

CLÁUDIA ZAMBERLAN

**QUALIDADE DE VIDA DE CLIENTES SUBMETIDOS
A INTERVENÇÃO CORONÁRIA PERCUTÂNEA**

RIO GRANDE

2005



**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**QUALIDADE DE VIDA DE CLIENTES SUBMETIDOS
A INTERVENÇÃO CORONÁRIA PERCUTÂNEA**

CLÁUDIA ZAMBERLAN

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Hedi Crecencia Heckler de Siqueira

Co-orientadora: Profa. Dra. Maria Cristina Flores Soares

Rio Grande

2005



CLÁUDIA ZAMBERLAN

**QUALIDADE DE VIDA DE CLIENTES SUBMETIDOS A INTERVENÇÃO
CORONÁRIA PERCUTÂNEA**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de

Mestre em Enfermagem

e aprovada em sua versão final em 16 de dezembro de 2005, atendendo às normas da legislação vigente da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.

Dra. Maria Elizabeth Cestari
Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA:

Hedi Crecencia Heckler de Siqueira
Presidente – Fundação Universidade Federal do Rio Grande

Maria Henriqueta Luce Kruse
Membro Efetivo – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Marta Regina César Vaz
Membro Efetivo – Fundação Universidade Federal do Rio Grande

Maria Elizabeth Cestari
Suplente – Fundação Universidade Federal do Rio Grande

Aos meus pais, Francisco e Vanir, pelo amor, carinho, incentivo e compreensão recebida durante esta etapa de minha formação profissional.

Aos sujeitos desta pesquisa, que permitiram o convívio e a troca de saberes em seus contextos domiciliares.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo dom da vida, pela minha existência, oportunizando-me a realização deste sonho.

Aos meus pais, Francisco e Vanir, pelo exemplo a ser seguido, pela formação recebida, incentivo, apoio, dedicação e amor. Sei que vocês vibraram com cada etapa concluída desta minha caminhada.

Ao meu irmão Franqui, que mesmo distante durante a concretização do Mestrado, ajudou-me fazendo traduções de textos. Aqui vai o meu reconhecimento, admiração e gratidão por ti.

À minha orientadora Prof. Dra. Hedi, que foi mais que uma orientadora, foi amiga, incentivadora, sempre disponível e dedicada. Obrigada por acreditar em meu potencial, por entender minhas limitações e, sobretudo, pela oportunidade de orientar-me na busca do conhecimento.

À minha co-orientadora Prof. Dra. Maria Cristina, pela valiosa contribuição no caminho metodológico em especial, na análise dos resultados. Obrigada pela sua disponibilidade e apoio.

Aos meus colegas de mestrado, mais que colegas, grandes amigos(as), jamais esquecerei de vocês. Obrigada pelo apoio, pela amizade, pelo companheirismo, pela troca de conhecimentos e por me apoiarem nesta conquista.

Agradeço especialmente às minhas colegas e amigas estrangeiras: Cris, Mery, Lurdes, Fernanda e Roze, quantas viagens juntas, quantos sacrifícios para que concretizássemos este sonho. Obrigada por estarem comigo nesta caminhada, jamais esquecerei de nossa amizade.

Aos professores do Curso de Mestrado de Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da FURG, que compartilharam experiências e pelo convívio durante esta etapa de minha vida.

À Direção, coordenação e colegas do Curso Técnico em Enfermagem do Colégio Fátima, pelo apoio dispensado durante esta caminhada.

Ao Centro Universitário Franciscano por acreditar em meu potencial.

À Direção e ex-colegas do Instituto do Coração de Santa Maria (ICOR), pela compreensão e incentivo quando ingressei no mestrado. Podem ter certeza que grande parte de meu conhecimento em cardiologia intervencionista foi adquirido nesta Instituição.

Ao serviço de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista do Rio Grande, por possibilitar-me o levantamento documental dos sujeitos pesquisados.

À minha amiga Hilda, pelo apoio e incentivo, tivemos este sonho em comum, hoje realizo o meu, podes ter certeza que estarei torcendo por ti.

À minha amiga Denise, pelas adequações realizadas na digitação da dissertação, muito obrigada, apesar de estarmos distantes, você sabe o quanto torço por você.

A todos os meus amigos, que não será possível enumerá-los aqui, pois poderia estar esquecendo de algum, obrigada a vocês que se fizeram presentes na realização do Curso.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste estudo.

*Descobri como é bom chegar
quando se tem paciência, e para
chegar onde quer que seja,
aprendi que não é preciso
dominar a força, mas a razão...
é preciso antes de mais nada
querer.*

Amyr Klink



RESUMO

ZAMBERLAN, Cláudia. **Qualidade de vida de clientes submetidos a intervenção coronária percutânea**. 2005. 161f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fundação Universidade do Rio Grande, Rio Grande.

A **questão norteadora** deste estudo surgiu a partir da prática assistencial em unidade de hemodinâmica. Ao pesquisar o tema **qualidade de vida** de clientes submetidos a procedimentos hemodinâmicos buscou-se respostas para a questão norteadora: Como é a qualidade de vida de clientes submetidos a intervenção coronária percutânea no contexto domiciliar? Para que esta e outras indagações pudessem ser respondidas **objetivou-se** investigar a qualidade de vida de clientes submetidos a intervenções coronárias percutâneas no contexto domiciliar. Justifica-se este objetivo a partir dos **pressupostos** de que a qualidade de vida pode ser mensurada através de escalas específicas permitindo o entendimento da objetividade, subjetividade, multidimensionalidade e presença de questões positivas e negativas relacionadas aos sujeitos, além do que a qualidade de vida influencia no restabelecimento de clientes submetidos a intervenções coronarianas, especialmente no que se refere a sua adaptação a essa nova condição de vida. Neste sentido, realizou-se um levantamento documental no Serviço de Hemodinâmica e Cardiologia do Rio Grande, para buscar os sujeitos a serem pesquisados. Após esta etapa a **coleta de dados** processou-se através da observação sistemática e da aplicação do instrumento WHOQOL-bref, que mensura a percepção dos sujeitos acerca da qualidade de vida, a partir de quatro domínios e vinte e seis facetas. A partir da coleta de dados os mesmos foram **analisados quantitativamente** seguidos de uma **discussão qualitativa** onde se encontrou os seguintes achados quanto aos domínios e facetas do instrumento: os sujeitos pesquisados inseriram-se no nível intermediário de satisfação quanto aos domínios. Em relação ao domínio físico as facetas melhor avaliadas foram capacidade de locomoção, necessidade de tratamento para levar a vida diária e satisfação com a capacidade de desempenhar as atividades cotidianas, contrapondo-se a estas encontra-se a faceta pior avaliada que foi a dor física como empecilho para fazer o que se precisa. Em relação ao domínio psicológico a faceta melhor avaliada diz respeito ao sentido da vida, em contra ponto a que refere sentimentos negativos, como mau humor, desespero, ansiedade foi a pior avaliada. Quanto ao domínio social destacou-se a faceta relativa a satisfação com as relações pessoais, porém, a satisfação com a atividade sexual foi a pior avaliada. Em relação ao domínio ambiental a faceta que tende ser melhor avaliada relaciona-se com a satisfação com o local onde o sujeito reside, porém possuir dinheiro suficiente para satisfazer as necessidades diárias foi a faceta pior avaliada neste domínio. A avaliação destes dados permite um conhecimento da qualidade de vida dos sujeitos pesquisados, além do que, propicia subsídios para elencar ações educativas que vão ao encontro das necessidades dos sujeitos pesquisados.

Descritores: Investigação. Qualidade de vida. Pacientes de intervenção coronariana.

ABSTRACT

ZAMBERLAN, Cláudia. **Quality life of customers submitted to haemodynamic procedures**. 2005. 161f. Dissertation (Nursing Master's degree) – Post graduation Program in Nursing, Fundação Universidade do Rio Grande, Rio Grande.

The main subject of this study appeared from the aiding practice in haemodynamics unit. Researching the theme of quality life of customers submitted to haemodynamic procedures, answers were looked for to the northern subject: how is the life quality of customers submitted to coronary intervention in home context? For answer this and other inquiries it was aimed at investigate the quality of life of customers submitted to coronary interventions in home context. This aim is justified by the suppositions that the life quality can be measured through specific scales, allowing the understanding of objectivity, subjectivity, multidimensionality and presence of positive and negative inquiries in relation to the patients, and in what way the life quality influences in the customers' re-establishing, especially in referring their adaptation to new life conditions. In this sense, took place a documental research in Haemodynamics and Cardiology Service of Rio Grande, to look for patients in those conditions. After this stage, data collection was processed by the systematic observation and through WHOQOL-bref instrument application, which measures quality life, from four upper hands and twenty-six facets. Data were analyzed quantitatively, followed by a qualitative discussion, when were identified these discoveries reporting to the instrument domains and facets: the researched subjects point out an intermediate level of satisfaction in relating to the domains. Relating to the physical domain, the facets better evaluated were locomotion capacity, treatment need to take the daily life and satisfaction with the capacity to carry out the daily activities, and the worse facet was the physical pain as difficulty to do what one needs. In relation to the psychological domain the appraised better facet concerns to the sense of the life, and the worse refers negative feelings, as bad mood, despair, anxiety. In the social domain stood out as the relative facet the satisfaction with the personal relationships, however, the bad satisfaction with the sexual activity was appraised worst. In relation to the environmental domain the facet that tends to be better-evaluated satisfaction point to place where the subject resides, and not to possess enough money to satisfy the daily needs was the appraised worse facet in this domain. The evaluation of these data allows understanding the researched subjects life quality; in addition, it propitiates subsidies for point out to educational actions that satisfy the needs of researched subjects.

Descriptions: Investigation. Life quality. Patients of coronary artery intervention.

RESUMEN

ZAMBERLAN, Cláudia. **Calidad de vida de clientes sometidos a los procedimientos de hemodinámica**. 2005. 161f. Disertación (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fundação Universidade do Rio Grande, Rio Grande.

