

AValiação de Qualidade de Vida e Capacidade Funcional em Pacientes no 90° ao 120° Dia Pós-operatório de Revascularização Miocárdica

EVALUATION OF QUALITY OF LIFE AND FUNCTIONAL CAPACITY IN PATIENTS AT 90° TO 120° DAY AFTER CORONARY ARTERY BYPASS GRAFT

MARCELLUS SOUSA ARANTES¹

RESUMO

Objetivos: A revascularização miocárdica (RM), procedimento cirúrgico realizado com taxas de mortalidade e complicações muito baixas, permanece como um dos principais tratamentos indicados para alívio de sintomas e aumento de sobrevida, em grupos específicos. Explorar aspectos de qualidade de vida no pós-operatório surge como nova ferramenta para acompanhar desfechos e influenciar decisões sobre tecnologias de tratamento. Este estudo visa avaliar a percepção de qualidade de vida e o grau de funcionalidade em pacientes submetidos à cirurgia de RM, entre 90° e 120° dia de pós-operatório. Pretende também auxiliar na decisão sobre o tempo adequado para retorno ao trabalho, principalmente aquele com sobrecarga manual. Métodos: Desenvolveu-se pesquisa de campo, qualitativa, observacional, descritiva, usando técnica de aplicação de questionários (SF 36) e testes clínicos. Foram recrutados 56 pacientes submetidos a cirurgia de R.M. entre junho e outubro de 2014. Resultados: Constatou-se que houve melhora, com significância estatística, dos domínios aspectos físicos, dor, vitalidade, saúde mental. No entanto, desempenho emocional e função social não obtiveram melhora significativa. A limitação por dor ao exame físico correlacionou-se significativamente com os domínios dor no corpo e limitação por problemas emocionais. Conclusão: O tempo médio de 90 dias de afastamento tende a ser curto para recuperação de esternotomia, principalmente naqueles trabalhadores com sobrecarga manual, especialmente quando não estão incluídos em programas de reabilitação cardíaca. A orientação quanto às atividades físicas no pós-operatório tende a ser mais restritiva que o necessário. Os aspectos emocionais estão entre aqueles que obtiveram menor desempenho após a aplicação do questionário.

DESCRITORES: QUALIDADE DE VIDA, REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA, AFASTAMENTO DO TRABALHO

ABSTRACT

Objectives: The coronary artery by-pass graft (CABG), a procedure developed with low mortality rates or complications, still remain an appropriate treatment for chest pain relief, especially angina, extend aliveness, in specific sets. Thus, investigating quality of life features after surgery arises as a new tool to access outcomes and act upon choices about new treatments and technologies. This survey aims at the perception of quality of life and functionality's levels of the patients undergone CABG, at about ninetyth day after surgery. Furthermore, it intends to help the suitable decision about time to return to work, specially those one with manual overload. Methods: A field, observational, qualitative, descriptive study was developed using questionnaire tecnic (SF 36) and physic tests. 56 patients undergone CABG between june and october, 2014, were called. Results: After all the procedures and statistc analyses, it was evidenced that physical, pain, vitallity, mental helth domains showed significant improvement. Othewise, emotional performance and social functining didn't achieve the goal. Pain restriction at physical test correlated significantly with body pain (B.P.) and emotional restrictions (Role Emotional - R.E.). Conclusions: Hence, an average of ninety days away from work, for restoration after sternotomy, mainly among manual overload workers, seem to be a shot time, specially when they are not included in cardiac rehabilitation programs. Physical activity structions were more restrictive than necessary. The worst performance among the domains of the SF-36 questionnaire was emotional role.

KEYWORDS: QUALITY OF LIFE, CORONARY ARTERY BY-PASS GRAFT, RETORATION AFTER STERNOTOMY

1 - Médico cardiologista titulado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia. Preceptor na Residência de Cardiologia da Santa Casa de Misericórdia de Goiânia-GO. Médico especialista em Terapia Intensiva pela Associação Brasileira de Medicina Intensiva

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares são o grupo de doenças que determinam 30% de todos os óbitos no Brasil, seguidas pelas neoplasias que somam 16,88% (1). Quanto às internações, 242.848 internações em 2012 por doenças isquêmicas do coração, correspondendo a 12,52% do total das internações (2).

Quanto aos gastos com saúde pública no setor de doenças cardiovasculares, em 2004 o setor público pagou R\$ 1.139.363.988,84 pelas hospitalizações por doenças cardiovasculares; reembolsou separadamente por 35.076 cirurgias cardíacas ao custo de R\$ 243.937.076,36, 18.324 procedimentos relacionados a marcapassos ao custo de R\$ 149.871.335,09 (3).

