

Qualidade de vida após revascularização do miocárdio

Olímpio J. N. V. BITTAR*

RBCCV 44205-155

BITTAR, O. J. N. V. - Qualidade de vida após revascularização do miocárdio. *Rev. Bras. Cir. Cardiovasc.*, 7(1):1-8, 1992.

RESUMO: A utilização de indicadores que mostrem a qualidade de vida de um indivíduo data de tempos recentes e, segundo alguns autores, permanece mal definida; porém, dentro de um senso médico, constituem um agregado de representação de incapacidade, desconforto e sofrimento, resultante de uma doença e/ou uma ação médica. Nesta pesquisa avaliaram-se 672 pacientes, divididos em quatro estratos ocupacionais, que foram submetidos a revascularização do miocárdio, por implantação de ponte de safena e/ou artéria mágica, ou angioplastia transluminal coronária, quanto às condições físicas, psicológicas e sociais apresentadas após o procedimento terapêutico. As entrevistas, em número de duas, foram realizadas antes do procedimento e no quarto mês após o mesmo. Somente 5,06% dos pacientes relataram não estar desfrutando a vida com prazer, apresentando insônia, ansiedade, medo da morte, dificuldades de relacionamento, dor e cansaço.

DESCRIPTORES: miocárdio, revascularização, qualidade de vida; qualidade de vida, revascularização miocárdica.

INTRODUÇÃO

De acordo com SPITZER¹⁹, a palavra-chave, *qualidade de vida*, não foi usada antes de 1975, embora houvesse certos trabalhos que marcavam o início de uma preocupação em verificar as condições de vida de pessoas e/ou grupos, como é o caso do "Report of Eisenhower Commission", o "National Goals", encontrado em 1960 e que se importava com a medida de qualidade de vida.

Ainda, continuando com Spitzer, convém assinalar que a maioria dos metodologistas nas ciências de saúde e nas ciências sociais tem adotado uma política de incorporar pelo menos três dimensões em escalas ou índices propostos para medir saúde ou qualidade de vida e que são: função física, estado mental e habilidade em se engajar em atividades sociais.

WENGER²³ determina três componentes para qualidade de vida: capacidade funcional, percepções

e sintomas, e suas conseqüências. Quanto à capacidade funcional, ela tem cinco subcomponentes: habilidade em realizar atividades de vida diária, função social, função intelectual, função emocional e o resultante *status* econômico.

Percepções são os pontos de vista e julgamento de valores dos componentes; interesse e percepções de estado de saúde geral, nível de bem-estar e satisfação com a vida.

Sintomas de doenças, se induzido pelo tratamento ou doenças concorrentes, ou abolido ou reduzido pela intervenção, é o terceiro maior componente. De fato, os três são interrelacionados, afirma Wenger.

Da perspectiva epidemiológica, MIETTINEM¹³ conclui que:

a) qualidade de vida é um importante aspecto dos resultados em saúde, juntamente com a duração da vida.

Trabalho realizado no Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia e no Hospital do Coração da Associação do Sanatório Sírio. São Paulo, SP, Brasil. Recebido para publicação em 10 de janeiro de 1992.

* Do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia.

Endereço para separatas: Olímpio Bittar. Av. Dr. Dante Pazzanese, 500. Ibirapuera. 04012 São Paulo, SP, Brasil.

b) o conceito de qualidade de vida permanece mal definido, mas é, dentro de um senso médico, um agregado de representação de incapacidade, desconforto e sofrimento, resultante de uma doença e/ou uma ação médica.

c) em medicina, qualidade de vida é, em conceito, específica a vários tipos de situações clínicas, e escalas empíricas necessitam ser similares a especificar situações.

d) melhor desenvolvimento de escalas específicas a tipos particulares de situação clínica permanece um desafio a teóricos de qualidade de vida, bem como a peritos em medidas que trabalham com especialistas.

Especificamente em relação à cirurgia coronária, WENGER *et alii*²⁵ firmam que esse procedimento, o da avaliação de qualidade de vida, é medida importante, face às características favoráveis de morbidade e mortalidade.

