, que são importantes para a diminuição das tensões do dia-a-dia e, conseqüentemente, para o alívio do estresse. Segundo Favarato M., Favarato D., Hueb e Aldrighi (2006), a qualidade de vida dos pacientes deve ser avaliada pelo somatório entre os acessos aos serviços de saúde, as relações familiares e as condições de lazer. A importância das situações de lazer transparece nas seguintes falas dos pacientes:

“(...) é você se divertir () você chamar os amigos pra conversar (2) jogar bola (3) fazer um círculo de amizade () sair com a família isso é muito importante (3) cantar (2) dançar (7) festa (2) reunião com amigos () jogar um bingozinho (...)”.

As situações de lazer são entendidas como práticas universais, na medida em que, assim como acontece com as situações de trabalho, constituem atividades que fazem parte da natureza humana. Na verdade, como esclarecem Carr, Thompson e Kirman (1996), o conceito de qualidade de vida deveria ser empregado para descrever as condições de saúde, educação, lazer e bem-estar proporcionadas pelo desenvolvimento econômico advindo do processo de industrialização. A vinculação entre a qualidade de vida e o trabalho pode ser observada através dos seguintes relatos: “(...) *trabalhar no que gosta (2) ter academia (2) eu tinha um trabalho e outro pra mim fazer (...)*”.

Através das falas, é possível compreender a importância do trabalho na vida dos pacientes, na medida em que constitui uma atividade que proporciona bem-estar, valorização de si mesmo e auto-estima. Embora algumas vezes propicie o estresse, o trabalho também pode ser um antídoto, necessário para a valorização da vida e o

incremento do bem-estar: “(...) *cuido da minha saúde (15) é hora de cuidar da minha vida (3) não posso brincar com meu coração (10) vou ao médico regularmente (7)*”.

Na subcategoria *cuidados com a saúde*, a alta percentagem dos relatos mostra que a saúde mereceu um destaque especial. Endossando as recomendações da OPAS (2005), 39,4% dos participantes mencionaram que, toda vez que surgir algum tipo de patologia crônica, devem ser tomadas medidas preventivas para a manutenção da saúde, principalmente no que se refere à mudança do estilo de vida.

Como mostra a Tabela 13, a categoria *psicossocial* engloba as subcategorias do *afeto* e da *auto-estima*, que representam aspectos subjetivos necessários para que haja uma boa qualidade de vida. Pode-se observar que 61,7% das falas dos cardiopatas destacaram a importância dos aspectos afetivos, nas suas vivências do dia-a-dia, enquanto que a auto-estima positiva revelou 38,3%.

Tabela 13. Distribuição das frequências e percentuais da categoria *Psicossocial*.

SUBCATEGORIA	<i>f</i>	%
6.1. Afeto	21	61,7
6.2. Auto - estima positiva	13	38,3
Total Geral	34	100,0

As manifestações verbais dos cardiopatas confirmaram as observações de Campos (1995), no sentido de que a doença rompe a sua interação com a sociedade, afastando-os do convívio com as pessoas da família. Por isso, os pacientes sublinharam a necessidade de estar com as pessoas queridas, após uma doença grave, como mostram os seguintes relatos:

(...) viver o dia-a-dia () eu antes a minha esposa queria sair () e hoje é tempo de qualidade (2) eu saio com a minha esposa (3) eu vou namorar (4) ela dá mais atenção a mim () ela passou por uma aflição muito grande () porque com medo de me perder () e eu com medo também de perdê-la () tratar bem as pessoas (...).

Segundo Takahashi (1986), a auto-estima pode ser evidenciada através da interação com a família e com os amigos. Atuando em conjunto com a religião, esse tipo de interação gera pensamentos positivos, fazendo o paciente aproximar-se da sua própria história, de modo a caracterizar um suporte social que proporciona conforto e bem-estar para o enfrentamento da doença. A esse respeito, Bunn e Clark (1979) chamam a atenção para a comunicação, que facilita a coesão e o aprendizado interpessoal, levando a um aumento da auto-estima e à minimização da ansiedade e da depressão. Os relatos dos participantes vão nesta direção, focalizando os afetos nas relações sociais com os entes queridos, ressaltando as preocupações e os divertimentos familiares:

(...) é você estar bem emocionalmente () sem dor como eu estou agora () é preciso a gente ter boa vontade isso é importante na vida da gente () quando a gente faz uma coisa fazer uma coisa de boa vontade () é coisas simples mas de uma importância muito grande () é o bem-estar () estar bem com você (2) com as pessoas que o rodeiam () você tá procurando buscar a sua saúde () sentir-se bem () ver a vida com outros olhos () minha vida depende de mim (...).

Com relação à categoria *projeto de vida*, a subcategoria *trabalho e dinheiro* apresentou um percentual de 28,9%, enquanto que a *saúde* ficou com 31,5% e a *valorização da família* com 39,6%, conforme a Tabela 14:

Tabela 14. Distribuição das freqüências e percentuais da categoria *Projeto de vida*.

SUBCATEGORIA	F	%
7.1. Trabalho e dinheiro	11	28,9
7.2. Saúde	12	31,5
7.3. Valorização da família	15	39,6
Total Geral	38	100,0

Com relação à categoria *projeto de vida*, pode-se observar, na Tabela 14, que os participantes aglutinaram majoritariamente os conteúdos relativos à subcategoria *valorização da família*, enquanto um aspecto importante da sua qualidade de vida (39,6%). Seguem-se os conteúdos referentes à *saúde*, operacionalizada pela ausência da dor e pelas atividades de esforço físico (31,5%) e ao *trabalho e dinheiro* (28,9%): “(...) *fazer concurso (2) trabalhar () ter dinheiro para me manter () boa aposentadoria () reservar dinheiro para o lazer (2) pagar as contas (4)*”.

Kübler-Ross (1998) destaca as responsabilidades que foram deixadas para trás, concernentes à família, ao trabalho e aos amigos, como sendo aspectos que podem gerar solidão e ressentimento e contribuir para a angústia e o sofrimento. Romano (1999) alerta que a falta de conhecimento ou esclarecimento sobre a real condição de saúde pode gerar um fantasma, que impede o paciente de ter sentimentos racionais, o que pode ser evidenciado nas falas: “(...) *não sentir dor (4) ter atividade (4) melhorar a saúde (3) subir ladeira sem cansar (...)*”.

Quanto à família, Trucharte et al. (2003) asseguram que ela constitui o porto seguro, a base da vida das pessoas, no enfrentamento da doença. Como demonstram os relatos seguintes, é difícil para o paciente ficar afastado das pessoas que ama, pois elas

trazem consigo o equilíbrio e o bem-estar, enquanto que a falta do lar, das suas coisas e dos seus familiares, afasta-o de suas referências:

(...) hoje é tempo de qualidade () eu saio com a minha esposa, todas as sextas feiras () eu vou namorar () eu não perco uma sexta-feira de namoro de jeito nenhum () desligo celular (3) nem meu filho e nem minha filha sabem para onde eu vou (2) qualquer coisa eu ligo () mais ninguém sabe () qualidade de vida com meus filhos () bem melhor, já dou mais atenção () ficou bacana () é sair com a família () eu vou pra Praça São Sebastião umas 4 ou 5 horas da tarde () eu vejo o vovô, a vovó, os filhos, os pais, os netos, tudo passeando () que em alguns estados do Brasil nós não vemos isso (2) você não sabe quem é o seu vizinho do lado () você não pode ficar na frente da sua casa () e isso eu passo para os meus filhos () olha curtam isso porque daqui mais uns anos vocês não vão mais ver isso () voltar-se para a família () ser prestativo () curtir a vida com a esposa (...).

Diante desses resultados, pode-se concluir que a classe temática *cardiopatia* ocupou uma maior quantidade das manifestações verbais, quando comparadas às classes que tratam do *procedimento cardio-cirúrgico* e da *qualidade de vida*. Provavelmente, este fato pode estar relacionado à cronicidade que a patologia apresenta, em detrimento das várias situações adaptativas que os participantes necessitam realizar, a fim de manterem uma boa saúde.