Em 2005, segundo dados extraídos do SUIBE (Sistema de Benefícios da Previdência Social) disponibilizados pelo IPEA, as causas cardiovasculares eram as primeiras causas de aposentadoria por invalidez. Quanto aos benefícios por incapacidade, as causas cardiovasculares figuram em quarto lugar (4).

A cirurgia de revascularização miocárdica constitui uma das formas de atenção em nível secundário, quando a doença aterosclerótica coronariana já se encontra em estágio avançado, determinando, além de risco de mortalidade, prejuízo à qualidade de vida e à força de trabalho do paciente. Com relação a taxas de sobrevivência, a cirurgia de RM demonstrou aprimoramento principalmente nos primeiros anos após o procedimento, sem vantagens de sobrevida após 10 a 12 anos.

Essa cirurgia vem sendo desenvolvida com taxas de mortalidade e complicações cada vez menores. Assim, com a redução dessas taxas a níveis tão baixos, a seleção entre métodos de tratamento alternativos vem sendo baseada em medidas de qualidade de vida, incluindo minimização da dor e das incapacidades (5).

A avaliação de desfechos de tratamento e qualidade de vida para os pacientes fazem parte da medicina científica moderna. A importância dessa avaliação vem sendo evidenciada através da prática clínica, particularmente com a introdução de inovações tecnológicas dispendiosas, quando avaliar apenas taxas de mortalidade é muito pouco para influenciar na decisão de indicar ou não o procedimento. Entretanto, ainda não há concordância do significado da qualidade de vida ou como deve ser mensurada.

No seguimento das intervenções cardíacas, desfechos vêm sendo avaliados em termos de mortalidade, complicações e recorrência de sintomas, já que são mais fáceis de serem medidos. (6). Entretanto, essas medidas não são capazes de apresentar um acesso completo às capacidades do indivíduo em casa, trabalho, ou na comunidade (7). Assim, os desfechos em cirurgia de RM podem ser agrupados em categorias que refletem os objetivos esperados, como: aumento de sobrevida, redução de sintomas, melhora nas

funções sociais, psicológicas e físicas, bem como avanço nas condições de trabalho. (8).

Além disso, avaliando-se os manuais de perícias médicas pelo Brasil - Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) (9), Sindicato dos Profissionais em Educação no Ensino Fundamental em São Paulo (SINPEEM) – verifica-se que neste há sugestão de afastamento por 90 dias para recuperação após cirurgia de R.M. e naquele não há sugestão direcionada especificamente para pacientes em pós-operatório dessa cirurgia. Nos manuais pelo mundo também não é diferente: no Guidelines for Medical Aspects of Fitness to Work in the Oil Industry (10) existe sugestão para 120 dias de afastamento após cirurgia cardíaca. Já no Advancing Surgical Standards (11), recomenda-se 3 meses de afastamento do trabalho, se o paciente desempenha atividades manuais de elevados esforços físicos. Acrescentam ainda que se não retornou até 120 dias é porque provavelmente está desenvolvendo ansiedade com relacionada ao retorno à atividade laboral. Não retornar ao trabalho por longo período pode desencadear ansiedade intensa, isolamento ou falta de autoconfiança, influenciando inclusive na qualidade de vida.

Na prática clínica ambulatorial tem-se observado que após noventa dias de afastamento de suas atividades, os pacientes ainda apresentam algumas limitações para desempenho de atividades da vida diária. Consequentemente, não reuniriam ainda condições para retornar ao trabalho. Lembrando que desempenhar atividade laboral faz parte da melhoria dos aspectos relacionados à qualidade de vida.

Ao revisar a literatura, verificam-se poucos estudos brasileiros avaliando os outros objetivos almejados com a execução da cirurgia cardíaca, além das taxas de mortalidade e complicações pós-procedimento.

OBJETIVOS

Objetivo Geral: Avaliar a qualidade de vida e o grau de funcionalidade dos pacientes submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Goiânia, que se encontravam entre 90º. e 120º. dia de pós-operatório, através de aplicação de questionário de qualidade de vida e exame físico.

Objetivos Específicos: Avaliar o estado de saúde através da aplicação de questionário que envolva aspectos emocionais, sociais, vocacionais (do trabalho) e aspectos da vida doméstica.

Avaliar subjetivamente a execução de movimentos ativos e contra resistência dos membros superiores, tornando mais acurada a aferição do grau de funcionalidade do paciente.