Fatos biológicos que influenciam qualidade de vida incluem angina, medicações, reinternações, performance no teste ergométrico e distúrbios do sono.

Entre os estados psicológicos, encontram-se ansiedade, humor, fadiga, bem-estar e traços como hipocondríase e negatividade.

A categoria trabalho, segundo WENGER²⁴ inclui ambas, desempenho e satisfação, e tem papel social e econômico na vida de homens e mulheres. O desempenho de papéis sociais inclui participação em lazer, formal e informalmente, e atividades recreacionais com amigos, intervenções com familiaridade e grupos dentro da comunidade, envolvimento com tarefas cívicas, relação com familiares e responsabilidades.

O objetivo deste trabalho é estudar a qualidade de vida de pacientes submetidos a revascularização do miocárdio através de dois procedimentos: cirurgia de implantação de ponte de safena e/ou artéria mamária e angioplastia transluminal coronária.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

No período compreendido entre janeiro de 1990 e junho de 1991, 672 pacientes com lesão coronária maior ou igual a 75% do lúmen obstruído, uni ou multiarterial, com indicação de revascularização do miocárdio, por ponte de safena e/ou artéria mamária ou angioplastia transluminal coronária, foram entrevistados por uma única entrevistadora, em duas ocasiões, uma antes e outra no quarto mês após o procedimento.

Outros critérios de inclusão foram: pacientes de ambos os sexos, idade inferior a 65 anos, empregados

ou não. Todos os pacientes foram admitidos consecutivamente.

Os critérios de exclusão foram: pacientes submetidos ao procedimento em condições de emergência; aqueles portadores de outras lesões, que seriam corrigidas no momento do procedimento, como aneurismas de ventrículo e de aorta; disfunções valvares; portadores de marcapasso cardíaco, e os aposentados.

As variáveis selecionadas foram as educacionais, ocupacionais, psicológicas (medo, ansiedade, percepção), de atividades de lazer, de relacionamento social, bem-estar físico e mental.

Quanto às condições físicas, psicológicas e sociais, os dados para esta avaliação foram coletados pela única pergunta aberta constante dos formulários. A entrevistadora foi orientada para deixar o paciente "à vontade" para responder e estimulá-lo, se necessário, a descrever como estava conduzindo sua vida naquele período, no que diz respeito à parte social (festas, reuniões), profissional (relacionamento no local do trabalho, prazer em retornar às atividades, planos para o futuro).

Foi questionado, também, quanto à sua capacidade de desenvolver atividades de vida diária, como higiene e alimentação.

Os pacientes também deveriam se manifestar quanto às suas apreensões, seus medos, sintomas (dor, dispnéia, nervosismo, insônia), bem como à sua satisfação com a vida.

A própria entrevistadora anotava e, finalmente, classificava em uma das seguintes condições: péssima, regular, boa e ótima, de acordo com o conjunto de respostas dadas pelo entrevistado.

Como principal objetivo da pesquisa visava conhecer o não-retorno ao trabalho, em diferentes estratos ocupacionais, o cálculo do tamanho amostral baseou-se nesse parâmetro.

Assim, para cada estrato, o tamanho mínimo da amostra foi de 168 pacientes, tendo, como estimativa do parâmetro, "não-retorno" igual a 12,5%, erro máximo de amostragem de 5% e coeficiente de confiança de 95%.

A verificação de diferenças das variáveis quantitativas foi feita usando-se técnicas estatísticas: análise de variância e o teste T de Student. Para as qualitativas, o confronto foi realizado com o Qui quadrado e o teste exato de Fisher. As decisões foram tomadas ao nível de significância de $\alpha = 0,05$. Para proporções, foi feito o cálculo do intervalo de confiança da verdadeira proporção (coeficiente de confiança de 95%).