A segunda classe temática, referente ao *procedimento cardio-cirúrgico*, apontou achados que sugerem a importância da rede social nas manifestações afetivas e sociais que vão além da família, incluindo os amigos e os profissionais de saúde. Evidencia-se a importância do paciente ser aceito por um grupo, saber que as pessoas se preocupam com ele e o apóiam, neste momento delicado da vida, o que lhe proporciona um conforto, ao nível subjetivo.

A terceira classe temática, concernente à *qualidade de vida*, apresentou uma maior prevalência no aspecto físico-ambiental, destacando-se as manifestações verbais dos participantes na direção dos cuidados com a saúde. Acredita-se que, após o enfrentamento de uma patologia grave, os participantes passam a tomar medidas preventivas para com a sua saúde, valorizando a qualidade de vida por meio da habitação, alimentação, lazer, ocupação e cuidados com a saúde. Estes dados vêm legitimar as recomendações da OPAS (2005) e da WHO (2005), no sentido de que os programas de saúde introduzam intervenções pertinentes a cada cultura, quanto à atividade física, à alimentação, aos cuidados com o ambiente, às condições econômicas e ao lazer. Para estas instituições, é necessário priorizar, nos programas de políticas públicas, o auto-desenvolvimento humano, favorecendo o bem-estar físico, psíquico e social, visando abranger necessidades e ansiedades que envolvam o homem em seu significado integral.

4.3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO WHOQOL-BREF

O *WHOQOL* foi desenvolvido partindo do princípio de que o conceito de qualidade de vida é multifacetado e pode ser aplicado a várias doenças e a situações não-médicas. No entanto, segundo o *WHOQOL Group* (1995; 1998), alguns grupos de pessoas ou de doenças podem não avaliar a qualidade de vida de forma suficientemente integral.

Os dados coletados por meio deste questionário e processados pelo software SPSS.15, foram agrupados em quatro domínios, a saber: Domínio I - físico; Domínio II - psicológico; Domínio III - características sociais; e Domínio IV – condições

ambientais. Como se pode observar na Tabela 15, estes quatro domínios foram acrescidos por uma avaliação geral.

Tabela 15: Valores Descritivos e Poder Discriminativo dos Domínios do WHOQOL-brief.

Domínios	N. Itens	Média	Grupos Av -	Critério Av +	t	p
Físico	07	3,22	2,80	3,63	t= 5,81	0,01
Psicológico	06	3,40	3,06	3,63	t= 5,09	0,00
Social	03	3,66	3,41	3,92	t= 3,45	0,01
Ambiental	08	3,10	2,75	3,40	t= 5,46	0,00
Geral	02	3,49	2,60	4,03	t= 13,87	0,00

Conforme os dados da Tabela 15, os quatro domínios, Físico, Psicológico, Social e Ambiental, apresentaram poder discriminativo satisfatório, confirmando o conceito multifatorial da qualidade de vida. Considerando-se os valores da média geral dos domínios, em relação à avaliação geral, pode-se verificar que a avaliação de Qualidade de Vida foi mais alta no *domínio social* (3,66), seguido do *domínio psicológico* (3,40), do *domínio físico* (3,22) e do *domínio ambiental* (3,10).

O domínio *social*, avaliado como o mais positivo, foi constatado também nos dados apreendidos pelas entrevistas. Conforme pode ser observado na classe temática *procedimento cardio-cirúrgico*, na categoria *Relações Sociais*, este domínio apresentou um percentual de 57,3%, com as subcategorias *familiar*, *amigos*, *equipe de saúde* e *apoio espiritual* formando os elementos da rede de apoio social.

O domínio *psicológico*, avaliado como o segundo mais positivo, também emergiu nas entrevistas dos participantes, na classe *qualidade de vida*, categoria *psico-social*, apresentando a subcategoria *afeto* com 61,7 % e a subcategoria *auto-estima*

positiva com 38,3%. Ao se conectarem, estas subcategorias promovem um suporte consistente neste domínio. As interações significativas que ocorrem no domínio social fornecem o apoio necessário para que as dificuldades advindas da habitação, alimentação, lazer, ocupação e cuidados com a saúde, pertencentes aos domínios *ambiental* e *físico*, possam ser superadas.

Fatores como a dieta, as alterações nos estilos de vida e na forma de executar as atividades do cotidiano, levam a capacidade física dos participantes ao desgaste. Isto acaba causando perda e embaraço, pelo fato dos participantes se sentirem incapazes de realizar atividades que desenvolviam antes da doença.

O domínio 1, *físico*, apresentou uma média geral de 3,22, com os itens *Mobilidade*, *Sono e Repouso*, *Capacidade de Desempenhar* e *Capacidade para o trabalho* sendo pontuados mais positivamente na avaliação da Qualidade de vida. Enquanto isso, os itens *Necessidade de tratamento*, *Dor e Desconforto* e *Energia e Fadiga* obtiveram menores pontuações (Tabela 16).

Tabela 16. Valores Descritivos e poder discriminativo do Domínio Físico do WHOQOL-BREF.

Domínio 1 - Físico (X=3,22)	Média dos Ítems	DP
Q03. Dor e desconforto	3,09	1,167
Q04. Necessidade de tratamento	2,99	1,204
Q10. Energia e Fadiga	3,19	1,111
Q15. Mobilidade	3,82	,978
Q16. Sono e Repouso	3,41	,898
Q17.Capacidade de desempenhar	3,41	1,016
Q18. Capacidade para o trabalho	3,29	1,144

Os resultados apontados neste domínio corroboram os dados das entrevistas, no que tange à primeira classe temática, denominada de *Cardiopatias*, com as categorias *Estilo de Vida* e *Vivenciar o Processo da dor*. Nessas categorias emergiram cinco subcategorias: *pré-cardiopatias*, *pós-cardiopatias*, *do despertar ao diagnóstico*, *deparando-se com o inevitável* e *reflexão sobre o procedimento cardio-cirúrgico*. Nessas subcategorias, encontram-se relatos onde os participantes dizem que se sentem impotentes perante as adversidades oriundas da doença. Essas adversidades os deixam tomados por uma consternação geral, devido ao medo e a outros sentimentos, que ocasionam oscilação emocional. Possivelmente, esses sentimentos são geradores de estresse, devido aos fatores relacionados ao período de hospitalização e ao acúmulo de situações abdicadas devido à condição de ser doente. Para Lipp (2000), o ritmo de vida acelerado e a escassez de recursos financeiros, são fatores que prejudicam o lazer, que é um item importante para o relaxamento e o alívio do estresse.

Segundo as recomendações da OPAS (2005) e da WHO (2005), as cardiopatias devem ser tratadas tal como acontece com as outras doenças crônicas, como a diabetes e o câncer. Uma vez que forem efetuadas as medidas adequadas de tratamento e controle dessas patologias, pode-se viver de modo saudável, observando-se as normas prescritas visando a reeducação aos cuidados com a saúde.

Nestes grupos, após o devido controle e acompanhamento médico e o uso de medicação, os resultados apresentam-se satisfatórios. Pelo fato dessas doenças serem de caráter limitante, o controle e o acompanhamento médico constituem fatores indispensáveis para uma boa qualidade de vida. Enquanto isso, os itens que obtiveram médias menores ressaltam que o tratamento em si mesmo é angustiante, por apresentar uma abundância de sentimentos variados, devido a certas limitações físicas pertinentes

ao quadro cardíaco. Takahashi (1986) comenta que, durante o processo de internação, a família representa um porto seguro para o paciente. Frente à doença, a família aproxima o paciente das pessoas que lhe são importantes, servindo de elo de ligação entre a patologia e a vida.