Propor discussões e futuras pesquisas no sentido de determinar o melhor momento e a melhor forma de orientar a reinserção do paciente na vida social e no mercado de trabalho.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de campo, qualitativa, observacional, descritiva, usando técnica de aplicação de questionários e testes clínicos, com seleção aleatória dos participantes, a ser desenvolvida com os pacientes egressos no ambulatório de cirurgia cardíaca da Santa Casa de Misericórdia de Goiânia por um período de cinco meses.

Todos os pacientes submetidos a cirurgia de revascularização miocárdica entre os meses de julho e outubro de 2014 foram convocados para serem submetidos a avaliação complementar no ambulatório de cirurgia cardíaca da Santa Casa de Misericórdia de Goiânia.

Foram convocados, via telefone, 56 pacientes submetidos a cirurgia de RM entre junho e outubro de 2014. Atenderam às ligações apenas 36 pacientes, sendo que compareceram para exame apenas 20.

Critérios de inclusão:

- Paciente submetido a cirurgia cardíaca na Santa Casa de Misericórdia de Goiânia, sendo uma delas a revascularização miocárdica

Critérios de exclusão:

- Sequela de AVC superior ao grau 2 na escala de Ranking modificada
- DPOC moderada e grave;
- Doença renal crônica estágio final;
- Transtorno depressivo significativo em tratamento contínuo com mais de uma droga antidepressiva pré-cirurgia.

Todos os pacientes incluídos no estudo receberam orientações escritas e verbais sobre a inclusão no estudo, em seguida assinando termo de consentimento livre e esclarecido.

Esta avaliação não exigiu qualquer despesa extra dos participantes do estudo.

No que se refere ao instrumento de aferição da percepção de aspectos funcionais globais dos pacientes decidiu-se adotar o questionário SF-36. O Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) (12,13). Esse questionário é uma ferramenta que pode ser aplicada em pessoas a partir dos 12 anos de idade e que objetiva pesquisar o estado de saúde física e mental na prática clínica individualmente e na população geral. O questionário é composto por 36 questões que abordam oito domínios (ou dimensões) em dois grandes componentes: o componente físico que envolve a capacidade funcional, a dor, o estado geral de saúde e o aspecto físico. O componente mental contempla a saúde mental, o aspecto emocional, o aspecto social e a vitalidade, que é avaliada por 35 questões. Além disso, há mais uma questão comparativa entre a saúde atual e a do ano anterior. A finalidade das questões foi transformar medidas subjetivas em dados

objetivos, que permitissem análises de forma específica, global e reprodutível.

Com o intuito de analisar resultados motores associados ao pós-operatório das cirurgias de revascularização miocárdica (R.M.), bem como explorar resultados relacionados à capacidade laboral, especialmente em trabalhadores manuais, é indispensável examinar os movimentos referentes à mecânica respiratória, movimentos dos membros superiores e cintura escapular.

O músculos com inserção no esterno: peitoral maior (Adução, rotação medial, flexão e flexão horizontal do ombro), esternocleidomastóideo, esternohiáideo, esternotireóideo, transverso do tórax (Estabilização da parte antero-inferior do tórax); bem como os seguintes músculos sem inserção no esterno: escalenos, intercostais internos e externos, elevadores das costelas, serrátil anterior, peitoral menor; têm ação inspiratória e são afetados indiretamente pela esternotomia mediana.

Inicialmente procedia-se anamnese clínica e ocupacional, anotando-se os dados coletados com relação a: idade, sexo, profissão, status ocupacional atual, medicamentos em uso no momento, queixas relacionadas a movimentos dos membros superiores, dor esternal, limitação de desempenho em atividades da vida diária.

Por isso, após a etapa de anamnese, foi aplicado o questionário SF 36 (anexo II), procedendo-se a leitura de cada pergunta e de cada item, anotando-se a resposta do examinando. Durante a aplicação do questionário, ainda era acrescentado questionamento quanto à data em que o paciente passou a desenvolver atividades de autocuidado (alimentação, banho, vestuário, higiene, excretas) sozinho.

Após conclusão do questionário, aplicava-se exame físico com foco nos movimentos de tronco e membros superiores (14):

1 - Inspeção

Com o paciente sentado, procedia-se a avaliação de assimetrias, deformidades ou hipotrofias nos ombros, peitoral, deltóide ou membros superiores. Inspeção dos movimentos da coluna cervical, amplitude dos movimentos de agachamento e flexão anterior da coluna lombar, movimentos ativos dos ombros e cotovelos. Anotando-se limitações de amplitude de movimentos e dor à realização dos movimentos.