Com base na literatura apresentada e com os critérios elaborados, distribuiu-se a população em estratos ocupacionais. Resultaram dessa construção quatro estratos, assim compostos:

E I - Estrato executivo

Este estrato é formado por profissionais cuja função na organização não está diretamente, ou necessariamente, vinculada à formação acadêmica, sendo outros os requisitos exigidos para a atuação profissional, dedicando-se à tomada de decisões e/ou à liderança de funcionários. Esta categoria profissional, composta por proprietários, presidentes, diretores e gerentes, é conhecida como **executiva**. Agregamos a ela, neste trabalho, as altas patentes militares, bem como executivos de empresas públicas.

E II - Estrato universitário

Este estrato é formado por profissionais cuja função na organização guarda estreita interdependência com a **formação acadêmica a nível superior**, como suporte técnico a suas decisões. Aqui englobamos os profissionais liberais, supervisão de primeira linha, assessoria técnica, analistas e oficiais militares.

E III - Estrato de técnicos de nível médio

Este estrato engloba técnicos de **nível médio**, atuantes na indústria, comércio, agricultura e serviços, como, por exemplo, técnicos de laboratório, técnicos de enfermagem, técnicos de manutenção, programadores de computador, técnicos em agrimensura. Neste estrato incluímos os micro-empresários que, além da administração geral dos negócios, atuam como técnicos nas áreas de produção. Os suboficiais militares foram incluídos neste estrato.

E IV - Estrato de profissionais não qualificados ou semi-qualificados

Neste estrato estão considerados os profissionais que, pela natureza do trabalho, a educação formal, não têm peso como nas categorias anteriores. São as **categorias profissionais não qualificadas ou semiqualificadas**, como ajudantes de um modo geral, auxiliares, atendentes e domésticas, sem escolaridade ou cujo nível educacional é equivalente ao primeiro grau. As patentes militares de cabo e soldado estão incluídas neste estrato.

A classificação acima tem, como critério para agrupamento das ocupações, a natureza do trabalho, grau de complexidade das tarefas que definem nível

hierárquico, como também de escolaridade, especialização, habilidades envolvidas, grau de risco, esforço físico.

Os pacientes participantes foram atendidos no Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (IDPC) da Secretaria de Estado da Saúde e no Hospital do Coração da Associação do Sanatório Sírio (HCor), entidades especializadas em doenças cardiovasculares com tradição nas áreas de assistência médica, ensino e pesquisa, localizadas na cidade de São Paulo.

RESULTADOS E COMENTÁRIOS

Caracterização e distribuição da amostra

Dos 672 pacientes, 546 pertenciam ao sexo masculino, sendo que, das 126 mulheres, 79% delas concentraram-se no estrato IV.

Quanto à cor, 93,8% eram brancos e, quanto ao estado civil, 87,1% eram casados ou viviam acompanhados.

Quanto à idade, 93,8% dos homens e 99,2% das mulheres encontravam-se entre 40-65 anos.

O número de cirurgias foi igual a 374 e o de angioplastias igual a 298, como mostra a Tabela 1, sendo que o número de cirurgias foi maior no HCor e o de angioplastias, no IDPC. Quanto ao sexo, as mulheres foram submetidas a angioplastias em maior número, enquanto que os homens, a cirurgia.

Analisando-se em relação aos estratos, o maior número de cirurgias ocorreu no I e no II.

Qualidade de vida

a) condições físicas e psicológicas

Dos 672 entrevistados, como mostra a Tabela 2, nenhum foi classificado em **péssimas condições** e somente 5,06% em **condições regulares**, isto é, não estavam desfrutando da vida com prazer, relatando insônia, ansiedade, medo da morte, dificuldades de relacionamento, dor e cansaço.

Do restante dos pacientes, 81,54% foram classificados em condições física e psicológica **boas**, e 13,4% em **ótimas condições**.

Embora esta pergunta tenha dois pontos de subjetividade, o do paciente e da entrevistadora, não deixa de refletir as melhoras físicas e psicológicas proporcionadas pelos procedimentos.