O domínio 2, *Psicológico*, apresentou uma média geral de 3,40, conforme pode ser visto na Tabela 17. Os itens *Satisfação Consigo*, *Sentido da Vida*, *Aceitação da Imagem Corporal* e *Sentimentos Negativos*, foram avaliados como os mais positivos, enquanto *Capacidade de Concentração* e *Aproveitamento da Vida* foram avaliados como os mais negativos. Apesar disso, todos se aproximaram da média geral, com exceção do item *capacidade de concentração*, que foi avaliado com maior negatividade.

Tabela 17. Valores Descritivos e Poder Discriminativo do Domínio Psicológico do WHOQOL-BREF.

Domínio 2 – Psicológico (X=3,40)	Média	DP
Q05. Aproveitamento da vida	3,33	1,081
Q06. Sentido da vida	3,78	1,047
Q07. Capacidade de concentração	2,88	,981
Q11. Aceitação da imagem corporal	3,53	1,093
Q19. Satisfação consigo	3,80	0,939
Q26. Sentimentos negativos	3,51	1,041

Estes dados demonstram que, apesar das dificuldades impostas pela doença, no que tange ao domínio psicológico os cardiopatas conseguem encontrar estratégias para um melhor enfrentamento de suas condições físicas. Ou seja, o domínio psicológico atua como suporte para a limitação do domínio físico.

O suporte social é importante para que as pessoas se sintam aceitas e possam buscar estratégias eficientes e eficazes para o enfrentamento da doença e suas

limitações. Os sentimentos de cuidado e de proteção, advindos de setores contribuintes, como a família, os amigos e a equipe médica, favorecem uma melhor adesão ao tratamento e, conseqüentemente, uma melhor recuperação. Por meio dos dados coletados pelo questionário, pode-se constatar que o suporte social emergiu como um fator influente para o baixo nível de estresse e de depressão.

O suporte social colabora para o alívio do estresse e ativa os mecanismos de enfrentamento de indivíduos em diferentes condições crônicas de saúde, entre as quais se encontram as cardiopatias. Esta percepção sobre a importância do suporte social pode ser alterada de acordo com o sexo, a idade, a escolaridade e o estado civil dos participantes.

O domínio III, das *Relações Sociais*, apresentou uma média de 3,66. Além disso, mostrou escores regulares quanto à avaliação dos itens *Relações Pessoais* (4,00), *Atividade Sexual* (3,27) e *Suporte Social* (3,92), que foram avaliados mais positivamente (Tabela 18).

Tabela 18. Valores Descritivos e Poder Discriminativo do Domínio Relações Sociais do WHOQOL-BREF.

Domínio 3 Relações Sociais (X=3,66)	Média	DP
Q20. Relações Pessoais	4,00	,848
Q21. Atividade Sexual	3,27	1,188
Q22. Suporte Social	3,92	,877

As relações interpessoais constituídas pela *família*, pela *equipe de saúde* e pelos *amigos*, configuram uma abertura para a adesão social, assim como a religião, que traz a fé e a esperança, representa uma importante rede de adesão a estas relações sociais.

Estes resultados também foram encontrados nas entrevistas, as quais apresentaram as maiores percentagens das unidades de análise de conteúdo.

De acordo com a literatura consultada, fica evidente que algumas pessoas podem apresentar quadros depressivos, no contexto das cardiopatias, devido ao sofrimento físico e psicológico, em face da impotência que a doença normalmente impõe no momento do procedimento cirúrgico. Neste contexto, a depressão pode emergir, se não houver um suporte social, imprescindível para a manutenção do bem-estar subjetivo (Coutinho, 2001).

Quanto ao item *Atividade Sexual*, apresentou a menor média (3,27), embora a diferença em relação aos demais itens não seja muito acentuada. Este dado é significativo, por ter sido encontrado também nas interlocuções provenientes das entrevistas. Para o cardiopata, a atividade sexual pode ser utilizada com medidas de cuidado e precaução, já que, em alguns casos, não se pode ter esforço físico, necessitando-se de orientação médica adequada para uma prática do sexo seguro.

Após a cardiopatia, a iniciação ou o retorno a uma vida sexualmente ativa envolve uma série de fatores, tais como a negociação necessária para um sexo seguro, sem que haja uma reincidência cardíaca e o estigma de morte súbita, associado à doença. A fim de amenizar este sofrimento, faz-se necessário o apoio social que estas pessoas recebem e que possibilita a minimização do impacto negativo da doença. Dessa maneira, o impacto negativo é substituído pelo apoio social, o qual, se não for estabelecido, pode gerar estresse ou depressão (Selye, 1959).

Outro fator importante na esfera sexual é a prática de exercícios físicos moderados. Deve ser feita sob orientação médica, associada a uma dieta alimentar balanceada, que pode ajudar na recuperação.

O domínio IV, *Ambiental*, apresentou uma média de 3,10, demonstrando escores regulares quanto à avaliação dos seus itens (Tabela 19). Neste domínio, os itens com maiores médias foram o *acesso a serviços de saúde*, com 3,72; *condições de habitação*, com 3,67; *transporte*, com 3,31; *ambiente físico*, com 3,28; *satisfação da vida diária*, com 3,17; e *disponibilidade de informação*, com 3,16. Os itens com menor média foram *recursos financeiros*, com 2,37 e *lazer*, com 2,57.

Tabela 19. Valores Descritivos e Poder Discriminativo do Domínio Ambiental do WHOQOL-BREF.

Domínio 4 - Ambiental (X=3,10)	Média	DP
Q08. Satisfação vida diária	3,17	1,063
Q09. Ambiente físico	3,28	,912
Q12. Recursos financeiros	2,37	1,011
Q13. Disponibilidade de informações	3,16	,947
Q14. Atividade de lazer	2,57	1,092
Q23. Condições de habitação	3,67	1,091
Q24. Acesso à serviços de saúde	3,72	,808
Q25. Transporte	3,31	1,167

Estes resultados se coadunam com os obtidos pelo questionário sociodemográfico (no qual se constata que 52,7% dos participantes pertencem à classe média), com a maioria avaliando positivamente o acesso à saúde, habitação, transporte, satisfação com a vida diária e disponibilidade de informação. Enquanto isso, os itens com menor média, *recursos financeiros* e *lazer*, vêm demonstrar que, apesar dos participantes possuírem acima de quatro a cinco salários mínimos, ainda consideram a necessidade de uma maior renda para que possam ter acesso ao lazer. Provavelmente, estes resultados refletem o ambiente social no qual o estudo foi desenvolvido e que se

apresenta com um índice econômico elevado, no que diz respeito ao custo de vida (cidade de Manaus).

De modo geral, a avaliação da qualidade de vida feita pelos participantes deste estudo, aferida pela questão “*como você avaliaria sua qualidade de vida?*”, apresenta-se de forma positiva, com uma média de 3,59 e um desvio-padrão de 0,847. De maneira análoga, a segunda questão, “*o quanto satisfeito você está com a sua saúde?*”, apresentou uma média de 3,39, conforme a Tabela 20.

Tabela 20. Valores Descritivos e Poder Discriminativo do Domínio Geral do WHOQOL-BREF.

Domínio Geral (X=3,49)	Média	DP
Q01. Avaliação da Qualidade de Vida	3,59	0,847
Q02. Satisfação com a Saúde	3,39	1,013

Considerando-se a média geral, que foi de 3,49, observa-se que os participantes da pesquisa se auto-avaliaram como tendo uma boa qualidade de vida. Esses dados foram corroborados pelo questionário sociodemográfico clínico, que apresentou um percentual de 64,8%, caracterizando a qualidade de vida como muito boa e boa e um percentual de 34,1%, caracterizando a qualidade de vida de forma negativa, como nem ruim nem boa e como muito ruim.

Com relação aos grupos-critérios (grupo cirurgiado e não-cirurgiado), não se observou uma diferença significativa entre os domínios (Tabela 21). Com estes achados, pode-se inferir que, independentemente de serem ou não cirurgiados, os participantes cardiopatas apresentam níveis semelhantes na pontuação da qualidade de vida. Provavelmente, quanto maior a conscientização acerca de ser doente e não apenas aderir

ao procedimento cirúrgico, maior a pontuação na qualidade de vida. Isto significa cuidar da saúde, mudar o estilo de vida, valorizar os afetos, e, conseqüentemente, conseguir um melhor enfrentamento da doença.