2 - Palpação

Com o paciente sentado, realizou-se a palpação das regiões: subdeltoidea lateral, subacromial anterior, movimentos da elevação lateral, abdução, rotações externa e interna, contra resistência. Procedeu-se também a avaliação da força desses movimentos contra resistência, bem como avaliação da força dos movimentos de flexão e extensão do antebraço contra resistência.

Eram anotadas todas as referências quanto a sintomas e todas as observações de déficits de força ou interrupção do movimento por dor referida.

RESULTADOS

Dentre os vinte pacientes selecionados para o estudo, 60% (12) eram do sexo masculino e 40% (8) do sexo feminino.

Onze pacientes (55%) dos 20 examinados experimentaram dor durante realização de qualquer dos tipos de manobras ao exame físico, com ou sem resistência.

Foi perguntado a 14 pacientes, durante a aplicação do questionário SF 36, desde quando passaram a realizar atividades básicas da vida diária sem auxílio (higienizar-se, vestir-se, alimentar-se). A maioria (oito pacientes – 57,1%) respondeu que em torno de 30 a 40 dias. Sendo que a segunda resposta mais frequente foi desde alta (28,57%)

Quanto à hipertensão, 17 pacientes (85%) se declararam hipertensos. Quanto à diabetes mellitus, cinco (25%) se declararam diabéticos.

Sete pacientes (35%) usavam três classes de anti-hipertensivos. Dos pacientes que usavam diuréticos, dois estavam usando furosemda.

Para verificar relação entre a idade e o total de cada escore calculou-se a correlação para todas elas. Além do resultado da correlação, confirmou o resultado com um teste de hipótese de correlação para verificar se existe correlação diferente de zero. Os resultados podem ser conferidos na Tabela 1. Os resultados dos testes apresentaram-se todos não significativos, portanto não há evidências de ter relação entre a idade e qualquer um dos totais dos escores calculados.

Tabela 1: Resultados das correlações e testes de correlação da idade com cada total dos scores.

Variável	Correlação	Teste de correlação (p-valor)
F.F.	0,2798	0,2321
R.P.	-0,0959	0,6874
B.P.	0,2924	0,2109
G.H.	0,1854	0,4338
VIT	0,4052	0,0763
S.F.	0,2748	0,241
R.E.	0,175	0,4606
M.H	0,3301	0,1552

Dividiu-se os pacientes em três grupos: Grupo 1 – entre 51 e 60 anos. Grupo 2 – entre 61 e 70 anos. Grupo 3 – maior que 70 anos.

Com estes grupos comparou-se novamente cada escore, através de uma Análise de Variância, para verificar se há diferença nos escores de cada grupo.

Na Tabela 2 encontram-se os resultados das ANOVA's. Novamente não houve teste significativo, portanto não existem evidências de diferenças dos escores dos grupos.

Tabela 2: Resultado das ANOVA's das comparações dos escores entre os grupos de idades.

Variável	P-valor
F.F.	0,631
R.P.	0,5591
B.P.	0,6245
G.H.	0,6216
VIT	0,1385
S.F.	0,3488
R.E.	0,3072
M.H	0,2304

A mesma Análise de Variância foi calculada, mas levando em conta o fator sexo, os resultados encontram se na Tabela 3. Também não existem evidências de diferenças dos escores entre os dois sexos, pois todos os p-valores das ANOVA's não indicam significância dos testes.

Tabela 3: Resultado das ANOVA's das comparações dos escores entre os sexos.

Variável	P-valor
F.F.	0,1649
R.P.	0,4449
B.P.	0,1207
G.H.	0,1896
VIT	0,2762
S.F.	0,9609
R.E.	0,7922
M.H	0,824

Para verificar se os escores tem a mesma média observando grupos de pacientes que sentiram dor ao fazer movimentos de flexão, ou limitação de flexão anterior e elevação dos membros superiores, utilizou-se novamente Análise de Variância. Os resultados dos testes estão na Tabela 4. Os testes das variáveis F.F., R.P., G.H., S.F. e M.H. não foram significativos, no entanto, as outras variáveis apresentaram significantes com nível 10%, portanto, existem evidências de existirem diferenças entre os escores dos pacientes que sentem dor e os pacientes que não sentem dor. Além disso, as variáveis B.P. e R.E. apresentaram significância a um nível ainda menor, de 5%. O coeficiente do modelo para a variável B.P. foi de -18,74 para resposta Sim, ou seja, os escores dos pacientes que sentiam dor eram em média 18,74 pontos menores que os pacientes que não sentiam dor. Já o coeficiente da variável VIT para resposta Sim foi de -15,91, ou seja, os pacientes que sentiam dor tinham em média escores

15,91 pontos menores que os outros pacientes que não sentiam dor. E o coeficiente da variável R.E. foi de -30,64, ou seja, os pacientes que sentiam dor tinham em média escores 30,64 pontos menores que os outros pacientes que não sentiam dor.