TABELA 1

DISTRIBUIÇÃO POR SEXO, ESTRATO OCUPACIONAL E PROCEDIMENTO DOS PACIENTES REVASCLARIZADOS

SEXO PROC.	MASCULINO				SUB TOTAL	FEMININO				SUB TOTAL	TOTAL
	CIRURGIA		ANGIOPLASTIA			CIRURGIA		ANGIOPLASTIA			
ESTRATO	Nº	%	Nº	%		Nº	%	Nº	%		
I	110	66,27	56	33,73	166	2	100,00	-	-	2	168
II	100	62,89	59	37,11	159	3	33,33	6	66,67	9	168
III	69	45,10	84	54,90	153	8	53,33	7	46,67	15	168
IV	37	54,41	31	45,59	68	45	45,00	55	55,00	100	168
TOTAL	316	57,88	230	42,12	546	58	46,03	68	53,97	126	672

TABELA 2

CONDIÇÕES FÍSICAS E PSICOLÓGICAS RELATADAS PELOS PACIENTES PÓS PROCEDIMENTO

PROC. ESTR.	CONDIÇÕES PÉSSIMAS				REGULARES				BOAS				ÓTIMAS				TOTAL
	A	%	CIR.	%	A	%	CIR.	%	A	%	CIR.	%	A	%	CIR.	%	
I	-	-	-	-	1	0,60	5	2,98	45	26,79	82	48,81	10	5,95	25	14,88	168
II	-	-	-	-	4	2,38	3	1,79	52	30,95	82	48,81	9	5,36	18	10,71	168
III	-	-	-	-	7	4,17	3	1,79	77	45,83	65	38,69	7	4,17	9	5,36	168
IV	-	-	-	-	4	2,38	7	4,17	77	45,83	68	40,48	5	2,98	7	4,17	168
TOTAL	-	-	-	-	16	2,38	18	2,68	251	37,35	297	44,19	31	4,61	59	8,78	672

A = angioplastia transluminal coronária; CIR. = cirurgia.

A importância disto, como dizem STATON *et alii*²¹, é que a correlação de benefícios funcionais incluem ambas as variáveis, físicas e psicológicas.

Isto faz STATON *et alii*²⁰ afirmarem que, dada a natureza do problema, a intervenção deve ser individualizada e multidisciplinar.

SCHEIR *et alii*¹⁸ relatam estimativas de outros autores, que acreditam que a cirurgia é uma experiência extremamente estressante, 20% a 40% dos pacientes exibem um lento e difícil ajustamento, uma piora das condições psicológicas, mesmo a despeito de uma melhora fisiológica.

Segundo eles, o otimismo tem um efeito importante na recuperação do paciente, sendo que indivíduos pessimistas são mais hostís, depressivos e expressam menos satisfação com o tratamento recebido do corpo clínico. Estes dados são diferentes desta pesquisa, o que se explica pela seleção dos pacientes.

Os dados de FRANK *et alii*⁵ relatam que, quando perguntado aos pacientes sobre como a cirurgia tinha afetado sua visão da vida ou personalidade, somente 8% relataram sentir-se pior.

A necessidade do médico focar a reação dos pacientes, seus hábitos e estilo de vida são realçados por CORBELLINI & MAISANO² face aos componentes fisiológicos e psicológicos a serem levados em conta no processo de reabilitação.

DAVID & JUNEAU⁴, perguntando aos pacientes sobre o seu estado geral, encontraram as seguintes respostas: 24,7% estavam muito bem, 60,3% bem e 12,3% mal. Estes dados diferem um pouco dos resultados encontrados, mas não estão em total desacordo, e a diferença pode ser explicada no que diz respeito ao método.

KLONOFF *et alii*⁶ encontraram 84% dos pacientes livres da angina, o que fez concluir que a cirurgia implicava em melhor qualidade de vida e essa qualidade está intimamente relacionada com a capacidade de trabalho.

Os resultados de KORNFIELD *et alii*⁷ são os que mais se aproximam dos aqui encontrados, sendo que os pacientes apresentam grande prazer em viver, redução do nervosismo, melhor humor, melhora no trabalho, satisfação familiar e sexual.

DUNGHIN *et alii*³ também reforçam a importância de tratar os problemas psicológicos, principalmente na análise de por que pacientes jovens não retornam ao trabalho.