El asunto principal de este estudio apareció de la práctica ayudando en una unidad de hemodinámica. Investigando el tema de la calidad de vida de clientes sometidos a los procedimientos de hemodinámica, se han buscado las respuestas para esta pregunta al asunto: ¿Cómo está la calidad de vida de los clientes sometidos a la intervención coronaria, en el contexto de su casa? Para responder a esta y a otras preguntas se ha propuesto como objetivo una pesquisa de campo. Este objetivo está justificado por las suposiciones que la calidad de vida puede medirse a través de escalas específicas, permitiendo la comprensión de objetividad, subjetividad, dimensionalidad y la presencia de cuestiones positivas y negativas, con relación a los sujetos y de qué manera la calidad de vida influencia el restablecimiento del cliente, sobre todo refiriéndose a su adaptación a las nuevas condiciones de vida. En este sentido, tuvo lugar una investigación documentaria en el Servicio de Hemodinámica y Cardiología de Río Grande, para buscar a los pacientes en esas condiciones. Después de esta fase, la colección de los datos se procesó por la observación sistemática y a través de la aplicación del instrumento WHOQOL-bref que mide la calidad de vida de cuatro dominios y veintiséis facetas. Se analizaron los datos colectados cuantitativamente, siguiendo una discusión cualitativa, cuando se identificó estos descubrimientos: los asuntos investigados señalan un nivel intermedio de satisfacción relacionado a los dominios. En relación con el dominio físico, las facetas bien evaluadas eran la capacidad de locomoción, necesidad del tratamiento para llevar su vida diaria y satisfacción con la capacidad de hacer las actividades diarias, y la más peor faceta era el dolor físico por la dificultad de hacer lo que uno necesita. Respecto al dominio psicológico, la faceta que obtuve mejor evaluación fue el sentido de la vida, y el más peor se refiere a los sentimientos negativos, como humor malo, desespero, ansiedad. En el dominio social, se destacó como positiva la faceta relativa a la satisfacción con las relaciones personales, sin embargo, se estimó como la mala satisfacción la actividad sexual peor. Respecto al dominio medioambiental, la faceta que fue bueno-evaluada es la satisfacción con el lugar donde se reside, y no poseer bastante dinero para satisfacer las necesidades diarias era la más peor faceta estimada en este dominio. La evaluación de estos datos permite la comprensión de la calidad de vida de los sujetos evaluados y, además, propicia los subsidios para establecer acciones educativas que satisfagan las necesidades de los pacientes investigados.

Palabras clave: Investigación. Calidad de vida. Pacientes de intervención en la arteria coronaria.

LISTA DE TABELAS

TABELA 01 – Distribuição por sexo dos sujeitos quanto à faixa etária	78
TABELA 02 – Distribuição dos sujeitos quanto ao grau de instrução	79
TABELA 03 – Distribuição por sexo dos sujeitos quanto ao grau de instrução	79
TABELA 04 – Distribuição dos sujeitos quanto ao estado civil	80
TABELA 05 – Distribuição por sexo dos sujeitos quanto ao estado civil	80
TABELA 06 – Distribuição quanto ao diagnóstico clínico apresentados pelos sujeitos ...	81
TABELA 07 – Distribuição dos fatores de risco, para a doença coronariana, apresenta- dos pelos sujeitos	82
TABELA 08 – Distribuição, por diagnóstico clínico, dos fatores de risco apresentados pelos sujeitos	83
TABELA 09 – Distribuição quanto ao número de intervenções realizadas pelos sujeitos .	84
TABELA 10 – Distribuição quanto às complicações apresentadas pelos sujeitos durante as intervenções.....	84
TABELA 11 – Distribuição quanto ao uso de prótese (<i>stents</i>) pelos sujeitos	85
TABELA 12 – Distribuição das opiniões dos sujeitos quanto ao estado de sua saúde.....	86
TABELA 13 – Distribuição dos problemas de saúde relatados pelos sujeitos	86
TABELA 14 – Distribuição dos sujeitos quanto ao regime de cuidados de saúde	87

TABELA 15 – Distribuição das respostas dos sujeitos quanto à avaliação da qualidade de vida	88
TABELA 16 – Distribuição das respostas dos sujeitos quanto à satisfação com a sua saúde	88
TABELA 17 – Distribuição das respostas dos sujeitos quanto à satisfação em relação a qualidade de vida relacionada ao domínio físico	89
TABELA 18 – Valores médios das notas atribuídas às questões que contemplam o domínio físico. Letras diferentes mostram diferenças significativas ($p = 0,001$) entre as notas atribuídas às questões	89
TABELA 19 – Distribuição das respostas dos sujeitos quanto à satisfação com a qualidade de vida relacionada ao domínio psicológico	90
TABELA 20 – Valores médios das notas atribuídas às questões que contemplam o domínio psicológico. Letras diferentes mostram diferenças significativas ($p = 0,017$) entre as notas atribuídas às questões	90
TABELA 21 – Distribuição das respostas dos sujeitos quanto à satisfação com a qualidade de vida relacionada ao domínio social	91
TABELA 22 – Valores médios das notas atribuídas às questões que contemplam o domínio social. Letras diferentes mostram diferença significativa ($p = 0,000$) entre as notas atribuídas às questões	91
TABELA 23 – Distribuição das respostas dos sujeitos quanto à satisfação com a qualidade de vida relacionada ao domínio ambiente	92
TABELA 24 – Valores médios das notas atribuídas às questões que contemplam o domínio ambiente. Letras semelhantes mostram que não houve diferenças significativas ($p < 0,05$) entre as questões	92

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A – Ofício ao Serviço de Hemodinâmica e Cardiologia do Rio Grande	151
APÊNDICE B – Documento de aprovação do projeto pelo Comitê de Ética	152
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	153
APÊNDICE D – Instrumento de Coleta para Levantamento Documental	154
APÊNDICE E – Diário de Campo	155

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A – Instrumento de Avaliação WHOQOL BREF	157
--	-----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 REFERENCIAL TEÓRICO	28
2.1 Contexto histórico das unidades de atendimento e dos procedimentos hemodinâmicos.....	30
2.2 Fatores de risco para a doença arterial coronariana	35
2.3 Qualidade de vida	40
2.4 Indicadores de qualidade de vida	51
2.5 Instrumentos que mensuram a qualidade de vida	55
3 CAMINHO METODOLÓGICO	60
3.1 Contextualização do estudo e sujeitos da pesquisa	60
3.2 Local da pesquisa	62
3.3 Aspectos éticos da pesquisa	68
3.4 Procedimentos da coleta dos dados e sua descrição	69
3.4.1 Levantamento documental	69
3.4.2 Observação	70
3.4.3 Instrumento WHOQOL-bref	71

	15
3.5 Procedimentos de análise dos dados	73
3.5.1 Procedimentos	74
4 RESULTADOS	77
4.1 Caracterização da população	78
4.2 História clínica dos sujeitos	81
4.3 Análise dos dados do instrumento WHOQOL-bref	85
4.3.1 Condições de saúde dos sujeitos	85
4.3.2 Análise dos dados do questionário do instrumento WHOQOL-bref	87
5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	93
5.1 Caracterização da população	93
5.2 História clínica dos sujeitos	96
5.3 Discussão dos dados do questionário do instrumento WHOQOL-bref	106
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	130
REFERÊNCIAS	141
APÊNDICES	150
ANEXOS	156

1 INTRODUÇÃO

A diversidade de conhecimentos que emergiu e emerge de maneira intensa e constante nas diversas ciências nas últimas décadas e em especial com a descoberta do genoma humano, busca, continuamente, desvelar os processos de transformação social e, sobretudo, entender a cada ser humano como ser único inserido em um universo em permanente mudança.

A vivência profissional na área da saúde representa um campo que proporciona, de maneira contínua, a construção do conhecimento e oportuniza a troca interdisciplinar entre as diversas ciências em que as perspectivas científicas aplicadas à compreensão global da vida, leva o profissional ao aprofundamento destes conhecimentos, permitindo visualizar possibilidades de interferências na resolutividade dos problemas. Respalhada pela experiência, pelo conhecimento e habilidade do cuidar, a profissão – enfermagem – surge como uma força fundamental dentro e fora das instituições de saúde buscando a sincronia entre prevenção, proteção, promoção e recuperação à saúde. Na busca desta sincronia, a enfermagem, enquanto profissão, apoiando-se na ética, na habilidade, na competência, nas atitudes, consolida um importante espaço, abrangendo novas formas tecnológicas e, sobretudo, tomando consciência de que o cuidar é a sua base e deve ser, continuamente, cultivado.

Frente a isso, Costenaro e Lacerda (2001, p. 31-32) afirmam que:

Os serviços em saúde, principalmente enfermagem, experimentam uma grande expansão individual, social e econômica mediante a diversidade de anseios e desejos que surgem deste contexto [...]. Todos esses fatores são um desafio para o nosso fazer e sugerem não só uma enfermagem mais ágil, criativa, competente e valorizada, como também capaz de contribuir para a melhoria das condições de vida da população que cuidamos.

A enfermagem está inserida na sociedade e sua expressão, como ciência, contempla inúmeras situações que necessitam ser enfrentadas através de decisões que beneficiam com o seu fazer a qualidade de vida de cada um. A sua prática inclui a pesquisa, o ensino e a extensão, visto que a relação do cuidar insere a enfermagem como uma profissão no atendimento ao ser humano. Para Silva (1999), a dinâmica do processo de cuidar demonstra a relevância do relacionamento de ajuda a outros, possuindo como requisito para este relacionamento, o envolvimento e o comprometimento. Certamente o envolvimento do enfermeiro, enquanto profissional, leva-o a uma nova dimensão de cuidado, atuando num contexto de interação e respeito mútuo com o outro.

No entender de Boff (2003, p. 11-12):

O cuidado é, na verdade, o suporte real da criatividade, da liberdade e da inteligência, no cuidado se encontra o *ethos* fundamental do ser humano, é nele que identificamos os princípios, os valores e as atitudes que fazem da vida um bem viver e as ações de um reto agir.

Este cuidado respalda a enfermagem como a profissão do cuidado. Olhando para sua história vemos que há tempos passados estava dependente do modelo biomédico. Porém, a reflexão sobre a responsabilidade do cuidar como atividade principal ao bem-estar do outro trouxe novo significado à prática profissional da enfermagem.