Tabela 4: Resultado das ANOVA's das comparações dos escores entre os pacientes que sentiram dor ao fazer movimentos de flexão, ou limitação de flexão e elevação.

Variável	P-valor
F.F.	0,1208
R.P.	0,9886
B.P.	0,0221*
G.H.	0,1334
VIT	0,0516**
S.F.	0,1095
R.E.	0,0366*
M.H.	0,1267

* Significante com nível de 5%; ** Significante com nível de 10%;

Por fim, foram comparadas as médias dos escores dos pacientes após 90 dias da cirurgia com os escores de outros pacientes que fizeram os questionários antes das cirurgias. Na Tabela 5 encontram-se as médias dos dois grupos, além disso, nesta tabela incluem-se os desvios-padrão, medianas, mínimos e máximos dos escores dos pacientes.

Na Tabela 6 estão os resultados dos testes de médias para comparar os resultados dos escores dos pacientes deste estudo com os escores dos pacientes de outro estudo que responderam os questionários antes da operação, e apenas as variáveis S.F. e R.E. não apresentaram melhora. As outras variáveis tiveram testes com relevância estatística com nível de significância de 5%, portanto existem evidências de existirem melhoras dos escores dos pacientes que responderam o questionário após a operação para as variáveis F.F, R.P, B.P, G.H, VIT e M.H.

Na Figura 1 mostra-se em gráfico de barras os resultados pré-operatórios do estudo de , comparados com os resultados pós-operatórios deste estudo, a fim de tornar a comparação das médias de valores absolutos mais didática.

Tabela 5: Medidas descritivas dos escores dos pacientes do estudo e as médias dos escores dos pacientes do outro estudo.

Variável	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo	Média (pré operatório)
F.F.	61	65	20,42	25	90	52
R.P.	36,25	25	37,58	0	100	15
B.P.	76,11	77,78	18,83	44,44	100	25,4
G.H.	66,5	65	21,22	30	95	23,2
VIT	71,25	70	18,42	35	100	46,1
S.F.	80	87,5	22,36	12,5	100	73,7
R.E.	68,33	66,67	33,29	0	100	59,9
M.H.	72,8	72	18,92	36	100	53,7

Tabela 6: Resultado dos testes de média das comparações dos escores entre os pacientes que responderam os questionários antes e após a operação.

Variável	P-valor
F.F.	0,0318*
R.P.	0,0102*
B.P.	<0,0001*
G.H.	<0,0001*
VIT	<0,0001*
S.F.	0,1115
R.E.	0,1357
M.H.	0,0001*

* Significante com nível de 5%.

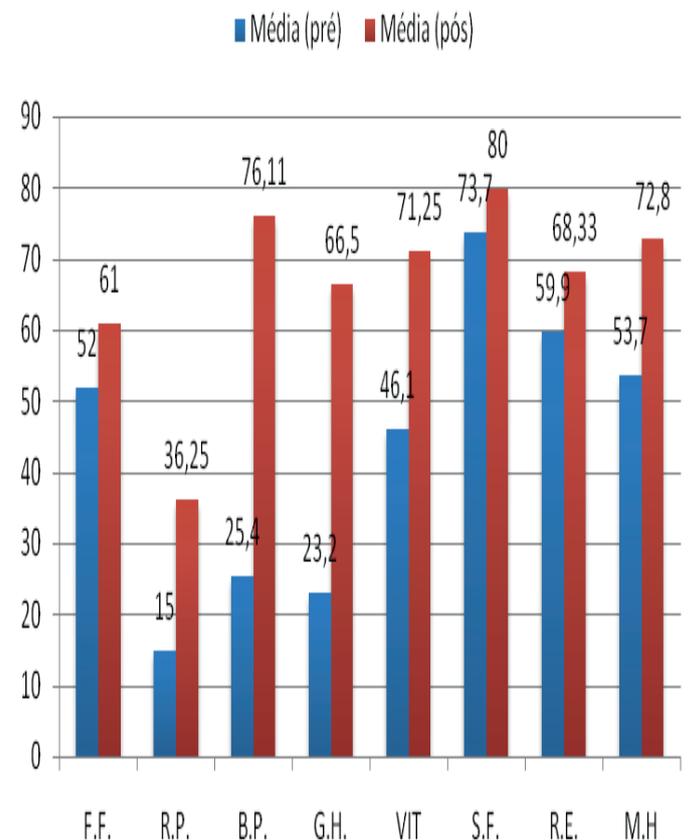


Figura 1: Médias dos escores de cada domínio pré-operatório e pós-operatório.