Apesar de não apresentarem diferenças estatísticas, os resultados da presente pesquisa permitem fazer uma análise descritiva, visando aquilatar o seu significado. No domínio *físico*, os dados relativos aos grupos-critérios apresentaram a menor diferença. O grupo cirurgiado apresentou uma média de 3,31 e um desvio-padrão de 0,108, enquanto o grupo não-cirurgiado mostrou uma média de 3,32 e um desvio-padrão de 0,121 (Tabela 21).

Tabela 21. Valores Descritivos e Poder Discriminativo dos Domínios do WHOQOL-BREF/ Grupos Critérios (Cirurgiados/Não-cirurgiados).

DOMÍNIOS	GRUPOS CRITÉRIOS	N	Média	DP	T	p
DOMÍNIO I FÍSICO	Cirurgiados	44	3,31	0,108	-,023	0,163
	Não cirurgiados	47	3,32	0,121	-,024	0,162
DOMÍNIO II PSICOLÓGICO	Cirurgiados	44	3,41	0,097	-,767	0,143
	Não cirurgiados	47	3,52	0,105	-,772	0,143
DOMÍNIO III RELAÇÕES SOCIAIS	Cirurgiados	44	3,17	0,079	,164	0,135
	Não cirurgiados	47	3,14	0,106	,166	0,133
DOMÍNIO IV AMBIENTAL	Cirurgiados	44	3,52	0,112	,370	0,178
	Não cirurgiados	47	3,46	0,136	,374	0,176
DOMÍNIO GERAL	Cirurgiados	44	3,64	0,111	-1,087	0,152
	Não cirurgiados	47	3,81	0,104	-1,086	0,152

No domínio *Psicológico*, o grupo dos cirurgiados apresentou uma média de 3,41, com desvio-padrão de 0,097 e o grupo não-cirurgiado apresentou uma média de 3,52 e um desvio-padrão de 0,105.

No domínio das *Relações Sociais*, o grupo cirurgiado apresentou uma média de 3,17, com um desvio-padrão de 0,079, enquanto que o grupo não-cirurgiado apresentou uma média 3,14 e um desvio-padrão de 0,106. Podemos observar que, no círculo de relações sociais, as médias entre os grupos não sofreram alterações significativas.

No domínio *Ambiental*, o grupo dos cirurgiados apresentou uma média de 3,52, com um desvio-padrão de 0,112, enquanto que o grupo não-cirurgiado apresentou uma média de 3,46 e um desvio-padrão de 0,136. Este aspecto talvez seja decorrente do processo de hospitalização, uma vez que o fato de estar fora de seu ambiente, de sua casa, de sua cama e da sua vida fora do ambiente hospitalar, causa certo desconforto aos pacientes.

O domínio *psicológico* apresentou um percentual de 3,41 para os cirurgiados e de 3,52 para os não-cirurgiados. Neste domínio, verifica-se um índice mais elevado, quando comparado aos demais domínios, exceto quanto ao domínio ambiental, que corroborou as verbalizações dos participantes no conteúdo temático *físico-ambiental*. Com efeito, a subcategoria *cuidados com a saúde* apresentou uma percentagem de 39,4%, naqueles que passaram por intervenção cirúrgica. Acredita-se que estes dados sejam devidos a uma melhora significativa após o procedimento cirúrgico e também ao fato do ambiente, representado pela equipe de saúde e pelo espaço hospitalar, servir de suporte e sustentação para a manutenção do equilíbrio das condições dos pacientes.

Com relação à *avaliação geral*, os cirurgiados apresentam uma média de 3,64, enquanto os não-cirurgiados mostram uma média de 3,81. Estes dados podem sugerir que, em muitos casos, a cirurgia é a única possibilidade que o paciente encontra para a vida. Em decorrência das limitações impostas pela doença e de sua relação direta com a qualidade de vida, os cuidados com a nova rotina e as novas mudanças de hábitos, após

a cirurgia, podem gerar sofrimento, devido ao processo de readaptação diária e à disciplina constante em prol da saúde global.

Ainda visando a comparação entre os grupos-critérios, procurou-se verificar se o gênero influencia a pontuação da qualidade de vida. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, no que tange aos domínios psicológico, ambiental e geral, nos quais os cardiopatas do sexo masculino alcançaram os maiores níveis, conforme mostra a Tabela 22.

Tabela 22: Valores Descritivos e Poder Discriminativo dos Domínios do WHOQOL-BREF/ Grupos Critérios (Gênero).

DOMÍNIOS	GRUPOS CRITÉRIOS	N	Média	DP	T	p
DOMÍNIO I FÍSICO	Masculino	47	3,42	0,720	1,40	0,16
	Feminino	43	3,20	0,808		
DOMÍNIO II PSICOLÓGICO	Masculino	47	3,60	0,649	1,93	0,05*
	Feminino	43	3,33	0,689		
DOMÍNIO III RELAÇÕES SOCIAIS	Masculino	47	3,77	0,739	0,59	0,15
	Feminino	43	3,68	0,705		
DOMÍNIO IV AMBIENTAL	Masculino	47	3,31	0,603	2,48	0,01**
	Feminino	43	2,99	0,632		
DOMÍNIO GERAL	Masculino	47	3,69	0,844	2,46	0,01**
	Feminino	43	3,27	0,782		

No domínio *Físico*, o grupo masculino apresentou uma média de 3,42, com um desvio-padrão de 0,72, enquanto que o grupo feminino apresentou uma média 3,20 e um desvio-padrão de 0,808. Pode-se verificar que, na esfera física, as médias entre os grupos não sofreram alterações significativas. Isto demonstra que, apesar de algumas

diferenças físicas e/ou anatômicas entre homens e mulheres, principalmente quando acometidos de males do coração, estes aspectos interferem de forma semelhante nos dois grupos.

No domínio *Psicológico*, o grupo masculino apresentou uma média de 3,60, com um desvio-padrão de 0,649, enquanto que o grupo feminino apresentou uma média de 3,33 e um desvio-padrão de 0,689. Neste domínio, as mulheres parecem sofrer mais alterações em seus escores psicológicos, em comparação com os homens.

Tabela 23: Valores Descritivos e Poder Discriminativo dos ítems do Domínio Psicológico.

ÍTEM (DOMÍNIO PSICOLÓGICO)	GRUPOS CRITÉRIOS	Média	DP	T	p
Quão satisfeito você está consigo mesmo?	Masculino	4,00	0,86	2,15	0,03**
	Feminino	3,58	0,98		

Observa-se que a auto-estima dos homens apresenta-se significativamente maior que a das mulheres, demonstrando a superioridade deste grupo, em relação a este aspecto. Este resultado significa que o grupo de cardiopatas acompanha a população em geral, que também apresentou altos escores (Gebara, 2001).

Quanto ao domínio *Social*, o grupo masculino apresentou uma média de 3,77, com um desvio-padrão de 0,739, enquanto que o grupo feminino apresentou uma média de 3,68 e um desvio-padrão de 0,705. Estes dados apontam que, independentemente do sexo, os grupos auferem bons níveis de suporte e apoio social, o que representa um atenuador dos males em geral, e, particularmente, das cardiopatias (Brandão & Starling, 2000).

Quanto ao domínio *Ambiental*, o grupo masculino apresentou uma média de 3,31, com um desvio-padrão de 0,603, enquanto que o grupo feminino apresentou uma média de 2,99 e um desvio-padrão de 0,632. Como se pode observar, este domínio alcançou os menores índices na análise, com o grupo feminino contribuindo para esta baixa pontuação. A Tabela 24 mostra os itens que influenciaram para estes resultados:

Tabela 24: Valores Descritivos e Poder Discriminativo dos itens do Domínio Ambiental.