Foi sob este prisma que várias indagações surgiram no transcorrer de minha vivência profissional, fazendo-me pensar em um cuidado de enfermagem que ultrapassasse os muros das instituições de saúde. Foi a partir desta idéia e da minha prática profissional na qual estou engajada, centrada principalmente na função assistencial em unidade cardiológica invasiva, que emergiu o interesse cada vez mais latente para desenvolver um trabalho voltado à qualidade de vida de clientes submetidos a procedimentos hemodinâmicos – intervenções coronárias percutâneas¹ – enfatizando o cliente em nível domiciliar², assunto este de extrema importância, pois o coração, considerado um “órgão nobre”, ainda é, para muitas pessoas, um enigma a desvendar em relação ao processo saúde-doença.

Dedicada a esta área desde minha formação acadêmica, destaco a afinidade com o tema e a sua relevância visto que a abrangência das afecções cardiológicas (cardiopatias) é cada vez mais crescente, destacando-se como a principal causa de morbi-mortalidade mundial. Porém, a abrangência e as inovações tecnológicas neste setor, no que tange a métodos diagnósticos e terapêuticos, vêm desencadeando nos últimos anos um aumento da expectativa de vida da clientela cardiopata, sendo estes tratados, geralmente, com êxito.

¹ “Intervenção coronária percutânea é uma técnica não-cirúrgica aplicada como alternativa para cirurgia de desvio da artéria coronária no tratamento da arteriopatia coronária obstrutiva” (HUDAK; GALLO, 1997, p. 221).

² Abordando o contexto domiciliar convém destacar a afirmação de Erdtmann e Erdmann (2003), os quais referem que a abrangência da enfermagem domiciliar compreende o conjunto ao valorizar a diversidade de elementos do contexto, contemplando toda a singularidade de emoções que emergem no cotidiano.

Beck (1999) destaca que uma das funções da enfermagem é manter o paciente assistido, proporcionando o bem-estar e a possibilidade de alcançar níveis satisfatórios de qualidade de vida. Muniz e Santana (2002) consideram que a enfermagem, ao prestar cuidados, necessita estar atenta para as situações vivenciadas no dia a dia do cliente que receberá este cuidado, sem esquecer que, as crenças, atitudes e valores poderão influenciar, de alguma maneira, no cuidado de si. Assim, nas relações de cuidado deve-se assistir o ser humano como alguém que possui uma história de vida própria e singular.

Partindo desta idéia e da experiência vivida, observando as recidivas em relação aos clientes submetidos a procedimentos hemodinâmicos, é que despertou-me a curiosidade e a vontade de investigar “extra muros” estando assim “atenta ao cotidiano do ser cuidado”, buscando levantar dados no contexto domiciliar, com aqueles que realizaram intervenções, procedimentos hemodinâmicos, no intuito de averiguar a sua qualidade de vida.

O interesse em investigar a qualidade de vida dos clientes submetidos a procedimentos hemodinâmicos deve-se ao grande número de clientes que retornam aos serviços de hemodinâmica para a realização de novas intervenções, muitas vezes, para tratar a mesma coronária que já fora, anteriormente, diagnosticada e tratada. A partir destas experiências, algumas indagações permearam e permeiam minha vivência profissional: O que estará acontecendo com os clientes submetidos a intervenções coronarianas percutâneas? Quais são as causas que levam clientes submetidos a tais intervenções a reestenoses, já que se dispõe, hoje, de materiais altamente eficazes para o tratamento? Como se encontram os aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais desta clientela? Como profissional multiplicadora de cuidado, como posso contribuir nesta questão?

Partindo desta perspectiva, busquei subsídios para embasar estes questionamentos e concluí que se torna necessário conhecer o processo de viver, o estilo de vida e a qualidade de vida dessa clientela, pois poderá estar nesta questão a resposta às minhas inquietudes: apesar de tantas inovações tecnológicas na área da hemodinâmica, ainda temos muitas recidivas da clientela submetida a intervenções coronarianas. Sabe-se que hoje, o estilo de vida³ é um forte marcador e que contribui, fundamentalmente, para o processo de cura desta clientela, isto pode ser focado nos trabalhos de alguns autores que abordam o estilo de vida (CASAS, s.d; CÁRDENAS; CIANCIARULLO, 1999; NAHAS, 2003). Acredita-se, também, que a qualidade de vida está sujeita às diversas interferências, ambientais, sociais, psicológicas e físicas, entre outras, que poderão desviar a saúde de seu ciclo normal, possibilitando processos patogênicos. Portanto, a qualidade de vida vem sendo cada vez mais discutida, na atualidade, envolvendo diversos enfoques e setores sociais, assumindo grande importância, sob diversos aspectos, tanto individual quanto coletivamente.

Vários são os autores (DEMO, 1996; FLECK *et al.*, 1999; RABELO; PADILHA, 1999) que discutem qualidade de vida e diversas são as conceituações adotadas para o tema. Muitas vezes, este termo é aplicado na literatura com um único significado, mas King e Porter (1992) referem que qualidade de vida é um termo multidimensional, que inclui não somente fatores objetivos como também subjetivos e que tanto o bem-estar físico como o psicológico devem ser considerados na análise desta natureza. Esta análise desenvolve a idéia de que qualidade de vida envolve questões multifacetadas e que esta multiplicidade de fatores deve

³ Para Bordieu (1983, p. 82), “as diferentes posições que os grupos ocupam no espaço social correspondem a estilos de vida, sistemas de diferenciação [...] nas condições de existência”. Nahas (2003, p. 19) relata que o estilo de vida caracteriza-se pelo “conjunto de espaços habituais que refletem as atitudes, os valores e as oportunidades na vida das pessoas”. Continua enfatizando do que “pesquisas em diversos países, inclusive no Brasil, têm mostrado que o estilo de vida, mais do que nunca, passou a ser um dos mais importantes determinantes da saúde dos indivíduos, grupos e comunidades”.

ser considerado para a sua investigação, pois ela é complexa em sua essência e para tanto é preciso examinar os determinantes potenciais para sua correta avaliação.

Entendo por determinantes potenciais os fatores que influenciam direta ou indiretamente na qualidade de vida dos indivíduos. Assim, todas as relações sociais, inter e intra-pessoais, bem como a maneira de explorar o domínio físico e psicológico, os aspectos religiosos, as crenças, as atitudes e a interação com o ambiente⁴ influem fortemente na qualidade de vida e, portanto, devem ser considerados ao aferir a qualidade de vida dos indivíduos.

Mesmo que não haja uma definição única para o termo qualidade de vida a Organização Mundial da Saúde define-a como a percepção que o indivíduo possui diante de sua posição na vida, no contexto cultural, nos sistemas de valores que o mesmo vive e também em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL GROUP, 1994).

Conforme Fleck *et al.* (1999), a expressão qualidade de vida surgiu pela primeira vez nos Estados Unidos, em 1964, e a partir de então o interesse pelos padrões sociais, instigaram inúmeros pensadores, filósofos, cientistas e políticos a investir neste campo de conhecimento. O termo foi usado nas ciências com o intuito de valorizar parâmetros que levam ao aumento da expectativa de vida da população.

⁴Ambiente é aqui entendido como o espaço em que os sujeitos submetidos a intervenções coronárias percutâneas estão inseridos abrangendo principalmente o ambiente no lar, sua segurança física e proteção, incluindo também os espaços que compartilha com os seres humanos aos quais se relaciona, o ambiente social e natural em que está inserido.

Lima e Gualda (2000) consideram que a qualidade de vida pode abranger a avaliação subjetiva e objetiva do ser humano, sofrendo influências de valores culturais, religiosos, étnicos, entre outros. Entende-se, assim, que a qualidade de vida refere-se à capacidade do ser humano de viver em condições saudáveis, mas para isso torna-se necessário à percepção do indivíduo não somente no que tange ao fator doença, mas fundamentalmente, à adequação de seu estilo de vida à terapêutica instituída, após a intervenção coronariana.

É nesta grande temática da qualidade de vida que focalizo minha proposta de trabalho, centralizando a avaliação nos determinantes potenciais, capazes de interferir na qualidade de vida dos clientes submetidos a intervenções coronárias percutâneas. Essa busca expressa a vontade de conhecer esta clientela, percebendo o cuidado como compromisso e responsabilidade social.

Com a finalidade de conhecer trabalhos científicos sobre a temática, realizei uma busca junto as principais revistas de enfermagem (Revista Brasileira de Enfermagem (REBEN), Revista Texto e Contexto, Nursing dentre outras); em banco de dados (Medline, Lilacs, e Scielo) e também em diversos autores que estudam qualidade de vida (REBELO, 1995; DEMO, 1996; FLECK *et al.*, 1999; RABELO; PADILHA, 1999; FLECK *et al.*, 2000; PASCHOAL, 2000; ALBUQUERQUE, 2003). Constatei que o tema é amplo, vários trabalhos existem hoje sobre qualidade de vida, ressaltando, especialmente, aspectos relativos às condições de trabalho, ao idoso, aos pacientes com doenças crônico-degenerativas, oncológicas, porém, visualizei que nesta multiplicidade de trabalhos nenhum aborda, especificamente, a qualidade de vida de clientes submetidos a procedimentos hemodinâmicos, focando a qualidade de vida no contexto domiciliar. Desta maneira, considero de grande importância e responsabilidade a temática proposta já que a projeção para o cenário mundial é

de aumento das doenças cardiovasculares. Esta assertiva é destacada por Barreto *et al.* (2003) quando referem que as doenças cardiovasculares, além de serem consideradas uma importante causa de mortalidade, também são representativas em termos de morbidade. Continuam enfatizando que a estimativa para 2020 é de que três quartos dos óbitos da população idosa serão devidos às doenças crônicas em especial as cardiovasculares relacionadas sobretudo ao estilo de vida da população.

A ciência hoje tem demonstrado que inúmeros fatores desencadeiam a doença coronariana, sendo de prevalência elevada os fatores ambientais (inclui-se nestes fatores o estresse, alimentação inadequada) e psicossociais fazendo-se necessários maiores estudos que determinem mecanismos precisos de prevenção.