DISCUSSÃO

No período de produção do estudo, só foram realizadas entrevistas com 20 pacientes, já que os mesmos eram pacientes com origem no interior do Estado e até mesmo de outros Estados, dificultando o deslocamento, apesar de ter sido oferecido auxílio para a viagem. Esse fato comprometeu bastante o tamanho da amostra.

Apesar do tamanho da amostra apresentada nesse estudo não ser ideal para levar a conclusões suportadas por significância estatística, alguns pontos podem ser comparados e discutidos (15-18).

Um dado importante dentro dos resultados do nosso trabalho foi que sentir dor/estar limitado ao exame físico 90 dias após cirurgia cardíaca correlacionou-se com significância estatística aos domínios dor no corpo (B.P.) e limitação de desempenho consequente a problemas emocionais (R.E.) sugerindo que pessoas que se percebem mais limitadas emocionalmente tendem a apresentar mais dor quando desempenham atividades com sobrecarga dos membros superiores. Isso poderia se justificar pelo menor limiar para a dor dentre aquelas pessoas com maior labilidade emocional e desgaste emocional, legitimando a necessidade de acompanhamento multiprofissional mais intensivo dessas pessoas com escores mais baixos nesse domínio, a fim de acelerar sua recuperação, retorno ao trabalho e às atividades da vida diária.

Como instrumento para comparação foram utilizados dados de avaliação pré-operatória do estudo de Freschi, 2011 (15), já que as populações eram semelhantes entre si e os dados de pós-operatório foram semelhantes entre si. Através do confronto desses resultados com os de 90 dias de pós-operatório colhidos no nosso estudo, evidenciamos melhora, com significância estatística, em todos os domínios, à exceção de funcionamento social (S.F.) e limitações de desempenho por problemas emocionais (R.E.). Com relação ao domínio funcionamento social, atribuímos que a melhora não foi significativa porque esse índice não era baixo no pré-operatório, ou seja, a doença coronariana grave não afetava de forma tão significativa a vida social dos pacientes (atividades sociais normais junto à família, amigos, vizinhos e outros grupos). Com relação ao domínio limitações de desempenho por problemas emocionais (R.E.), a melhora não significativa pode estar relacionada ao maior impacto emocional da cirurgia cardíaca nesses pacientes, determinando a persistência dos seus efeitos mesmo após melhora da dor, vitalidade e aspectos físicos.

São poucos os estudos brasileiros que tiveram enfoque na qualidade de vida pós-operatória como um dos parâmetros de sucesso do procedimento de revascularização miocárdica.

Comparando-se os resultados do estudo Parker (18) (questionário aplicado após dois meses de cirurgia), com deste estudo (questionário aplicado após três meses de cirurgia), observa-se que não houve grandes variações nos escores, sempre com tendência a médias de escores melhores para o estudo, à exceção do domínio limitação de desempenho em consequência de problemas de saúde físicos (R.E.). Nesse domínio, a grande discrepância provocada por piores desempenhos no nosso estudo, provavelmente deve-se a orientações restritivas que receberam após a alta. Durante a aplicação do questionário no neste estudo, vários pacientes respondiam que ainda não estavam desempenhando nenhum tipo de atividade física porque foram assim orientados

a permanecer até 90 dias após a cirurgia. Embora uma boa parte revelasse que se sentia pronto para tais atividades.

Em 2009, Almeida (16), publicou trabalho no qual apresentou a experiência do Instituto de Cirurgia Cardiovascular do Oeste do Paraná (ICCOP) com o tratamento de aneurismas de ventrículo esquerdo, com a técnica de endoventriculoplastia com exclusão septal (EVES), imediata e o seguimento por 111 meses. Dentro do estudo, aplicou o questionário de qualidade de vida SF 36 a 23 pacientes no período pós-operatório até seis meses pós-operatório. As médias das respostas obtidas no nosso estudo foram todas maiores (melhores) que as desse estudo, à exceção dos domínios funcionamento físico e limitações por desempenho consequentes a problemas físicos. Fato também explicável pela orientação restritiva que receberam na alta, não modificada com o transcorrer de sua recuperação. Com relação aos outros domínios, é importante lembrar que os pacientes do estudo Almeida, poderiam apresentar estado geral mais comprometido, já que tinham indicação de ventriculectomia.