ÍTENS (DOMÍNIO AMBIENTAL)	GRUPOS CRITÉRIOS	Média	DP	T	P
Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	Masculino	2,64	1,09	2,76	0,00***
	Feminino	2,07	0,93		
Em que medida você tem oportunidade de atividades de lazer	Masculino	2,83	1,07	2,45	0,00***
	Feminino	2,28	1,12		

Observa-se que, nos itens selecionados, os dois grupos contribuíram para o baixo índice no domínio ambiental. Porém, as mulheres alcançaram os escores mais baixos, quando apontaram a situação de poucos recursos financeiros como responsável pelo comprometimento das oportunidades de lazer. Estes dados acompanham a população em geral, na qual a mulher, através de heranças socioculturais, opta pelo cuidado da família, em detrimento da ascensão profissional. Em consequência, suas oportunidades de lazer sofrem alterações, comprometendo sua qualidade de vida.

Quanto ao domínio *Geral*, o grupo masculino apresentou uma média de 3,69, com um desvio-padrão de 0,844, enquanto que o grupo feminino apresentou uma média de 3,27 e um desvio-padrão de 0,782. Na Tabela 25 estão listados os itens que mais contribuíram para estes resultados:

Tabela 25: Valores Descritivos e Poder Discriminativo dos itens do Domínio Geral.

ÍTEMS (DOMÍNIO AMBIENTAL)	GRUPOS CRITÉRIOS	Média	DP	T	P
Quão satisfeito você está com sua saúde?	Masculino	3,68	0,98	2,98	0,00***
	Feminino	3,07	0,96		

Observa-se que na auto-avaliação da *saúde*, as mulheres apresentaram menor satisfação do que os homens. Provavelmente, este resultado se deve ao fato das mulheres apresentarem pouca satisfação com suas próprias vidas, conforme foi visto no domínio psicológico.

Quanto ao fator *idade*, os grupos-critérios foram constituídos pelos indivíduos que possuíam idades até os 50 anos e pelos indivíduos que possuíam idades acima de 50 anos, encontrando-se diferenças significativas nos domínios Físico e Social, conforme mostra a Tabela 26:

Tabela 26: Valores Descritivos e Poder Discriminativo dos Domínios do WHOQOL-BREF/ Grupos Critérios (Idade).

DOMÍNIOS (IDADE)	GRUPOS CRITÉRIOS	N	Média	DP	T	P
DOMÍNIO I FÍSICO	Até 50 anos	33	3,55	0,736	2,22	0,02*
	Acima de 50 anos	57	3,18	0,759		
DOMÍNIO II PSICOLÓGICO	Até 50 anos	33	3,65	0,680	1,93	0,06
	Acima de 50 anos	57	3,37	0,661		
DOMÍNIO III RELAÇÕES SOCIAIS	Até 50 anos	33	3,99	0,700	2,69	0,000***
	Acima de 50 anos	57	3,58	0,694		
DOMÍNIO IV AMBIENTAL	Até 50 anos	33	3,22	0,667	0,78	0,43
	Acima de 50 anos	57	3,11	0,617		
DOMÍNIO GERAL	Até 50 anos	33	3,67	0,826	1,54	1,12
	Acima de 50 anos	57	3,39	0,835		

Com relação do domínio *Físico*, encontrou-se uma diferença significativa entre os grupos. Os cardiopatas com idade abaixo de 50 anos apresentaram uma média de 3,55, com um desvio-padrão de 0,736, enquanto que os cardiopatas com idades superiores a 50 anos apresentaram uma média de 3,18 e um desvio-padrão de 0,759. Estes resultados demonstram que, com o aumento da idade, o domínio físico diminuiu, conforme observado na população em geral. A Tabela 27 mostra o item que contribuiu significativamente para esta diferença:

Tabela 27: Valores Descritivos e Poder Discriminativo de item do domínio Físico.

ÍTEM (DOMÍNIO FÍSICO)	GRUPOS CRITÉRIOS	Média	DP	T	P
O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	Até 50 anos	3,48	1,149	2,98	0,000***
	Acima de 50 anos	2,70	1,149		

Como se pode verificar, houve uma dependência dos cardiopatas com maior idade, em relação ao serviço médico, provavelmente por necessitarem de mais medicação e acompanhamento. Sabe-se que, com o avanço da idade, o funcionamento dos órgãos fica mais comprometido e, conseqüentemente, há uma diminuição da qualidade de vida.

O domínio *Social* também apresentou uma diferença significativa quanto à idade. Os cardiopatas com idade abaixo de 50 anos apresentaram uma média de 3,99, com um desvio-padrão de 0,700, enquanto que os cardiopatas com idades superiores a 50 anos apresentaram uma média de 3,58 e um desvio-padrão de 0,694. Na Tabela 28 pode-se observar qual item contribuiu significativamente para esta diferença:

Tabela 28: Valores Descritivos e Poder Discriminativo de ítem do domínio Social.

ÍTEMS (DOMÍNIO SOCIAL)	GRUPOS CRITÉRIOS	Média	DP	T	P
Quão satisfeito você está com sua vida sexual?	Até 50 anos	3,73	1,20	2,91	0,000***
	Acima de 50 anos	3,00	1,10		

Pode-se verificar que, no domínio social, o ítem sobre o desempenho sexual compromete a qualidade de vida dos cardiopatas mais velhos. Isto está de acordo com o conhecimento comum, segundo o qual a capacidade sexual diminui com o aumento da idade, principalmente nos indivíduos que possuem algum tipo de cardiopatia.

Considerações Finais

O presente estudo teve como objetivo identificar os fatores psicossociais relacionados às cardiopatias e suas implicações na qualidade de vida de pessoas cirurgiadas e não-cirurgiadas. Para alcançar essa meta, foram utilizados, como instrumentos: as entrevistas semi-estruturadas, o questionário sociodemográfico e o questionário *WHOQOL-BREF*.

Os resultados das entrevistas e do questionário Whoqol-BREF permitiram identificar os fatores psicossociais que se encontram relacionados com as cardiopatias, e que intervêm na qualidade de vida. Os fatores mais significativos foram: o estilo de vida; a preocupação com o ambiente físico; as relações psicossociais, associadas às relações afetivas com os membros familiares, parceiros e amigos; a preocupação com o trabalho; o estresse, advindo do contexto social; a falta de lazer; e a segurança física. Outros fatores psicossociais que intervieram negativamente na qualidade de vida dos participantes, foram: a instabilidade afetiva, o vivenciar da dor, a hospitalização entre os cirurgiados, o uso contínuo de medicamentos e os problemas de saúde associados, como a hipertensão, a diabetes e a obesidade.

Neste contexto, é importante salientar que, nos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, o afeto passa a manifestar-se de modo mais significativo, nas relações afetivas que eles mantêm, tomando uma nova roupagem, que é fortalecida através da dor e do sofrimento. O medo de perder tudo, inclusive a vida, traz, como consequência positiva, a solidificação e a estabilidade das relações.

Quanto ao primeiro objetivo específico, com a preocupação de caracterizar o perfil sociodemográfico, os resultados coletados pelo questionário apontaram a inexistência de diferenças entre os sexos, o que significa que homens e mulheres estão equiparados quanto ao risco de adquirir algum tipo de cardiopatia. Esses resultados se

coadunam com os da OPAS (2005), que registram uma aproximação entre os dois sexos, na prevalência de doenças cardíacas.

Em sua maioria, os participantes eram casados e estavam em plena atividade ocupacional. Os níveis de escolaridade que mais se evidenciaram foram o ensino médio e o ensino fundamental, seguidos do nível superior.

Quanto ao tempo de diagnóstico, a maior média foi de 56,7%, variando de 1 a 9 anos e apresentando uma aproximação significativa com o tempo de tratamento (61,1%). A maioria dos participantes faz uso de medicamentos diários (86,8%). No que se refere à saúde, a maioria relatou ter uma boa saúde (64,8%).