Marinho (2003) refere que, no Brasil, as doenças cardiovasculares situam-se como o mais importante grupo de doenças causadoras de mortalidade, enfocando o estilo de vida não saudável das populações como um dos responsáveis pela incidência deste grupo de doenças. Ressalto, portanto, a importância do cuidado de si nesta questão e especialmente, a avaliação da qualidade de vida de pacientes submetidos a intervenções coronarianas, vindo respaldar a colocação desta autora.

As nações industrializadas estão buscando, meios sempre crescentes que possibilitem a diminuição de mortes por doenças cardiovasculares. Considerando a magnitude do problema, a literatura demonstra que somente nos Estados Unidos em torno de seiscentas mil pessoas morrem por ano por causa desta enfermidade que não é somente espantosa quanto a sua mortalidade, mas também como doença que gera problemas de inúmeras proporções,

invalidando milhões de pessoas, muitas das quais, ainda durante os anos mais produtivos de suas vidas (MELTZER *et al.*, 2001).

Capra (1982), já referenciava que uma pessoa pode contrair arterioesclerose, como resultado de uma vida pouco saudável. O tratamento cirúrgico de uma artéria estenosada pode aliviar, temporariamente, a dor, mas não fará o indivíduo reabilitar-se completamente, pois a intervenção cirúrgica trata simplesmente o efeito local de um distúrbio sistêmico, que continuará a existir até que os problemas subjacentes sejam identificados e solucionados. Em virtude desta colocação, considero o ambiente e o estilo de vida, importantes para o êxito dos procedimentos terapêuticos. Isto possibilita pensar que a qualidade de vida torna-se um fator importante para a reabilitação ou a progressão de doenças coronarianas, sendo indicado o seu estudo e sua correta intervenção.

Através destas constatações e da construção deste pensar, **justifico a importância deste estudo visto que poderá contribuir de forma singular através do conhecimento construído para que esta clientela possa ser orientada corretamente e, assim, não necessite ser submetida a novas intervenções hemodinâmicas, motivando um cuidado maior de si em todo o seu ciclo vital.**

Compreender o ser humano é um processo que demanda empatia. Para Muniz e Santana (2002), a compreensão do ser humano é de suma importância para que ao enfermeiro seja possibilitada a condição de auxiliá-lo na realização de cuidados de si. Esta atitude de compreensão humana contempla o entendimento de um ser biológico, psicológico e espiritual inserido em um contexto sócio-cultural. A avaliação dos determinantes potenciais capazes de interferir na qualidade de vida poderá conduzir a construção de um conhecimento capaz de

fornecer informações mais eficazes para um plano de cuidados específicos que evite o retorno desta clientela a unidades de cuidados secundários.

Com base nas reflexões expostas e diante da realidade constatada e vivenciada ao longo de minha atividade profissional, surgiram muitas inquietações, levando-me a seguinte **questão norteadora** da pesquisa:

Como é a qualidade de vida dos clientes submetidos a intervenções coronárias percutâneas, no contexto domiciliar?

Encontrar respostas a esse questionamento poderá levar ao entendimento de diferentes situações apresentadas na prática profissional. O conhecimento da qualidade de vida dos clientes submetidos a intervenções coronárias percutâneas poderá auxiliar na promoção, na prevenção, no tratamento, e na reabilitação do cliente, visto que ela não se relaciona somente ao fato de viver bem, mas, viver plenamente incluindo assim a sua capacidade potencial, sua possibilidade de ajustar-se ao meio e a nova norma estabelecida, quanto ao estilo de vida, adequando-o a real situação.

Este ajustamento implica em diversas questões capazes de levar o ser humano à busca do bem-estar na possibilidade de uma associação de vida saudável, uma maior sobrevida, menor reincidência de estenoses e principalmente a sua adaptação a nova condição de vida.

Embora a resposta à questão de pesquisa só possa ser produzida no decorrer do trabalho, neste momento **pressuponho** que:

- a qualidade de vida pode ser mensurada a partir de escalas específicas permitindo ao profissional enfermeiro o entendimento da objetividade, da subjetividade, da multidimensionalidade e a presença de questões positivas e negativas relacionadas com os sujeitos em estudo;
- a qualidade de vida influencia no restabelecimento de clientes submetidos a intervenções coronárias percutâneas e especialmente quanto a sua adaptação a essa nova condição de vida.

Considerando a possibilidade de contribuir de forma abrangente na questão de pesquisa proposta destaco como o **objetivo geral** para este estudo:

Investigar a qualidade de vida dos clientes submetidos à intervenção coronária percutânea no contexto domiciliar.

Para que este objetivo possa ser atingido, propõe-se especificamente:

- **mensurar** a qualidade de vida de clientes submetidos a intervenções coronárias percutâneas através de um instrumento validado;
- **averiguar** os determinantes potenciais que influenciam direta ou indiretamente na qualidade de vida da clientela submetida a intervenções coronárias percutâneas;

- **analisar** os aspectos referentes ao processo de viver dos clientes submetidos a intervenções coronárias percutâneas no contexto domiciliar.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo, abordo, através da literatura, aspectos referentes à temática no intuito de reunir subsídios para o estudo. Apresento, de forma resumida, a contextualização das unidades de atendimento e dos procedimentos hemodinâmicos em nível mundial, nacional e estadual. A seguir, descrevo aspectos sobre a qualidade de vida: sua contextualização, relação com a saúde, ambiente e cultura, bem como os indicadores e os principais instrumentos, validados no país, que mensuram a qualidade de vida.

Assistir o cliente em todas as situações do seu processo de viver é um trabalho amplo e envolve os aspectos fundamentais do pensar e fazer-enfermagem, isto é reforçado por Meleis (1997), quando diz que a enfermagem realiza o cuidado de pacientes, famílias e comunidades.

Esse pensar e fazer enfermagem leva a considerar que há uma necessidade de trabalhar em um processo constante de humanização evitando despersonalizar a clientela assistida e, assim, permitir integrar o cliente ao seu meio, objetivando que a sua qualidade de vida seja a melhor possível dentro de suas condições. Acredito que, a maneira pela qual a enfermagem consegue realizar este processo é através do conhecimento construído, das atitudes empáticas

e humanizadas e principalmente pela orientação quanto as suas necessidades buscando realizar as adaptações ao seu novo estado de saúde.

Não basta existirem serviços altamente especializados se esta clientela não possui um cuidado efetivo de si, após as intervenções coronarianas no contexto domiciliar, visto que, a maneira como o ser humano realiza o cuidado de si após procedimentos intervencionistas representa um aspecto fundamental para a sua reabilitação e, conseqüentemente, a concretização de uma saúde bio-psico-social-espiritual singular.

O interesse em conhecer a qualidade de vida desta clientela emerge de um processo de respeitar cada ser humano, bem como valorizar a singularidade de seus valores espirituais, culturais e históricos. É através da realidade vivida que cada ser humano constrói a sua história e esta deve ser considerada e contextualizada para entendê-la na sua singularidade e sua multidimensionalidade.

Para entender a qualidade de vida desta clientela, torna-se preciso construir um referencial teórico com o propósito de propiciar um suporte consistente e objetivo para este estudo.

2.1 CONTEXTO HISTÓRICO DAS UNIDADES DE ATENDIMENTO E DOS PROCEDIMENTOS HEMODINÂMICOS

As **doenças cardiovasculares** acometem, atualmente, grande parte da população mundial trazendo conseqüências irreversíveis (BRUNO, 2003). Simão *et al.* (2002) relata que as doenças cardiovasculares respondem atualmente pela maior taxa de morbidade e mortalidade na maioria dos países, e são alvo de estudo justamente por atingirem grandes contingentes populacionais.

Brandão (2000) expõe que a mortalidade por patologias cardiovasculares agregadas as cérebro-vasculares chegam a corresponder a 80% dos óbitos por doenças cardiovasculares. Somente nos Estados Unidos, conforme anteriormente exposto, ela é responsável por mais de seiscentos mil casos por ano, ou seja, um terço de todas as doenças deste país se deve a doenças cardiovasculares (MELTZER *et al.*, 2001).

No Brasil estes dados não são diferentes. Os mesmos são responsáveis por elevada mortalidade prematura em adultos ou levam a invalidez parcial (BRASIL, 1988). Bruno (2003) demonstra que os indicadores de mortalidade na cidade de Porto Alegre – RS, no ano de 1999, englobou cerca de 32% de óbitos na população decorrente de doenças cardiovasculares.

Embora as características de mortalidade e morbidade por doenças cardiovasculares sejam elevadas, Hudak e Gallo (1997) salientam que inúmeros progressos no diagnóstico e na orientação terapêutica foram feitos combatendo com êxito as doenças coronarianas.

Dentre estes progressos destaco a terapêutica das intervenções coronarianas percutâneas como processo de eleição para as doenças coronarianas obstrutivas, sejam elas agudas ou crônicas. Enfoca-se, portanto, a história desta terapêutica que muito tem contribuído para o tratamento eficiente dos pacientes coronariopatas.

A área cardiológica, graças aos extraordinários avanços tecnológicos e a evolução das pesquisas multidisciplinares, tornou-se uma das especialidades mais desenvolvidas nas últimas décadas, em especial, na área de hemodinâmica, fato esse que propicia, com grande facilidade, o estudo e a intervenção no aparelho cardiovascular. Para tanto, faz-se fundamental, conhecer a sua trajetória no contexto de saúde visto que os procedimentos têm contribuído de forma expressiva na melhor sobrevida de clientes cardiopatas.

De acordo com Anderson e Anderson (2001), hemodinâmica é definida como o estudo de aspectos físicos da circulação sanguínea, incluindo a função cardíaca e fisiológica vascular periférica. Esta idéia remete a pensar que as unidades de hemodinâmica são unidades complexas que estudam o estado normal e patológico do sistema cardiovascular propiciando indicação à intervenção quando se fizer necessário.

Quanto à **evolução**, Pimentel Filho e Correia (1988), destacam que em 1929, na Alemanha um jovem médico chamado Werner Forssmann iniciava uma grande mudança em relação aos conhecimentos fisiológicos e anatômicos nas diversas doenças cardíacas. Ele introduziu um cateter através de sua própria veia antecubital esquerda e, com a ajuda de uma enfermeira que segurava um espelho progrediu-o através da fluoroscopia, até o átrio direito. Logo em seguida foi até o departamento de radiologia que se situava em um andar inferior e registrou este experimento com uma radiografia torácica.