O teste do Qui quadrado revela que não existe associação entre tipo de procedimento e o estado e condições físicas e psicológicas relatadas pelos pacientes ($p > 0,05$)

Resta concluir que, em 94,9% dos casos, os procedimentos demonstraram eficácia, melhorando efetivamente as condições físicas e psicológicas dos

pacientes, daí esperar que o não-retorno ao trabalho fosse menor do que o encontrado, como será demonstrado a seguir.

b) não-retorno ao trabalho

Em relação a trabalho e saúde, poderemos citar alguns autores como MENDES¹² que, citando Hegel, afirma que o homem se realiza com o trabalho e que a falta de trabalho, o desemprego, a ociosidade são piores para a saúde. Argumenta, ainda, a simplicidade desta informação, visto que, não só o desemprego, mas também os efeitos deletérios sobre a saúde devem ser minimizados.

A Tabela 3 apresenta a distribuição dos pacientes submetidos a cirurgia e a angioplastia, bem como o total e a proporção daqueles que não retornaram ao trabalho original, de acordo com os estratos ocupacionais, verificando-se que a proporção de não-retorno é crescente nos estratos de I ao IV. Assim, no estrato I, não retornaram 11,9%, no II 15,5%, no III 26,2%, no IV 29,8%, resultando em um valor médio de 20,8% (17,8 - 23,9%).

TABELA 3

NÃO-RETORNO AO TRABALHO ORIGINAL DE ACORDO COM O PROCEDIMENTO

ESTRATO	PROCEDIMENTO TOTAL				TOTAL PACIENTES
	CIR.	ATC	NÃO RETORNO	%	
I	14	6	20	11,9	168
II	16	10	26	15,5	168
III	29	15	44	26,2	168
IV	31	19	50	29,8	168
TOTAL	90	50	140	20,8	672

CIR.=cirurgia; ATC=angioplastia transluminal coronária.

A análise dos dados constantes na Tabela 3 pode ser feita de várias maneiras, em relação aos estratos e em relação aos procedimentos.

Quanto aos estratos, observamos que, naquele em que a escolaridade é maior e/ou o trabalho é intelectual, com poder de decisão e de liderança de grupos, o não-retorno ao trabalho é menor, fato que ocorre nos estratos I e II, ao contrário dos estratos III e IV.

A aplicação do teste do Qui quadrado entre os estratos I e II não apresentou diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$), o mesmo ocorrendo com os estratos III e IV ($p > 0,05$). Porém, confrontando-se

os estratos I e II com os estratos III e IV, a diferença estatística é altamente significativa ($p < 0,000001$), o que pode levar à consideração da existência de somente dois estratos, um superior e o outro inferior, no período em que esta pesquisa foi realizada.

Outros autores, como LIDDLE *et alii*⁸, RODIS¹⁷, e RIMM¹⁶, já demonstraram anteriormente essa ocorrência.

Em relação ao tipo de procedimento, verifica-se que aqueles submetidos a angioplastia têm uma proporção de não-retorno menor do que aqueles submetidos a cirurgia, fato que está relacionado ao menor traumatismo do primeiro procedimento e também à gravidade da doença, embora os avanços desta técnica permitam que, cada vez mais, pacientes com maior gravidade da doença sejam submetidos à mesma.

Analisando a Tabela 3, verifica-se que, dos 140 pacientes que não retornaram ao trabalho, 90 eram pacientes cirúrgicos. A aplicação do teste do Qui quadrado demonstra que existe uma associação entre o retorno ou não ao trabalho e o tipo de procedimento ($p < 0,05$), favorecendo aqueles pacientes submetidos a angioplastia, ou seja, estes têm maior probabilidade de retorno ao trabalho. Entre aqueles que foram submetidos a cirurgia, 24,1% não retornaram, enquanto que, dos submetidos a angioplastia, 16,8% não o fizeram*.