As doenças do coração trazem consigo o estigma de serem doenças crônicas e todos que passaram por algum tipo de cirurgia fazem uso de várias medicações (89%). A maioria relatou possuir algum outro tipo de doença relacionada, como diabetes, hipertensão e elevado índice de colesterol, que é tratada, preferencialmente, nos ambulatorios (80,2%).

Quanto ao segundo objetivo específico, o de identificar os significados que as pessoas portadoras de cardiopatias possuem acerca dos procedimentos cardio-cirúrgicos, foi concretizado por meio da análise de conteúdo temático das falas coletadas pela entrevista. Os participantes relataram que tinham dúvidas quanto à sobrevivência, confiavam em Deus e na equipe de saúde, valorizavam o apoio da família e dos amigos, apresentavam sentimento de impotência, além de sentimentos contraditórios sobre a vida e a morte e sobre a dor e o sofrimento psíquico relacionados à hospitalização.

Ainda em relação ao segundo objetivo específico, encontrou-se que 42,7% dos participantes consideram o procedimento cardio-cirúrgico, durante a hospitalização,

como sendo invasivo. Em consequência, o procedimento cardio-cirúrgico ocasiona sofrimento psíquico, manifestações psicoafetivas e sentimentos ambivalentes em relação à equipe de saúde. Ao mesmo tempo em que associam a equipe de saúde a aspectos como tristeza, dor, angústia, pânico, desespero e medo, os pacientes também manifestam sentimentos de confiança e valorização em relação ao trabalho dos profissionais.

Os dados ainda indicam que, durante o procedimento cardio-cirúrgico, as relações sociais (57,3%) são relevantes para os pacientes. A sua importância advém do fato de constituírem um suporte social, principalmente por parte dos familiares, dos amigos e da equipe de saúde, além dos grupos de apoio espiritual.

Após o procedimento cardio-cirúrgico, como ganho secundário, houve uma melhora na qualidade de vida dos pacientes. Essa melhora tornou-se possível através da conscientização para com o auto-cuidado, resultando em melhor disposição, mudanças na alimentação e maior controle do estresse. Tais situações de melhora efetiva ganham maior visibilidade através dos recortes de interlocuções aprendidas pelas entrevistas e pelo questionário sociodemográfico.

Quanto ao terceiro objetivo, relacionado à qualidade de vida das pessoas que foram submetidas e não-submetidas ao procedimento cardio-cirúrgico, sua análise foi associada à terceira classe temática, da qualidade de vida, que emergiu das interlocuções. Os fatores mais focalizados pelos participantes foram: o *físico-ambiental*, relacionado com os cuidados com a saúde, a alimentação, a habitação, a ocupação e o lazer; o *psicossocial*, perpassado pelo afeto e pela auto-estima positiva; e o *projeto de vida*, associado aos itens do trabalho e dinheiro, da saúde e da valorização da família.

A alimentação foi um fator pouco enfatizado (13,5%), apesar da sua importância na manutenção da saúde, principalmente nas pessoas cardíacas, que passam a ter dietas balanceadas. No que concerne ao *lazer*, a valorização da família passou a ser mais significativa, com atividades tipicamente familiares, incluindo os amigos. A ocupação passou a ter um destaque direcionado para o alcance da satisfação, para se fazer aquilo que se gosta no trabalho. Estes fatores são importantes porque reintegram estas pessoas à vida social.

Quanto à subcategoria psicossocial, apreendida pelas entrevistas, a auto-estima positiva é caracterizada pela boa vontade e pela disciplina, pelo compromisso e pelo respeito para com a saúde. Agora, o que os pacientes buscam é o alcance de coisas consideradas como simples, que passam a ser valorizadas em prol do seu bem-estar.

O projeto de vida, outra categoria empírica que emergiu da análise de conteúdo, ficou relacionado às condições de ter trabalho, dinheiro, saúde e valorização da família. Nesta perspectiva, a qualidade de vida foi avaliada mediante as condições de trabalho, situação econômica, saúde e acesso aos serviços de saúde, além das relações familiares, corroborando estudos desenvolvidos por Favarato e Romana (1994).

A saúde foi um aspecto preponderante na avaliação da qualidade de vida. Direta ou indiretamente, ela influencia o modo de vida das pessoas, podendo afetar a percepção dos indivíduos em relação a si mesmos e ao mundo (Fleck et al., 1999).

A terceira classe temática, a qualidade de vida, foi também avaliada pelo questionário WHOQUOL-BREF. As respostas a esse instrumento evidenciaram que a avaliação da qualidade de vida remete à sua multidimensionalidade, por avaliar diversas áreas, como: domínio físico, domínio psicológico, relações sociais e relações ambientais. Ainda segundo o WHOQUOL-BREF, e considerando a média geral das

suas dimensões, verificou-se que os domínios que mais sobressaíram na qualidade de vida dos participantes, foram o social ($X=3,66$) e o psicológico ($X=3,40$).

Na dimensão social, os itens que mais pontuaram a favor da qualidade de vida foram as relações pessoais, também evidenciadas nas entrevistas. Em seguida, vieram o suporte social e a atividade sexual, observando-se que os indivíduos mais jovens apresentaram maior satisfação. Na dimensão psicológica, sobressaíram as questões que avaliaram a satisfação para consigo mesmo, o sentido da vida e a aceitação da imagem corporal. Neste domínio, os homens apresentaram um escore significativamente maior, principalmente no que tange à questão da auto-satisfação.

A comparação entre as médias dos diversos domínios, em relação aos participantes cirurgiados e não-cirurgiados, evidenciou a inexistência de diferenças estatísticas significativas. Por conseguinte, a avaliação da qualidade de vida pode favorecer mudanças em várias práticas assistenciais e na consolidação de novos paradigmas de compreensão do processo saúde-doença. Os resultados enfatizam a importância de um olhar direcionado para o questionamento e a superação de modelos de atendimento eminentemente biomédicos, que negligenciam os aspectos socioeconômicos, psicológicos e culturais (Seidl & Zannon, 2004).

Da mesma forma, a reflexão sobre estes aspectos pode auxiliar os profissionais de saúde a desenvolverem uma prática mais humanizada e amparada num tipo de vínculo integral. Segundo Vasconcelos (2006), *“para cuidar da pessoa inteira, é preciso estar presente como pessoa inteira. É preciso ter desenvolvido e integrado, em si, as dimensões racional, sensitiva, afetiva e intuitiva”* (p. 45).

Espera-se que os resultados deste estudo venham contribuir para uma melhor compreensão e elucidação dos fatores psicossociais relativos às cardiopatias e à

qualidade de vida. Sob o olhar da Psicologia Social, quiçá esses resultados possam fornecer subsídios para a elaboração de programas e políticas públicas de atenção à saúde, voltados para a comunidade cardiopática, de maneira diferenciada e integral.