Em 2013, Boni (17), no Hospital Santa Lucinda, em Sorocaba, São Paulo, publicou artigo no qual investigou 78 pacientes, com o objetivo de determinar o impacto da cirurgia de RM na qualidade de vida dos pacientes. Utilizou também o questionário SF 36, sendo que este foi aplicado anteriormente à cirurgia de RM eletiva e dois meses após. Comparando-se seus resultados aos do nosso estudo, observam-se médias bastante semelhantes na maioria dos domínios. As maiores diferenças ocorreram para percepção geral de saúde e saúde mental, nos quais as respostas foram em média dez pontos superiores para o estudo de Boni et al.

Freschi (15), em dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Botucatu- UNESP, desenvolveu estudo com 90 pacientes para avaliar a percepção de qualidade de vida e nível de funcionalidade em pacientes com doença arterial coronariana submetidos a R.M. ou a angioplastia, antes do procedimento, na alta e 60 dias após o procedimento. No estudo de Freschi (15), detectou-se que quanto mais idosos, melhor se sentiam em relação aos aspectos emocionais e saúde mental. Fatores supostamente explicados pelo amadurecimento característico do envelhecimento, sendo menos impactados por desconfortos emocionais e ansiedades. O mesmo evidenciado no estudo de Gois et al. Contrapondo-se os dados desse estudo aos do nosso estudo, verifica-se que a média das respostas ao questionário foram semelhantes na maioria dos domínios, à exceção dos domínios limitações de desempenho consequentes a problemas físicos (R.P.), vitalidade (V.) e saúde mental (M.H.), nos quais a percepção de desempenho dos pacientes incluídos no nosso estudo foi melhor. Não observamos diferença estatisticamente significativas entre as respostas dos pacientes mais idosos e mais jovens, como foi verificado no estudo de Freschi,(15).

CONCLUSÃO

A revascularização miocárdica, no grupo de pacientes da Santa Casa de Misericórdia de Goiânia, além de promover alívio dos sintomas de angina, e cumprir seus outros papéis nos quesitos sobrevida e reduzida taxa de complicações, mostrou resultados que sugerem fortemente seu impacto positivo na qualidade de vida dos pacientes, independente de idade e sexo.

Os pacientes submetidos a cirurgia de revascularização miocárdica na Santa Casa de Misericórdia de Goiânia vêm recebendo orientações mais restritivas do que o necessário para o estágio de recuperação em que se encontram. Essa afirmação foi corroborada pelo fraco desempenho nos domínios funcionamento físico e limitações por problemas físicos deste estudo, quando comparados com pacientes em pós-operatório tardio de outros estudos.

Por volta dos 90 a 120 dias após cirurgia de revascularização miocárdica, mais da metade dos pacientes ainda apresenta exame físico dos membros superiores alterado, propondo que em sua avaliação previdenciária inicial, pacientes que exercem atividades laborais com esforços manuais, recebam períodos de afastamento mais prolongados.

A ausência de programa de reabilitação cardiovascular para o pós-operatório de RM no nosso serviço pode ter impactado no status funcional físico e emocional do paciente 90 dias após a cirurgia, já que em trabalhos desenvolvidos em outros países a quantidade de pacientes limitados, inclusive para o trabalho, nesse intervalo de tempo é menor.

Fica mais evidente a necessidade do acompanhamento psicológico, não só pelos profissionais da área de psicologia, mas também pelos médicos cirurgiões e clínicos envolvidos com a recuperação desses pacientes em pós-operatório de RM, já que, neste estudo, na maioria das vezes, os domínios com pior desempenho comparativo são aqueles relacionados a problemas emocionais. A presença de profissionais médicos preparados para motivar o paciente e desmistificar crenças quanto a suas limitações poderia ajudar bastante na melhoria da qualidade de vida e status funcional desses pacientes.

AGRADECIMENTOS

Aos meus mestres da Santa Casa de Misericórdia de Goiânia; Às equipes de cirurgia cardíaca e hemodinâmica; aos funcionários do Hospital; Mas, principalmente à Dra Débora Rodrigues por sua dedicação, bem como pelas valiosas orientações durante a elaboração deste estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 - Borges JBC, Ferreira DLMMP, Carvalho SMR, Martins AS, Andrade RR, Silva MAM; Avaliação da intensidade da dor e da funcionalidade no pós-operatório recente de cirurgia cardíaca. Rev Bras Cir Cardiovasc. 2006; 21(4):393-402