Dos 140 pacientes que não retornaram ao trabalho, 20,7% (14,4% - 28,4%) assumiram uma outra ocupação, encontrando-se em atividade no quarto mês após o procedimento.

c) condições em relação ao trabalho atual

Os dados constantes da Tabela 4 confirmam o que foi citado anteriormente, sendo que, aqui, 96,42% dos 532 que retornaram ao trabalho original relatam estarem sentindo-se bem com as suas atividades ocupacionais no período pós procedimento.

A proporção dos pacientes que não estavam bem é pequena, 3,58%, embora no estrato IV somente 0,85% deles mostravam-se insatisfeitos.

Estes números são importantes à medida em que revelam otimismo por parte de pacientes, o que prediz uma recuperação favorável, como afirmam SCHEIR *et alii*¹⁸.

Esse estudo de Scheir ainda relaciona o otimismo encontrado com a qualidade de vida do coronariano e a capacidade de planejamento para ele próprio e para sua recuperação, o que faz com que ele corra atrás de informações sobre sua conduta.

* Com relação a dados sobre não-retorno, outras conclusões ligadas a variáveis, como idade, sexo, decisão pessoal e outras influências, antecedentes, hábitos, perfil bioquímico e suporte "pós-operatório" encontram-se em: BITTAR, O.J.N.V. - *Retorno ao trabalho após revascularização do miocárdio*. Ribeirão Preto, 1992. [Tese. Doutorado. Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo].

TABELA 4

NÚMERO DE PACIENTES QUE RELATAM ESTAREM SENTINDO-SE BEM COM ATIVIDADES OCUPACIONAIS APÓS O PROCEDIMENTO

OPINIÃO	ESTRATO I		ESTRATO II		ESTRATO III		ESTRATO IV		TOTAL	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Não	7	4,73	6	4,23	5	4,04	1	0,85	19	3,58
Sim	141	95,27	136	95,77	119	95,96	117	99,15	513	96,42
TOTAL	148		142		124		118		532	

TABELA 5

PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO DOS PACIENTES DOS SEXOS MASCULINO E FEMININO, ANTES E DEPOIS DO PROCEDIMENTO E PARTICIPAÇÃO EM PROGRAMAS DE REABILITAÇÃO DEPOIS DO PROCEDIMENTO

ESTRATO	EXERCÍCIO FÍSICO				REABILITAÇÃO		TOTAL
	ANTES		DEPOIS				
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
I	58	34,52	151	89,88	11	6,55	168
II	64	38,10	154	91,67	6	3,57	168
III	63	37,50	144	85,71	15	8,93	168
IV	30	17,86	131	77,98	7	4,17	168
TOTAL	215	31,99	580	86,30	39	5,80	672

Um fato interessante é que, quando perguntados se relacionaram a doença com a ocupação, 31,7% (18,2% - 35,2%) dos pacientes o fizeram.

d) mudanças de hábito de vida: exercício físico e reabilitação

Quanto a estes dois aspectos, importantes na prevenção e recuperação do paciente coronariano, o quadro encontrado foi um contraste.

O número de pacientes que realizavam algum tipo de exercício físico, como mostra a Tabela 5, antes do procedimento era igual a 32,0%, percentual este que se elevou a 86,3% no pós procedimento, muito embora boa parte dos pacientes se limitasse a andar um tempo máximo de 30 minutos ao dia, a maioria deles sem uma orientação profissional contínua.

CLANCY *et alii*¹ alertam para a relação entre exercício físico e percepção do paciente de um estado de bem-estar, o que favorece o retorno ao trabalho.

O fato preocupante foi a quantidade de pacientes freqüentando um serviço de reabilitação: somente 5,8%. Certamente, essa ocorrência é devida à falta de serviços de reabilitação na área de cardiologia, como também em outras áreas.

A importância da reabilitação na melhora física e psicológica do paciente e o seu retorno ao trabalho é demonstrado por autores como MAISANO & GOBBATO¹⁰, STERN *et alii*²², ZANETTINI *et alii*²⁷, WIRLUND²⁶, MAYOU¹¹, LORIOT *et alii*⁹, entre outros.