REFERÊNCIAS

- Abdalla, L. A. Piegas, L. S. & Timerman, S. (1992). Manuseio cirúrgico da valve aortic em pacientes acima de 70 anos. *Arq Bras Cardiol*, 58, 453-5.
- Albuquerque, F. J. B., Vieira, J. R., Martins, C. R. & Neves, M.T.S.N. (2007). A qualidade de vida subjetiva de agricultores. In E. C. Krutzen & S. B. Vieira (Orgs.), *Psicologia Social, Clínica e Saúde Mental* (pp. 119-135). João Pessoa: Editora Universitária / UFPB.
- Almeida, F. F., Barreto, S. M., Couto, B. R. G. M. & Starling, C. E. F. (2003). Fatores Preditores da Mortalidade Hospitalar e de Complicações Pré-Operatórias Graves em Cirurgia de Revascularização do Belo Horizonte, MG. *Arq Bras Cardiol*, 80 (1), 41-50.
- Almeida-Filho, O. C., Schmidt, A., Pazin-Filho, Maciel, B.C., Marin-Neto, J.A. (2000). Avaliação pré-operatória de pacientes com doença cardíaca valvar. *Controle Clínico do Paciente Cirúrgico para Procedimentos Não-Cardíacos*, v(10) n.3. Disponível em: http://www.socesp.org.br/revistasocesp/edicoes/volume10/v10_n03.asp. Acesso em 23/06/2007.
- Angerami, V. A. (1984). *Psicologia Hospitalar: A Atuação do Psicólogo no Contexto Hospitalar*. São Paulo: Traço Editora.
- Armaganijan D, Batlouni M. Impacto dos fatores de risco tradicionais (2000). *Rev Soc Cardiol* 10(6):686-93.
- Bardin, L. (2002). *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Biffi, R. G. & Mamede, M.V. (2004). Suporte social na reabilitação da mulher mastectomizada: o papel do parceiro sexual. *Rev.Esc. Enfermagem USP*, 38(3), 262-9.
- Bragal, C. G. & Cruz, D. A. L. (2003). A resposta psicossocial de impotência em pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca. *Esc Enferm USP*, 37(1): 26-35. Disponível em: [www.ee.usp.br/ upload/pdf/121/pdf](http://www.ee.usp.br/upload/pdf/121/pdf) . Acesso em 23/06/2007.
- Brandão, J. & Starling, P. (2000). *Biossegurança e AIDS: as dimensões psicossociais do acidente com material biológico no trabalho em hospital*. Dissertação de mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- Brant, L. C. & Mello, M. B. (2001). Promoção da Saúde e Trabalho: um desafio teórico metodológico para a saúde ou para a saúde do trabalhador. *Saúde em Debate*, 25(57), 55 – 62.
- Brasil (2004). Ministério da Saúde. Planos estaduais para fortalecimento das Ações de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica - Diretrizes e Orientações. Brasília (DF): Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de AtençãoBásica, Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. [versão preliminar]

- Brasil (2005). Ministério da Saúde. *A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 80.:Il. 1. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/sistema/foto/DCNT.pdf>>. Acesso em 08/08/2007
- Bunn, T. & Clark, A. (1979). Crisis intervention: an experimental study of the effects of the brief. *Br. J. Med. Psychol*, 52, 1-5.
- Buss, P. M. (2000). Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. *Ciencia e Saúde Coletiva*, 5 (1), 163 – 177.
- Campos, T. C. P. (1995). *Psicologia Hospitalar*. São Paulo: EPU.
- Campos, T. C. P. (2003). *Psicologia Hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Caprara, A. & Franco, A. L. S. (1999). The patient-physician relationship: towards humanization of medical practice. *Cadernos de Saúde Pública*, 15 (3), 1-1.
- Carr, A. J., Thompson P.W., & Kirman J.R.(1996). Outcomes series. Quality of life measures. *Br. J. Rheumatol*, 35: 275-81.
- Carrageta, M. (2006). Risco cardiovascular global. *The British Journal of Cardiology*, 2 (1), 7-9.
- Carvalho, S. R. M. (2006). Screening and Chocard. Graphic diagnosis of arrhythmias. ADN congenital heart diseases in the fetus. *Rev. Bras. Ginecology obstet.*, 26(5) 1-1.
- Castanha, A. R. (2005). *Qualidade de Vida no Contexto da Soropositividade para o HIV, um estudo das Representações Sociais*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa – PB.
- Coelho MTAD, Almeida Filho N. (2003). Análise do conceito de saúde a partir da epistemologia de Canguilhem e Foucault. In: Goldenberg P, Marsigila RMG, Gomes MHA, organizadores. *O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; pp. 101-13.
- Coelho, M. T. A. D. e Almeida Filho, N. de (2002): Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica'. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol. 9(2):315-33.
- Coppini, R. Z. (2001). *Tradução, adaptação e confiabilidade de um instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes psiquiátricos graves: Lancashire Qualif of life Profile. Versão Brasileira*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, São Paulo.

- Costa, M. F. L. & Barreto, S. M. (2003). Tipos de Estudos Epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 12(4), 1-1.
- Coutinho, M. P. L. (2001). *Depressão infantil: Uma abordagem psicossocial*. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB.
- Coutinho, M. P. L. (2005). *Representações Sociais e Práticas em Pesquisa*. João Pessoa: Ed.Universitária/ UFPB.
- Dantas, R.A.S, Gois, C.F.L., Silva, L.M.(2005). Utilização da versão adaptada da escala de qualidade de vida de Flanagan em pacientes cardíacos. *Rev. Latino Americana de Enfermagem*; 13(1): 15-20.
- Dalgalarrondo, P. (2000). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Delboni, T. H. (1996). *Vencendo o stress*. São Paulo: Makron Books do Brasil Editora Ltda.
- Dutra, O. P. (2006). II Diretrizes brasileiras de cardiopatia grave. *Arq. Bras. Cardiol.*, 87(2). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2006001500024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05/02/08.
- Favarato MECS, Favarato D, Hueb WA, Aldrighi JM.(2006). Qualidade de vida em portadores de doença arterial coronária: comparação entre gêneros. *Rev Assoc Med Bras*.52(4): 236-41.
- Fleck, M. P. A. , Leal, O. F., Louzada, S., Xavier, M, C. E.,Vieira G. S. L. & Pinson, V. (1999). Aplicação em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da organização mundial de saúde (Whoqol-100). *Rev. Saúde Pública*, 33(2) 1-1.
- Franken, I., Coutinho, M. P. L. & Ramos, N. (2007). Migração e qualidade de vida, o pensamento social de brasileiros migrantes. In E. C. Krutzen & S. B. Vieira (Orgs.), *Psicologia Social, Clínica e Saúde Mental* (pp. 160-179). João Pessoa: Editora Universitária / UFPB.
- Gebara, I. (2001). *Cultura e Relações de Gênero*. São Paulo: Cepis.
- Hayry, M. (1991). Measuring the QOL; Why, how and what? *Theoretical Medicine*, 12, 97-116.
- Januzzi, P.M.(2004) *Indicadores Sociais no Brasil. Conceitos, Fontes de Dados e Aplicações*. 3.ed. Campinas, SP: Ed. Alínea.
- Kübler-Ross, E. (1998). *Sobre a morte e o morrer* (8ª edição). São Paulo: Martins Fontes.
- Lessa, I. (1999). Epidemiologia das doenças cardiovasculares no Brasil. *Soc. Cardiol. Estado de São Paulo*, 9(4). Disponível em: <[http:// www.socesp.org.br](http://www.socesp.org.br)>. Acesso em 06/02/2008.