Embora alguns cientistas já tivessem tentado introduzir cateteres até o coração este foi o primeiro experimento ou a primeira vez que se conseguiu realizá-lo com êxito.

Forsmann tentou, posteriormente, opacificar seu próprio coração injetando substâncias contrastantes através dos cateteres, mas não obteve resultados satisfatórios e desta forma dirigiu seus estudos para outras áreas.

Mais tarde inúmeros pesquisadores realizaram cateterização do coração direito, mas de forma esporádica. Já o cateterismo retrógrado esquerdo⁵ foi introduzido em 1950 por Zimmerman nos Estados Unidos e por Limon Lason no México. Outros estudiosos também desenvolveram inúmeras técnicas após este período, entretanto todas as tentativas foram desenvolvidas de forma indireta e não forneciam com fidedignidade detalhes anatômicos das porções distais e de ramos secundários das coronárias, além do que alguns métodos utilizados colocavam em risco a vida dos pacientes.

Aloan (1996) relata que o estudo contrastado das artérias coronárias como método de referência para o diagnóstico da doença obstrutiva coronariana, foi realizado pela primeira vez no homem por Mason Sones em 1959 em Cleveland nos Estados Unidos, porém a idéia de utilizar o cateterismo arterial como forma terapêutica concretizou-se com os trabalhos de Dotter e Judkins em 1964 (EUA), que conseguiram a dilatação de obstruções ateroscleróticas, acarretando a popularização e o aperfeiçoamento do método. Alguns anos mais tarde, o médico alemão Andréas Grutzinger desenvolveu esta técnica, utilizando cateteres de dupla luz munido de um balão, pois assim tornava-se possível comprimir a placa de ateroma o que seria feito através da insuflação do mesmo.

⁵ Cateterismo retrógrado esquerdo é o exame que mede as pressões intracardíacas ou intravasculares nas estruturas do lado esquerdo do coração (HUDAK; GALLO, 1997).

Desta forma através da miniaturização dos cateteres balão foi possível que este mesmo médico realizasse a primeira intervenção coronariana percutânea, em nível mundial, em setembro de 1977. Após este trabalho pioneiro houve um crescimento vertiginoso da técnica beneficiando inúmeras pessoas. Sendo assim, o fim da década de 70 e início da década de 80, caracterizou-se não somente pela introdução de novas técnicas terapêuticas no laboratório de hemodinâmica no que tange a realização de intervenção no sistema coronariano, mas também no sistema valvar, ramos pulmonares e aorta além de sistemas arteriais periféricos.

No Brasil, quem introduziu a técnica e realizou a primeira intervenção coronária percutânea foi o médico Constantini Constantino no ano de 1979 em Curitiba em um paciente de 55 anos com angina de peito estável⁶. Neste mesmo ano, um grupo do instituto “Dante Pazzanese” de Cardiologia de São Paulo também iniciava suas experiências com as intervenções, seguido pelo Instituto do Coração (INCOR), também, no Estado de São Paulo. A partir de então, o progresso tecnológico ultrapassou fronteiras e já dispomos de diversos serviços de hemodinâmica em nível estadual, destacando no Rio Grande do Sul unidades de atendimento de hemodinâmica nos municípios de Porto Alegre, Novo Hamburgo, Caxias do Sul, Passo Fundo, Lageado, Santa Maria, Pelotas e Rio Grande, abrangendo profissionais altamente eficientes.

Diante destes progressos tecnológicos tornou-se de fundamental importância a adequação técnico-científica da equipe de enfermagem. Foi imperioso a enfermagem adotar uma postura de conhecimento e de um cuidado efetivo e humano desenvolvendo habilidades, competências e atitudes específicas diante dos clientes que se submetem a tais intervenções.

⁶ Angina de peito estável é caracterizada por algia precordial, porém sem modificação do caráter desta dor, quanto a frequência, intensidade e duração.

Graças às várias técnicas desenvolvidas em hemodinâmica e ao crescente aperfeiçoamento dos materiais, tecnologias e das equipes multiprofissionais que prestam o cuidado em saúde é que nos últimos anos inúmeras patologias cardíacas puderam ser detectadas com rapidez e agilidade favorecendo assim a sobrevida destes clientes.

Os procedimentos realizados nas unidades de atendimento de hemodinâmica são diversos, entre os quais se pode citar: cateterização cardíaca direita e esquerda, estudos eletrofisiológicos, estudos anátomo-angiográfico das cavidades cardíacas e dos vasos do coração, angioplastias coronarianas, ventriculografias, aortografias, valvuloplastias, dentre outros.

Essa diversidade de procedimentos realizados coloca a saúde cardiológica brasileira em posição de destaque, tanto em procedimentos diagnósticos, quanto terapêuticos, facilitando desta forma o tratamento a inúmeras pessoas que necessitam de atendimento específico em cardiologia intervencionista.

Apesar da tecnologia cardiológica abrangente, das técnicas específicas e de profissionais da equipe multiprofissional capacitados para a realização destas intervenções e prestação do cuidado, faz-se necessário que os clientes submetidos às mesmas adotem um estilo de vida adequado. Este estilo de vida deve envolver uma qualidade de vida que leve em conta os aspectos biológicos, psicossociais e ambientais de cada ser humano, pois, caso contrário, as intervenções coronarianas provavelmente, não terão êxito como tratamento efetivo da clientela cardiopata.

2.2 FATORES DE RISCO PARA A DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA

Em relação aos **fatores de risco**, muitos estudos foram realizados na tentativa de detectar como as artérias coronárias sofrem oclusão por processo aterosclerótico. Porém, descobriu-se que a combinação de diversos fatores podem ser a causa do desenvolvimento da doença cardíaca.

Teoricamente estes fatores são classificados em dois grupos, os modificáveis que estão englobados nas mudanças de hábitos de vida, e os não modificáveis onde se pode incluir o fator hereditário, sexo, idade e raça.

Meltzer *et al.* (2001) aponta que em relação à **idade** e ao **sexo**, a doença arterial coronariana prevalece mais no sexo masculino, pois durante os anos que antecedem ao climatério as mulheres parecem estar protegidas, ao menos que possuam outros fatores de risco. A doença também aumenta enormemente com o transcorrer da idade.

Sabemos, porém, que apesar da idade avançada ser um fator agravante, tem-se hoje um advento de doenças arteriais coronarianas em adultos jovens, provavelmente, por outros fatores ateroscleróticos associados.

Entre os fatores ateroscleróticos associados destaca-se a **hereditariedade** estando incluída entre os fatores não modificáveis de maior risco para o desencadeamento de doenças cardíacas. Meltzer *et al.* (2001) acrescenta que este fator é de grande risco, principalmente, quando ocorre durante a quarta ou quinta década de vida. Além disso, o risco aumenta

quanto mais próximo for o grau de parentesco em relação ao indivíduo que apresenta a doença coronariana na família.

Os **padrões alimentares**, assim como, a **hipercolesterolemia**, tem demonstrado uma enorme incidência no desencadeamento da doença cardíaca. A especificidade de informações referentes sobre o perigo elevado de colesterol sérico foram obtidos através do Estudo de Framingham, onde mais de 5000 homens e mulheres foram analisados. Os resultados têm indicado que o risco de sofrer um ataque cardíaco é em média três vezes maior em indivíduos com colesterol sérico acima de 240 mg%, do que naqueles com níveis abaixo de 200 mg% (MELTZER *et al.*, 2001).

Complementando estes dois fatores de risco, supracitados para a Doença Arterial Coronariana, pode acrescentar, a **obesidade**, pois sabe-se que indivíduos obesos apresentam grande propensão, para a hipertensão arterial, diabetes e níveis elevados de colesterol.

A **hipertensão arterial** também é um dos fatores que predispõe a doença arterial coronariana. É caracterizada como um distúrbio silencioso que afeta lentamente as coronárias, porém quando instaurado contribui significativamente para o processo aterosclerótico. Meltzer *et al.* (2001) explica este fator como propiciador para os distúrbios ateroscleróticos por aumentar o consumo metabólico de oxigênio. Este mesmo autor explica que no estudo de Framingham as pressões arteriais em torno de 160/94mmHg ou mais estavam associadas com um aumento cinco vezes maior de incidência de doenças cardíacas. Considera-se assim do ponto de vista estatístico um dos mais sérios contribuintes para o desencadeamento da doença arterial coronariana.

O **diabetes mellitus**, constitui um fator de risco relevante para o desencadeamento da doença arterial coronariana (DAC), sendo esta mais freqüente em adultos diabéticos jovens, do que nos não diabéticos, mesmo que os índices glicêmicos sejam corretamente controlados o risco do desenvolvimento da doença aterosclerótica ainda permanece grande.

Para a Organização Pan-americana da Saúde existem doenças que são classificadas como prioritárias, dentre estas está incluída o diabetes, principalmente pelas mudanças culturais de dieta e estilo de vida, e ainda sendo um agravante o envelhecimento das populações. Além disso, o diabetes é considerada a principal causa de cegueiras, amputações, complicações renais e complicações cardiovasculares, propiciando uma enorme conseqüência na qualidade de vida da população e, sobretudo, nos gastos com a atenção á saúde (OPS, 1997).

Garcia e Suarez (1999) apontam que o acompanhamento do diabetes, que se instala por toda a vida, e que exige medidas terapêutica específicas limitam as decisões das pessoas que possuem esta enfermidade, até que consigam se posicionar frente ao próprio cuidado diário, aceitando a doença e participando ativamente e com responsabilidade frente ao plano terapêutico. Neste sentido, além do diabetes estar incluída dentro do grupo de doenças não transmissíveis e que o indivíduo leva-a por toda a vida ainda é um fator de risco significativo para as patologias ateroscleróticas em especial as coronarianas.