Há posições contrárias, como as de PERK *et alii*

¹⁴, definindo que a reabilitação não ajuda no retorno ao trabalho, porém melhora a qualidade de vida e, ainda mais, reduz o número de reinternações hospitalares e o uso de ansiolíticos, aumentando a sensação de bem-estar físico.

O papel da reabilitação e a importância de o paciente retornar à atividade que o permita obter renda para a sua sobrevivência interferem, positivamente, na sua recuperação física e mental, após um estado patológico e um procedimento, e é realçado no que se denomina "trabalho com deveres limitados", descrito por RANDOLPH & DALTON¹⁵.

Estes autores mostram que a integração entre profissionais de saúde, empregadores e empregados (pacientes) melhora sua atitude e faz com que o retorno precoce ao trabalho seja significativo.

CONCLUSÕES

Pode-se afirmar que, quanto às condições físicas e psicológicas e também aquelas em relação ao trabalho atual, os procedimentos terapêuticos obtêm sucesso face ao número absoluto e percentual de pacientes que manifestaram otimismo e segurança após os mesmos, o que leva à conclusão de que existe uma boa qualidade de vida para eles.

Esperava-se que um maior número de pacientes retornassem ao trabalho, embora aqueles submetidos a angioplastia o façam em maior número, possivelmente devido ao menor traumatismo físico e emocional relacionado ao procedimento e ao grau de comprometimento da doença coronária.

Existe uma tendência dos pacientes mudarem os hábitos de vida após o procedimento, como pode ser demonstrado através de prática de exercícios físicos,

porém somente um pequeno número tem acesso à reabilitação física, pela escassez de centros especializados.

RBCCV 44205-155

BITTAR, O. J. N. V. - Quality of life after myocardial revascularization. *Rev. Bras. Cir. Cardiovasc.*, 7(1): 1-8, 1992.

ABSTRACT: Quality of life is a very new indicator about physical, psychological and social conditions of patients with chronic disease as after a medical intervention. It can be summarized as an addition of representation about incapacity, disability and suffering. 672 patients were evaluated, divided in four strata, submitted to myocardial revascularization, with coronary artery bypass graft and/or internal mammary artery, and coronary angioplasty, about physical, psychological and social conditions after the intervention. The research showed that only 5,06% of those patients referred no pleasure in living, anxiety, fear about death, pain, and tiredness.