- Lipp, M. N. (2000). *Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- McKenna, S. P, Doughty, N. Meads, D.M. Doward, L.C. & Pepke-Zaba, J. (2006). The Cambridge Pulmonary Hypertension Outcome Review (CAMPHOR): A measure of health-related quality of life and quality of life for patients with pulmonary hypertension. *Quality of Life Research*, 15, 103-15.
- Mello Filho, J. (1992). *Psicossomática Hoje*. São Paulo: Artmed.
- Merck (s/d). Manual Merck Saúde para a Família Enciclopédia. Capítulo 14- Biologia do Coração e dos Vasos Sanguíneos- MSD. Disponível em: <http://www.msd-brazil.com/msdbrazil/hcp/mm17/sec16/cap207.html> . Acesso em 10/11/07.
- Merhy EE, Feuerwerker LCM. (2007). Atenção domiciliar: medicalização e substitutividade. Disponível em: <http://www.hucff.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencaodomiciliar/textos.php> [acessado 2007 Mai 22]; [21 p.]
- Minayo, M. C., Hartz, Z. M. & Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e saúde coletiva*, 5(1), 7-18.
- Moraes, T. P. R. & Dantas, R. A. S.(2007). Avaliação do Suporte Social entre Pacientes Cardíacos Cirúrgicos: Subsídio Para o Planejamento da Assistência de Enfermagem. *Revista Latina de Enfermagem*, 15 (2), 1-1. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rle/v.15n2/pt-v15n2a2>.> Acesso em 10/09/2007).
- Moreira, C.A. (2001). *Atividade física na maturidade. avaliação e prescrição de exercícios*. Rio de Janeiro: Shape.
- Moreno P. L., Wender O. B., Barra M., Pellanda L.C., Rohde L. E., Clausell N.(2004) Biópsia endomiocárdica prediz a recuperação da função ventricular após cirurgia de revascularização do miocárdio. *Arq. Bras. Cardiol.* 83(5): 373-378. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066782X2004001700004&lng=en. doi: 10.1590/S0066-782X2004001700004.
- Ormel, J., Lindenberg, S., Steverink, N. & Voonkorff, M. (1997). Quality of life in social production function: A framework for understanding health effects. *Science and Medicine*, 45,1051-1063.
- Paschoal, S. (2000). *Qualidade de Vida do Idoso: Elaboração de um Instrumento que Privilegia a sua Opinião*. Dissertação de mestrado. Faculdade De Medicina/Usp, São Paulo.
- Romano, B. (1999). *Princípios para a Prática da Psicologia Clínica em Hospitais*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Rosa, T. E. C., Benicio, M. H. A., Alves, M. C. G. P. et al. (2007). Aspectos estruturais e funcionais do apoio social de idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Publica*, 2(12). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010211X2007001200019&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 12/02/08.
- Sá, C. P. (1998). *Construção do objeto de pesquisa em representações sociais*. Rio de Janeiro: UERJ.
- Santos, L. D. & Martins, I. (2002). A Qualidade de Vida Urbana – o Caso da Cidade do Porto. *Investigação – Trabalhos Em Curso*.
- SBC – Sociedade Brasileira de Cardiologia (2006). II Diretriz Brasileira de Cardiopatia Grave. A avaliação da capacidade funcional do coração permite a distribuição dos pacientes em classes ou graus, assim descritos. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 87(2).
- Schuttinga JA. Quality of life from a federal regulatory perspective. In: Dimsdale JE, Baum A, editors. *Quality of life in behavioral medicine research*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1995. p. 31-42.
- Seidl, E. M. F. & Zannon, C. M. L. C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Publica*, 20(2), 580-588.
- Selye, H. (1959). *Stress: a Tensão da Vida*. São Paulo: Ibrasa.
- Serra, A. (2002). Recursos e estratégias para lidar com o stress. In A. Serra (Ed.), *O stress na vida de todos* (pp. 365-439). Coimbra: Edição do Autor..
- Sparrenberger F, Santos I, Lima RC (2004). Associação de eventos de vida produtores de estresse e mal-estar psicológico: um estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública*; 20:249-58.
- Takahashi, E. I. U. (1986). Visitas em unidade de terapia intensiva. *Revista Paulista de Enfermagem*, 6 (3), 113-115.
- Takiuti, M. E. (2007). Qualidade de vida após revascularização do miocárdio, angioplastia ou tratamento clínico. *Arq. Cardiol. São Paulo*, 88 (5), 33- 41.
- The WHOQOL Group (1995). The world Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* , 41 (10), 1403-9.
- The WHOQOL Group (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med*, 46, 1569-85.

- Trevizan, S. P. (2000). *Ciência, Meio Ambiente e Qualidade de Vida: uma proposta de pesquisa para uma universidade*. Disponível em: <http://www.scielop.org/scielo.php?pid=> Acesso em 29/09/2007.
- Triviños, A. N. S (1987). *Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas.
- Trucharte, F. A., Knijnik, R. B., Sebastini, R. W. & Angerami – Camon, V. A. (2003). *Psicologia hospitalar: teoria e prática*. 1a. Ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Valla, V. V. (1999). Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cad. Saúde Pública*, 15(sup.2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000600002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 02/05/2008.
- Vargas, T. V. P, Maia, E. M. & Dantas, R. A. S. (2006). Sentimentos de pacientes no pré-operatório de cirurgia cardíaca. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 14(3), 383-388.
- WHO - Organização Mundial de Saúde (2005). *Prevenção de doenças crônicas: um investimento vital*. Disponível em: <http://www.who.int/chp/chronic-diseases-report/contents/en/index.html>. Acesso em 02/05/2008.
- Vasconcelos, E.M. (2006). *A Espiritualidade no Trabalho em Saúde*. São Paulo: Hucitec.
- World Health Organization Quality Of Life. WHOQOL (1995). Assessment: Position Paper From The World Health Organization. *Soc. Sci. Med.*, 41 (10), 1403-9. World Health Organization –WHO – (2001). Relatório mundial da saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Disponível em: http://www.who.int/2001/em/whr01_po.pdf. Acesso em 11/04/2007.
- Zhan, L. (1992). Quality of life: Conceptual and measurement issues. *Journal of Nursing Advanced*, 17(7), 795-800.

APÊNDICE



APÊNDICE A

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

World Health Organization Quality Of Life –Bref-(Whoqol)

Instruções

Este **questionário** é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, 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, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule o número que lhe parece a melhor resposta

1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	Muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
		1	2	3	4	5

2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	Muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
		1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	5	4	3	2	1
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	5	4	3	2	1
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	um pouco	médio	muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunc a	alguma s vezes	freqüentement e	muito freqüentement e	sempr e
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	5	4	3	2	1

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

.....

.....

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO.

Apêndice B

QUESTIONÁRIO

Dados Sociodemográficos/Clínicos

Instituição (ONG): _____

Sexo: () Masculino () Feminino
Idade: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Situação Conjugal: () Casado(a) () Vivendo como casado(a) () Solteiro(a)
() Separado(a) () Viúvo(a) () Divorciado(a)

Situação Funcional: () Dona de Casa () Aposentado(a)
() Empregado(a) () Desempregado(a)

Escolaridade: () Analfabeto
() I grau incompleto () I grau completo
() II grau incompleto () II grau completo
() III grau incompleto () III grau completo
() Pós-Graduação incompleto () Pós-Graduação completo

Renda (número de salários mínimos **ganhos por toda a família**): _____
Quantas pessoas vivem dessa renda? _____

Tempo de Infecção Diagnosticada (anos): _____

Tempo de Tratamento (anos): _____

Está fazendo uso de algum medicamento anti-retroviral? Qual local do tratamento?
() Sim Local: _____
() Não

Como está a sua saúde? () muito ruim () fraca () nem ruim nem boa
() boa () muito boa

Possui algum problema de saúde atual? () não () sim
Qual? _____

Regime de cuidados de saúde: () sem tratamento () ambulatório
() internação

Teve alguma doença oportunista ? () sim () não

APÊNDICE C

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

- a. Fale sobre a sua vida antes da cirurgia.
- b. Como se sentiu ao receber indicação cardio-cirúrgica?
- c. Fale sobre os seus sentimentos frente à hospitalização.
- d. O que mudou na sua vida após a cirurgia?
- e. O que você entende por qualidade de vida?
- f. Você acha que tem qualidade de vida? Fale tudo sobre.
- g. No seu ponto de vista, que perspectivas o futuro lhe oferece?

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, abaixo assinado, tendo sido devidamente esclarecido(a) sobre todas as condições do que trata a pesquisa intitulada **Implicações psicossociais das doenças cardíacas na qualidade de vida de pessoas que foram submetidas ao procedimento cardio-cirúrgico e com risco cardíaco**, tendo como pesquisadora responsável Tânia Regina Santos de Moura, mestranda do Programa de Pós-Graduação Interinstitucional em Psicologia Social – UFPB / UNINILTONLINS declaro que, tendo pleno conhecimento dos direitos e das condições que me foram assegurados, autorizo a realização desta entrevista e/ou aplicação de questionários, estando ciente de que:

- Posso me recusar a responder a qualquer pergunta e tenho a liberdade de retirar o meu consentimento, deixando de participar do estudo a qualquer momento;
- Tenho a garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida relacionada com a pesquisa;
- Tenho a segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade;
- Os dados serão utilizados em pesquisa;
- A entrevista será gravada em fita cassete.

Declaro, ainda, que concordo inteiramente com as condições que me foram apresentadas e que, livremente, manifesto a minha vontade em participar do referido estudo.

Manaus, _____ de _____ de 2008.

Assinatura do (a) Entrevistado (a)