- 2 - Xavier TT, Torres GV, Rocha VM. Dor pós-operatória: características quantitativas relacionadas a toracotomia pótero-lateral e esternotomia. Acta Cir Bras - Vol 20 - supl no. 2005. Acesso em: 22.10.14]. (serial on line). Disponível em <http://www.scielo.br/acb>
- 3 - Ansari S, Baig MO, Baig UA. Effect of cardiac rehabilitation phase II training on calf strength in CABG patients. Annals of King Edward Medical University Lahore Pakistan. ANNALS. Apr-Jun. 2012. Vol.18, no.2, pág. 147
- 4 - Laizo A, Delgado FEF, Rocha GM. Complicações que aumentam o tempo de permanência em Terapia Intensiva na Cirurgia Cardíaca. Rev. Bras. Cir. Cardiovasc. 2010. 25(2): 166-171
- 5 - Hawkes AL, Madeleine NM; Benjamin BB; Speare R. Outcomes of coronary artery bypass graft surgery - Coronary artery bypass grafting (CABG): reassessing efficacy, safety, and cost. Medsc Gen Med. 2002 Jun 19; 4(2):7
- 6 - Herlitz J, Karlson BW, Sjöland H, Albertsson P, Brandrup-wognsen G, Hartford M, Haglid M, Karlsson T, Lindelöw B, Caidahl K. Physical activity, symptoms of chest pain and dyspnea in patients with ischemic heart disease in relation to age before and two years after coronary artery bypass grafting. J Cardiovasc Surg. 2001 Apr; 42(2):73-165.
- 7 - Hlatky MA, Boothroyd D, Horine S, Winston C, Brooks MM, Rogers W, Pitt B, Reeder C, Ryan T, Smith H, Whitlow P, Wiens R, Mark DB. Employment after coronary angioplasty or coronary bypass surgery in patients employed at the time of revascularization. Ann Intern Med. 1998,Oct 1; 129(7):543-7.
- 8 - Caine N, Harrison SC, Sharples LD, Wallwork J. Prospective study of quality of life before and after coronary artery bypass grafting. BMJ. 1991 Mar 2; 302(6775):511-6
- 9 - Bittar O J N V. Retorno ao Trabalho após Revascularizacão do Miocárdio. Rev Saúde Pública. 1993. 27(3):195-203
- 10 - Lunel C, Laurent M, Corbineau H, Boulmier D, Guillo P, Lequerrier A. Return to work after cardiac vascular surgery. Retrospective study of a series of 106 patients. Arch Mal Coeur Vaiss. 2003, Jan. 96(1); 15-22.
- 11 - Advancing Surgical Standars. Get Well Soon, Coronary Artery Bypass Graft Surgery [internet]. Inglaterra; 2014. [Acesso em: 2014 nov 11]. Disponível em: <<https://www.rcseng.ac.uk/patients/recovering-from-surgery/cabg>>
- 12 - Rantanen A, Tarkka MT, Kaunonen M, Sintonen H, Koivisto AM, Astedtkurki P. Health-related quality of life after coronary artery bypass grafting. J Adv Nurs. 2009, Sep. 65(9); 1926-36.
- 13 - Nogueira CRSR, Hueb W, Takiuti ME, Girardi PBMA, Nakano T, Fernandes F, Paulitsch FS, Góis AFT, Lopes NHM, Stolf NA. Qualidade de vida após revascularizacão cirúrgica do miocárdio com e sem circulação extracorpórea. Arq Bras Cardiol. 2008. 91(4):217:222
- 14 - Lawry, George V. Exame musculoesquelético sistemático/George V. Lawry; tradução: Jacques Vissoky; Irevisão técnica: Jacques Vissoky] - Porto Alegre: AMGH, 2012. 300p.: Il. Color; 25 cm
- 15 - Freschi L. Avaliação da qualidade de vida e funcionalidade em pacientes com doença arterial coronariana submetidos à revascularizacão miocárdica ou angioplastia [dissertacão]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP); 2011.
- 16 - Almeida RMS. Remodelamento reverso cirúrgico do ventrículo esquerdo: seguimento de 111 meses. Rev Bras Cir Cardiovasc. Out./Dez. 2009. Vol. 24, no.4. Print version ISSN 0102-7638
- 17 - Dal Boni ALM, Martinez JE, Saccomann ICRS. Qualidade de vida de pacientes submetidos à revascularizacão do miocárdio. Acta Paul. Enferm. Nov./ Dez. 2013. Vol. 26, no. 6. On-line version ISSN 1982-0194.
- 18 - Parker RD, Adams J. Activity restrictions and recovery after open chest surgery: understanding the patient's perspective. Bayl Univ Med Cent. Out,2008; 21(4): 421-425.