A **vida sedentária** é considerada um fator de risco o desenvolvimento da DAC, esta era considerada um fator de risco secundário, porém, em 1992, o sedentarismo com base, em critérios de causalidade foi designado como fator de risco primário da morbidade e mortalidade de indivíduos com doenças arteriais não transmissíveis, igualando-se a outros

fatores como o tabagismo, a hipertensão arterial e a hipercolesterolemia (NUNES; BARROS, 2004). Neste sentido Cardain *et al.* (1998), expõe que a alta prevalência de sedentarismo na sociedade atual tem sido uma problemática no campo da saúde pública. Isto devido às mudanças no estilo de vida que devem ser instituídas ao indivíduo sedentário, assim, como a conscientização dos mesmos quanto à importância destas mudanças para uma melhor qualidade de vida e, sobretudo, para a prevenção da doença aterosclerótica.

O **tabagismo**, constitui-se também como um importante fator de risco para o desencadimento da patologia supracitada, sendo considerado um fator de risco auto-criado, presente no estilo de vida dos indivíduos. Meltzer *et al.* (2001), relata que as estatísticas têm demonstrado que os grandes fumantes de cigarro têm uma maior probabilidade de desenvolverem DAC do que os não fumantes, isto pode ser comprovado no Estudo de Framingham onde se pode observar um risco duas vezes maior de ataques cardíacos em indivíduos fumantes do que em não fumantes.

Sabe-se que, o hábito de fumar é cada vez mais crescente em nossa sociedade, e, portanto, leva ao desencadimento desta patologia cada vez mais cedo principalmente se aliada a outros fatores de risco. O modo pelo qual o fumo afeta as coronárias ainda permanece obscura, porém fisiologicamente se explica esta interação de fumo *versus* DAC, pois sabe-se que a nicotina propicia uma vasoconstrição suficientemente relevante para que se reduza o fluxo sanguíneo, além do que ela aumenta o trabalho cardíaco propiciando uma deficiência significativa de oxigênio.

Os **contraceptivos**, em especial, os hormonais constituem um dos métodos mais utilizados atualmente para evitar a gravidez. O uso de contraceptivos como fator

desencadeante para a doença arterial coronariana, geralmente, está associada a outro fator de risco e nunca como fator isolado, como, por exemplo, com o hábito de fumar, hiperlipidemia, e diabetes. Neste sentido, na mulher hipertensa ou com outro fator associado para a doença cardiovascular o contraceptivo contribuirá para aumentar o risco da moléstia cardiovascular pela interação hormonal com os outros fatores desencadeantes da doença aterosclerótica.

Os fatores considerados **psicológicos** também se enquadram como os de risco para a doença arterial coronariana. Gus (2002) relata que os fatores psicossociais, a depressão e a situação social não atuam diretamente na doença coronariana, mas agem de forma preponderante na saúde, no comportamento, desencadeando o hábito de fumar, o consumo de álcool que poderão afetar o coração.

Neste caso o **estresse emocional** tem-se mostrado como um fator relevante para a elevada incidência de doença arterial coronariana. Meltzer *et al.* (2001) explica que isto se deve ao estresse emocional imposto pela sociedade moderna e pelo ritmo rápido de vida, assim o homem tenta adaptar-se a estas situações e as constantes mudanças gerando um intenso estado psíquico de ansiedade crônica.

Além disso, fisiologicamente sabe-se que o estresse emocional acelera a coagulação sanguínea propiciando a formação de pequenos coágulos arteriais o que lesionaria o vaso desencadeando a doença arterial coronária.

2.3 QUALIDADE DE VIDA

A expressão “**qualidade de vida**” vem assumindo grande relevância destacando-se como tema para inúmeros trabalhos, não somente na área biomédica, mas também na administrativa e empresarial. Hoje buscamos aliar esta expressão ao nosso viver, na família, na sociedade, no trabalho, nos pequenos grupos, na saúde. Patrício (1999) refere que “qualidade” é entendida como atributo, como característica ou propriedade de determinado fenômeno ou objeto que o qualificam como tal. A mesma autora continua enfatizando que o termo pode estar representando a descrição de um elemento, ou pode estar designando um dado valor desse elemento. Portanto, qualidade de vida diz respeito aos atributos e às propriedades que qualificam esta vida e ao sentido que tem para cada ser humano. Vislumbra-se, assim, a colocação de Demo (1996, p. 22), quando enfoca que “a qualidade de vida significa, sobretudo a humanização da realidade e da vida”.

Diante destas afirmações, faz-se necessário estudá-la de forma abrangente relacionando todos os determinantes potenciais que englobam a realidade do ser humano, fatores estes, de domínio social, psicológico, ambiental, filosófico, cultural e educacional. Ao visualizar a qualidade de vida relacionando-a com esses diversos fatores, em especial com a saúde, convém salientar as palavras de Capra (1982), quando refere que a saúde é fundamentalmente um fenômeno multidimensional, que envolve vários aspectos dentre os quais os físicos, os psicológicos e os sociais, sendo todos eles interdependentes. Pode-se, assim, destacar que estas múltiplas dimensões influenciam as questões de saúde englobando fundamentalmente a qualidade de vida do ser humano sendo que esta somente é possível se o mesmo possui bem-estar em seu processo de viver.

Cárdenas e Cianciarullo (1999) destacam que inúmeros fatores influenciam na qualidade de vida dos indivíduos, que podem ser classificados em indicadores sociais objetivos e subjetivos. Dentre os indicadores objetivos, citam-se as condições de saúde, aspectos do ambiente físico, qualidade da habitação, emprego, qualidade do trabalho, lazer, acesso a bens e serviços, segurança, justiça e as oportunidades de participação social. Em decorrência dos fatores subjetivos, podem-se citar indicadores como, felicidade, satisfação com a vida, bem-estar geral, os quais se relacionam com fatores como amizades, crenças religiosas, realizações e metas atingidas.

Através deste enfoque, saliento a busca constante da qualidade de vida, porém, muitas vezes, esta vem permeada de contradições favorecendo uma visão fragmentada da realidade vivida, e assim não abordando a questão subjetiva que a qualidade abrange. O indicador subjetivo desencadeia o entendimento e a conscientização do ser humano, no que tange a soluções integrais e multidisciplinares para as inúmeras situações vivenciadas, pois a qualidade de vida no entender de Ramos, Pereira e Rocha (2001), entrelaçam elementos da história pessoal e da organização da vida cotidiana.

A contextualização da expressão “qualidade de vida” torna-se assim, um aspecto amplo que envolve inúmeros fatores e que para tanto não podem ser descartados no momento de seu estudo visto que a qualidade de vida é um todo integrado.

Faria, Silva e Patrício (1999) abordam que a promoção da qualidade de vida vai além da responsabilidade pessoal, pois ela se incorpora em uma postura coletiva com um compromisso social mais amplo. Refletindo sobre esta colocação, destaco a responsabilidade de cada ser humano com sua própria saúde, com o cuidado de si, pois desta maneira, estará

influenciando através de seu exemplo de vida a coletividade, sendo este um processo de compromisso para com os demais.

Constata-se que a avaliação do tema não é recente visto que a concepção de qualidade de vida emerge da antiguidade, onde se valorizava o bem-estar. Casas (s.d) refere que a questão do bem-estar foi objeto de inúmeras controvérsias e perspectivas de análises ao longo da história e o interesse pelo seu estudo ocorreu a partir da preocupação em medir a qualidade de vida.

Assim, os estudos científicos sobre qualidade de vida oportunizaram uma aproximação com a busca pela felicidade e satisfação. Neste sentido, Casas (s.d, p. 84) explica que

À medida que os resultados das investigações iam avançando, se aceitava que entre todas as informações obtidas sobre uma mesma dimensão de qualidade de vida, se aproximava cada vez mais a medição de determinados aspectos como a felicidade, aspectos afetivos, a satisfação [...].

Nahas (2003, p. 14) explica que “a percepção do bem-estar pode diferir entre as pessoas com características individuais e condições de vida similares sugerindo a existência de um filtro pessoal na interpretação dos indicadores de qualidade de vida individual”.

Visualizando a questão do equilíbrio dinâmico, potencializa-se o princípio da filosofia chinesa que transita na busca do equilíbrio e, portanto, traduzem-se em qualidade de vida. Capra (1982) enfatiza que na concepção chinesa, todas as manifestações do *tao*⁷ são geradas

⁷ *Tao* é a essência primária na qual os filósofos chineses viam a realidade – um processo contínuo de fluxo e mudança (CAPRA, 1982).

pela interação dinâmica de dois modelos de seres criados – *yin* e *yang*⁸ – os quais estão associados a numerosas imagens de opostos colhidas na natureza e na vida social o *yin* associa-se ao feminino e o *yang* ao masculino, sendo a ordem natural destes dois termos o de equilíbrio dinâmico.

George *et al.* (2000) destacam que Florence Nightingale preocupava-se com a qualidade de vida quando abordava questões relativas ao conhecimento sanitário do dia-a-dia, indicando como colocar o corpo em tal estado que não tenha mais doença ou que possa recuperar-se da mesma. Ela tentava influenciar a saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades, dando ênfase à influência do ambiente na saúde.

Mais tarde, a idéia de qualidade de vida foi associada à acumulação de bens materiais referindo-se, assim, ao crescimento econômico. No final dos anos quarenta, as Nações Unidas potencializaram o conceito ao nível de vida que integrava dados econômicos, sociais e culturais. A aplicação, portanto, deste conceito assumiu a necessidade de medir o bem-estar social entendido como realidade social objetiva.

Neste contexto o termo qualidade de vida foi aplicado pela primeira vez em nível mundial por Lyndon Johnson em 1964, quando ocupava então o cargo de presidente dos Estados Unidos declarando que os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos, eles somente podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionem às pessoas (FLECK *et al.*, 1999).

⁸ *Yin* corresponde a tudo que é contrátil, receptivo e conservador; *Yang* implica em tudo o que é expansivo, agressivo e exigente (CAPRA, 1982).

Rebello (1995) salienta que a Segunda Guerra Mundial levou à necessidade de redirecionamento da produção bélica e o controle estatístico da Qualidade foi disseminado junto às empresas americanas, tendo Willian Deming como papel de destaque nesta tarefa. Em 1949, Deming foi convidado por representantes da indústria japonesa para proferir palestras sobre Qualidade como esforço para a reconstrução nacional. Sendo assim, pode-se prever que a filosofia oriental japonesa propiciou, no período pós-guerra, um ambiente ideal para que Deming divulgasse no Japão a implantação da Qualidade Total, ferramenta hoje utilizada por inúmeras organizações.