DESCRIPTORS: myocardial revascularization, quality of life; quality of life, myocardial revascularization.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 CLANCY, C.A.; WAY, J.M.; GUINN, G.A. - The effect of patients perceptions on return to work after coronary artery bypass surgery. *Heart Lung*, 13: 173-176, 1984.
- 2 CORBELLINI, P. & MAISANO, G. - Human relations as a coronary risk factor. *Eur. Heart J.*, 9: 35-39, 1988.
- 3 DANGHIN, N.; DAVID, P.; ROBERT, P.; BOURASSA, M.G. - Employment following aortocoronary bypass surgery in young patients. *Cardiology*, 69: 52-59, 1982.
- 4 DAVID, H. & JENEANU, M. - Enquete sur les consequences socio-economiques du pontage aorto-coronarien. *Vie Med. Can. Fr.*, 3: 1089-1093, 1974.
- 5 FRANK, K.A.; HELLER, S.S.; KORNFELD, D.S. - A survey of adjustment to cardiac surgery. *Arch. Int. Med.*, 130: 735-738, 1972.
- 6 KLONOFF, H.; CLARK, C.; KAVANAGH-GRAY, D.; MIZGALA, J.; MUNRO, I. Two-year follow-up study of coronary bypass surgery: psychological status, employment and quality of life. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.*, 97: 78-85, 1989.
- 7 KORNFELD, D.S.; HELLER, S.S.; FRANK, K.A.; WILSON, S.; MALM, JAMES, R. - Psychological and behavioral responses after coronary artery bypass surgery. *Circulation*, 66 (Supl. 3): 124-128, 1982.
- 8 LIDDLE, H.V.; JENSEN, R.; CLAYTON, P.D. - The rehabilitation of coronary surgical patients. *Ann. Thorac. Surg.*, 34: 374-382, 1982.
- 9 LORIOT, G.; SEBAOUN, G.; PHILBERT, M.; PROTEAU, J. - Étude des modalités de reprise du travail après infarctus du myocarde. *Arch. Mal. Coeur*, 39: 394-498, 1978.
- 10 MAISANO, G. & GOBBATO, F. - Workshop on occupational cardiology. *Eur. Heart J.*, 9 (Supl. 1), 1988.
- 11 MAYOU, R. - Prediction of emotional and social outcome after a heart attack. *J. Psychosom. Res.*, 28: 17-25, 1984.
- 12 MENDES, R. - Importância da ocupação como determinante de saúde-doença: aspectos metodológicos. *Rev. Bras. Saúde Ocup.*, 17: 18-30, 1989.
- 13 MIETTINEN, O.S. - Quality of life from epidemiologic perspectives. *J. Chron. Dis.*, 40: 641-643, 1987.
- 14 PERK, J.; HEDBACK, B.; ENGUALL, J. - Effects of cardiac rehabilitation after coronary artery bypass graft on readmissions, return to work, and physical fitness: a case-control study. *Scand. J. Med.*, 18: 45-51, 1990.
- 15 RANDOLPH, S.A. & DALTON, P.C. - Limited duty work: an innovative approach to early return to work. *J. Am. Assoc. Occupat. Health Nurs.*, 37: 446-453, 1989.
- 16 RIMM, A.A.; BARBORIAK, J.J.; ANDERSON, A.J.; SIMON, J.S. - Changes in occupation after aorta/coronary vein-bypass operation. *JAMA*, 236: 361-364, 1976.
- 17 RODIS, S.M. - Work status after artery bypass operation. *J. Cardiovasc. Surg.*, 26: 228-230, 1985.
- 18 SCHEIR, M.F.; MAGOVERN, G.J.; ABBOTT, R.A.; MATHEWS, K.A.; OWENS, J.F.; LEFEBVRE, R.G.; CARVER, C.S. - Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: the beneficial effects on physical and psychological well-being. *J. Pers. Soc. Psychol.*, 57: 1024-1040, 1989.

- 19 SPITZER, W. O. - State of Science 1986: quality of life and functional status as target variables for research. *J.Chron.Dis.* **40**: 465-471, 1987.
- 20 STATON, B.A.; JENKINS, D.; DENLINGER, P.; SAVAGEAU, J.A. - Predictors of employment status after cardiac surgery. *JAMA*, **249**: 907-911, 1983.
- 21 STATON, B.A.; JENKINS, D.; SAVAGEAU, J.A.; HURER, R.L. - Functional benefits following coronary artery bypass graft surgery. *Ann. Thorac. Sug.*, **37**: 286-290, 1984.
- 22 STERN, M.J.; PASCALE, L.; McLOONE, J.B. Psychosocial adaptation following acute myocardial infarction. *J. Chron.Dis.*, **29**: 513-526, 1976.
- 23 WENGER, N.K. - Quality of life: can it and should it be assessed in patients with heart failure. *Cardiology*, **76**: 391-398, 1989.
- 24 WENGER, N.K. - Quality of life concerns in the rehabilitation of patients with cardiovascular disease. *Bibl. Cardiol.*, **40**: 109-128, 1986.
- 25 WENGER, N.K.; MATTSON, M.E.; FURBERG, C.D.; ELISON, J. - Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies. *Am. J. Cardiol.*, **54**: 908-912, 1984.
- 26 WIKLUND, I. - Sick-role and attitude towards disease and working life two months after a myocardial infarction. *Scand. J. Rehab. Med.*, **16**: 57-64, 1984.
- 27 ZANETTINI, R.; TOMASINI, M.; VILLA, A.; GESANA, G.C. - L'infarto miocardico nell'età produttiva: considerazioni sulla ripresa dell'attività lavorativa. *Med. Lav.*, **74**: 361-369, 1983.