Neste enfoque, o termo Qualidade foi utilizado, também, nas organizações como forma de estabelecer ligações entre o progresso, o desenvolvimento econômico e o bem-estar traduzido em qualidade de vida dos seres humanos.

Complementando as idéias supracitadas, Paschoal (2000) expõe que após a Segunda Guerra Mundial a conceituação de “vida boa” foi utilizada como referência pelas conquistas de bens materiais e em um momento posterior o conceito foi ampliado no intuito de medir o quanto uma sociedade havia se desenvolvido economicamente. Finalmente, no final dos anos 70 nos Estados Unidos, tomou importância a noção de qualidade de vida caracterizada por ampliar, ainda mais, o conteúdo das noções de bem-estar social, político e cultural.

Assim, através da conceituação do termo, a partir de questões econômicas, o mesmo também foi estudado e influenciado, por filósofos, sociólogos e políticos. Na tentativa de conceituá-lo enquanto ciência social e psicológica foram englobados fatores ambientais, poluição e urbanização como interferência na qualidade de vida. (HANESTAD *apud* RABELO; PADILHA, 1999). O avanço tecnológico das ciências da saúde, em especial, da

medicina acarretou uma preocupação com o conceito qualidade de vida que se referiu dentro das ciências humanas e biológicas assumindo um sentido de valorização ampla de controle de sintomas, diminuição da morbi-mortalidade e aumento da expectativa de vida⁹.

Surgiram, assim, diversos estudos na área da saúde, enfatizando a expressão qualidade de vida e avaliando-a através de ensaios clínicos. Dentre as especialidades, a que primeiramente viu a necessidade de avaliar a qualidade de vida cita-se a oncologia. Surgiram a partir de então a necessidade de realizar a avaliação em outras áreas biomédicas, tornando-se marcante os estudos realizados.

A expressão qualidade de vida foi, portanto, definida diferentemente por diversos estudiosos que a estudaram ou a estudam. Demo (1996), define-a como sendo sobretudo o significado do enfrentamento de dois desafios:

- o manejo da quantidade necessária, como condição para a qualidade, e essa não pode existir em determinados aspectos como em pobreza, carência e fome;
- construir a qualidade possível a partir das condições dadas, como obra humana comum.

⁹ **Expectativa de vida:** um levantamento feito pelo IBGE em 2002 revela que a esperança de vida do brasileiro ao nascer é de 71 anos. Segundo o instituto, as mulheres vivem 7,6 anos a mais que os homens que são mais afetados por violência quando jovens. A diferença de 7,6 anos explica-se por fatores biológicos e ambientais. Segundo o IBGE, em 1980 as mulheres viviam 6,1 anos a mais que os homens. Em 1991, a diferença aumentou para 7,7, e em 2000 continuou no mesmo patamar. Em 2002 caiu ligeiramente para 7,6. O IBGE em trabalho com a ONU incorpora o Censo de 2000 e destaca o Brasil em 88º posição no ranking da ONU em relação a expectativa de vida. Cabe salientar que o ranking compara 192 países. Em primeiro lugar está o Japão com esperança de vida de 81,6 anos, seguido pela Suécia (80,1), Hong Kong (79,9), Islândia (79,8) e Canadá (79,3). O último do ranking é Zâmbia com 32,4 anos (FOLHA ONLINE COTIDIANO, 2003 disponível em <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano>>. Acesso em 09/05/2004).

Nesta perspectiva, a qualidade de vida, através de suas origens científicas, se entende como um conceito que inclui sempre, além das medidas e das condições materiais da vida, a medida de percepções e avaliações das pessoas em relação a estas condições. De fato, o conceito qualidade de vida emergiu propiciando relevante destaque aos aspectos psicossociais no transcorrer da coletividade e nas teorias sociais de modo geral. Estes aspectos estão, preponderantemente, relacionados com a saúde, fazendo-se necessária uma aproximação da mesma com a qualidade de vida.

A Constituição da República Federativa do Brasil em seu artigo 196 expõe que:

[...] a **saúde** é direito de todos e dever do estado garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2004, p. 127).

Muitos dos conceitos de saúde que se dispõe, hoje, são na maioria das vezes, ideários e na sua abstração não conseguem evidenciar o verdadeiro significado da palavra saúde. Para relacionar saúde e qualidade de vida, faz-se necessário primeiramente definir saúde em seu contexto amplo, mas para isso precisa-se de conceitos já mencionados na literatura.

A **saúde**, definida pela Organização Mundial, a considera como o estado de completo bem-estar físico mental e social e não simplesmente a ausência de moléstia e/ou enfermidade.

Para Lunardi (1999, p. 55): “a saúde, o estado de estar com saúde, ser saudável, são termos verbalizados, freqüentemente como metas e objetivos a serem buscados”. Dessa

maneira, para a autora acima referendada, a saúde é um conceito e uma proposta que o ser humano busca, continuamente, através de suas relações vividas.

A saúde passa posteriormente a fazer parte de um conceito mais amplo e dinâmico, inserindo-se como parte integrante da qualidade de vida expressando um agir consciente e contínuo no intuito de atingir o bem-estar com o ambiente que cerca cada ser humano (REBELO, 1995). Neste sentido, de acordo com a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, a mesma é definida como o resultado das condições de **alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, e acesso aos serviços de saúde.**

Nesta perspectiva, saúde é o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. Este conceito é argumentado por Lunardi (1999), como uma superação às situações higienistas e curativas pela determinação social da doença, e neste caso a saúde parece estar situada em um âmbito super-estrutural, resultante de uma base sócio econômica.

Rebello (1995) aborda que o termo saúde e qualidade são conceitos subjetivos, que implicam o uso de critérios derivados de um sistema de valores e cultura, pois cada ser humano possui o seu sistema de valores e a sua cultura. O mesmo autor continua sua abordagem enfatizando que para qualquer ser humano, a qualidade de vida simboliza anseios que, se alcançados, fazem-no satisfeito e ao mesmo tempo o motivam para avançar na busca incansável da felicidade.

A partir destas conceituações se pode inferir que alguns conceitos são ideários, outros abstratos, enfim, cabe a cada um de nós analisar suas definições, pois para cada ser humano há diferenciações entre saúde e qualidade de vida. Portanto, torna-se difícil conceituar saúde, visto que, ela abrange diversos aspectos da vida humana, porém, ela poderá ser entendida como o produto de um equilíbrio dinâmico entre o ser humano e o meio. Este equilíbrio está referendado no desenvolvimento de habilidades de cunho biológico, psicológico, espiritual, social, cultural e econômico. É desta forma, que cada um destes aspectos expressam sua funcionalidade em relação ao contexto e aos projetos de vida com o intuito de obter resultados máximos.

Estes resultados máximos encontrados traduzem-se em qualidade de vida, colocando o ser humano em um contínuo bem-estar. Canguilhem (1990, p. 160-161), aborda em sua obra que:

[...] saúde é um conjunto de segurança e seguros, seguranças no presente e seguros para prevenir o futuro. Assim, como há um seguro psicológico que não representa presunção, há um seguro biológico que não representa excesso, e que é saúde. O homem somente se sente em boa saúde quando se sente mais do que normal [...] adaptado ao meio e às suas exigências.

Destaco a explanação de Laurenti (2003), onde discute que “os componentes da saúde” identificam o que constitui a saúde, e as “conseqüências” se referem ao impacto das patologias na condição de saúde do ser humano. Através desta abordagem, explicita-se a colocação de Samaja (2000, p. 42), percebendo que a “consciência e o cuidado da saúde dependem da produção de cada sujeito em particular, de um modelo descritivo em termos de ordenado/desordenado, que pode encontrar-se alheio à ordem constitutiva do processo

patológico real”. Surge, assim, um pensar consciente onde cada sujeito é responsável pela sua condição de saúde, condição esta que pode levá-lo ao bem-estar bio-psico-sócio-ambiental.

A partir destas considerações sobre saúde, torna-se importante destacar as situações de saúde da clientela submetida a intervenções coronárias percutâneas, já que esta clientela após tratamentos invasivos dispõe de uma saúde considerada “normal” desde que participem, efetivamente, de seu processo de saúde, processo esse que inclui todas as relações dinâmicas que o mesmo apresenta. O incentivo de mudanças de atitudes e de um estilo de vida mais equilibrado traduz-se em melhora clínica e, conseqüentemente, saúde e qualidade de vida em abundância desde que faça as adaptações necessárias a este seu novo estado.

Nesta perspectiva, a qualidade de vida desta clientela constitui-se em uma melhora clinicamente comprovada, sendo que a mesma influenciará no sucesso da terapêutica instituída não restando dúvidas que o estilo de vida é hoje uma preocupação de todo e qualquer aspecto terapêutico¹⁰, visto que influencia de forma abrangente na qualidade de vida da clientela em estudo.

Portanto, investigar a qualidade de vida, destacando o conceito de saúde e considerando-o em todos os aspectos oportuniza compreender a aplicabilidade de hábitos, crenças, costumes e estilos de vida saudáveis traduzindo, assim, a constante busca por um estar bem e um estar melhor.

¹⁰ Para Ferreira (2004) terapêutica é uma parte da medicina que estuda e coloca em prática os meios adequados para aliviar ou curar sintomas de pessoas doentes. Ao falar em aspectos terapêuticos Helman (2003, p. 95) explica que “Em qualquer sociedade, quando as pessoas adoecem e não resolvem seus problemas de saúde pelo auto-tratamento, fazem escolhas sobre quem consultar para obter ajuda nos setores informal, popular e profissional. Essas escolhas são influenciadas pelo contexto em que ocorrem, inclusive pelo tipo de auxílio que de fato será disponível, pela necessidade ou não de pagar por esses serviços [...]. Baseados nisso, os pacientes escolhem o que lhes parecem a fonte apropriada de aconselhamento e de tratamento para a sua condição”.

O modo de vida de cada ser humano e, conseqüentemente, o estilo e a qualidade de vida dos mesmos está fortemente influenciado pela sua cultura. As culturas e grupos sociais explicam as causas dos problemas de saúde, relacionando-se também a diversidade de tratamentos em que as pessoas acreditam e aos indivíduos que recorrem quando adoecem (HELMAN, 2003). Neste sentido, o contexto cultural influencia inúmeros aspectos na vida das pessoas, abrangendo, assim, seus comportamentos, emoções, religiosidade, crenças e atitudes frente à vida e a natureza.

Tylor referenciado por Helman (2003) conceitua **cultura** como sendo aquele todo complexo que inclui conhecimentos, crenças, arte, moral, lei, costumes e todas as outras aptidões e hábitos adquiridos pelo ser humano como membro da sociedade.

Helman (2003, p. 13) define cultura como

[...] um conjunto de princípios herdados por indivíduos de uma dada sociedade, os quais mostram às pessoas como ver o mundo, como vivenciá-lo emocionalmente e como comportar-se em relação às outras pessoas, as forças sobrenaturais e aos deuses e ao ambiente natural.

Para Leininger (1991), cultura é definida como valores, crenças, normas, modos de vida de um determinado grupo, aprendidos, compartilhados e transmitidos e que orientam seu pensamento, suas decisões e suas ações de maneira padronizada. Leininger *apud* George *et al.* (2000), aborda que o conhecimento da visão de mundo e da estrutura social necessita ser aplicado à condição do cliente, seja ele um indivíduo, uma família, um grupo, uma comunidade ou uma instituição sócio-cultural. Assim, reconhece o cliente existindo dentro de um sistema de saúde, valores, crenças e comportamentos.

Com estes conceitos, pode-se observar que o ser humano percebe e entende a sua cultura, ou seja, o mundo em que está inserido de maneira singular, própria, para que, desta forma, possa viver e aprender no mesmo. Esta aprendizagem é contínua e constantemente, ligada a questões de saúde: como mantê-la, como restabelecê-la, como instaurá-la. Assim, todos os pressupostos envolvidos no contexto cultural permitem-nos uma visão de mundo¹¹, facilitando nosso processo de cuidado, de entendimento e de relacionamento com os seres humanos que nos cercam.

A influência do aspecto cultural no contexto da qualidade de vida, deve ser primordialmente considerada, sendo que a mesma não pode ser visualizada isoladamente, mas, conforme Helmam (2003), deve ser focalizada como um componente de uma diversidade de influências que se refletem nas crenças e no modo de vida das pessoas. Neste sentido torna-se importante elucidar algumas questões referentes aos indicadores que mensuram a qualidade de vida.

2.4 INDICADORES DE QUALIDADE DE VIDA

Indicadores é a denominação designada aos números e/ou índices que procuram descrever determinado aspecto da realidade e, para esta descrição, adotam-se técnicas para ponderar os valores. Os índices podem sintetizar um conjunto complexo de aspectos da realidade, facilitando assim, a leitura desses indicadores. Incluem-se aqui, os indicadores que

¹¹ Para Leininger (1991, p. 47) “visão de mundo é a forma na qual as pessoas vêem o mundo ou o universo formando um quadro ou instância de valor sobre o mundo e suas vidas”.

mensuram a qualidade de vida, visto que este termo é abstrato e complexo no que tange sua “leitura” real de mundo.

Em relação aos determinantes do processo saúde/doença da população sabe-se, conforme Barreto e Carmo (2000), que os mesmos são mensurados através de indicadores de morbimortalidade¹² caracterizando desta forma a definição de ações e políticas mais adequadas aos problemas de saúde da população. Porém, a evolução de uma sociedade tradicional para uma sociedade moderna foi acompanhada de uma evolução na morbimortalidade por doenças infecciosas, passando a haver um domínio das doenças crônico degenerativas. Enfatizam, ainda, que os fatores exógenos e em particular a incorporação de novas tecnologias assumem papéis predominantes na consolidação de novos padrões mórbidos.

Os autores supracitados destacam que as mensurações de morbidade e mortalidade de uma população, podem ser referendados como indicadores indiretos e imparciais na construção do diagnóstico em saúde.

Casas (s.d.) relata que os primeiros estudos científicos sobre a qualidade de vida adquiriram consistência nas linhas de investigação fortemente confrontadas com a aproximação e com as questões relativas à felicidade e à satisfação. Em relação a esta afirmação, vê-se que a idéia de qualidade de vida está associada a um grande número de conotações positivas para cada ser humano incluindo o viver bem, o estar bem, possuir bom nível de vida, estar satisfeito com sua vida e estar feliz.

¹² Os indicadores de morbimortalidade são construídos com base em dados obtidos por estruturas organizadas de atividade contínua, denominados sistemas ou subsistemas de informação em saúde (BARRETO; CARMO, 2000).

Todos os processos mensuradores e a dimensão, não somente do crescimento sócio-econômico, mas também, do índice de desenvolvimento humano, influenciaram e influenciam abrangentemente a qualidade de vida da população, notadamente na saúde, nos aspectos sociais, nas políticas públicas e no desenvolvimento humano como um todo.

Buscando entender a evolução destes aspectos, Guerini e Johson (2003) relatam que, historicamente, os indicadores básicos de mensuração das condições nacionais estavam, sobretudo, ligados à economia. Albuquerque (2003) discute que na década de oitenta houve uma tentativa de englobar os aspectos sócio-econômicos com os aspectos subjetivos da qualidade de vida surgindo, assim, o desenvolvimento humano. O conceito de desenvolvimento humano incorpora critérios de avaliação das mudanças sociais, permitindo a análise benéfica ou não para os seres humanos. Esta autora destaca que para muitos economistas o crescimento econômico é um dos meios para que se atinja o bem-estar e a qualidade de vida.

Além do determinismo econômico, agregam-se outros indicadores, fundamentais para esta análise, apontando, assim, a educação, renda, habitação, longevidade, progresso humano, acesso a bens e serviços, incluindo-se, aqui, o direito igualitário à saúde. Estes indicadores estudados e analisados dentro do contexto existente em cada população e grupo, demonstram o processo de viver de cada ser, tornando, assim, mais fácil o entendimento de aspectos positivos referentes à qualidade de vida.

A realidade nos demonstra que muitas maneiras que se têm para mensurar a qualidade de vida dos seres humanos ocorre, fundamentalmente, através de aspectos e/ou variáveis negativas, referindo-se a déficits como os alimentares, más condições de moradia,

analfabetismo, falta de saneamento básico, difícil acesso a bens e serviços dentre outros. A melhoria destas carências traduz-se em uma melhora na qualidade de vida, ou seja, estes padrões devem ser preenchidos dentro do contexto de cada um para que os mesmos possam viver melhor.

Isto significa que medir a qualidade de vida através destes indicadores propõe vê-la além dos problemas deficitários, o que implica na construção de uma política social e uma intervenção menos excludente e que contribua na melhoria cada vez maior da qualidade de vida, sobrepondo aqui a participação da população na área dos indicadores sociais.

Porém, as variáveis positivas também são importantes e conseqüentemente mensuram a qualidade de vida. Neste sentido, Casas (s.d) aborda que o direito à vida, à liberdade, à felicidade, às metas e aspirações são apontadas como indicadores positivos que mensuram a qualidade de vida. Albuquerque (2003) expõe que o sistema de indicadores de qualidade de vida fundamenta-se em um esquema teórico de desenvolvimento baseado no homem e na satisfação de suas necessidades.

Considera-se, assim, que estes “sistemas de indicadores” devem abranger o homem como um todo, ser holístico, integrado em um ambiente sócio-cultural, partilhando experiências afins e necessidades. A partir deste entendimento, é que podemos traçar critérios para a mensuração da qualidade de vida utilizando instrumentos que mensuram positivamente a qualidade de vida.

2.5 INSTRUMENTOS QUE MENSURAM A QUALIDADE DE VIDA

Paralelamente às crescentes descobertas científicas e aos conhecimentos adquiridos, dispõe-se de inúmeros instrumentos específicos e genéricos que mensuram a qualidade de vida da população de forma positiva. Pressupõe-se que existam hoje mais de oitocentos instrumentos de qualidade de vida, muitos deles, já foram validados e aplicados no Brasil, e como os instrumentos são genéricos e específicos podem fornecer informações diferenciadas. Os mesmos são utilizados concomitantemente ou separadamente, dependendo da proposta de trabalho.

Reis e Glashan (2001) apontam que a qualidade de vida possui enfoques bastante amplos, englobando os psicológicos, biológicos, emocionais, sociais, econômicos e até mesmo ecológicos. Esses enfoques diversificados necessitam, para mensurá-los, de instrumentos capazes de entender a avaliação, além das condições de saúde, medindo, também, a percepção do indivíduo a respeito do processo de viver.

Convém destacar alguns instrumentos utilizados para realizar esta mensuração, sendo que neste estudo será aplicado o instrumento WHOQOL-BREF (versão abreviada do WHOQOL-100).

Os primeiros instrumentos que surgiram foram os Índices de Desenvolvimento Humano denominado IDH, sendo elaborados pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Este índice é um indicador sintético, de forma simplificada, onde se soma e

divide por três os níveis de renda, saúde e educação de determinada população, portanto aos três níveis são atribuídos igual valor.

Este índice:

[...] é um indicador de qualidade de vida que reúne dados demográficos de mais de 170 países. [...] Com base no IDH, os países, estados e municípios são classificados em três níveis de desenvolvimento: IDH baixo até 0,499, médio de 0,500 a 0,799 e alto igual ou superior a 0,800 (NAHAS, 2003 p. 15).

Porém há indagações acerca destes itens, pois será que realmente mensuram a qualidade de vida de uma população? Acreditando na necessidade de transpor outros subsídios para mensurar a qualidade de vida, é que surgiram os inúmeros instrumentos hoje existentes que, além de medirem os três itens do IDH, mensuram as condições bio-psico-sociais e ambientais do ser humano.

Destaco, a seguir, alguns instrumentos existentes que contemplam estas condições, sendo que, a maioria deles foram desenvolvidos nos Estados Unidos e após, houve um interesse das outras nações em traduzi-los aplicando-os, assim, às suas realidades.

A Organização Mundial da Saúde desenvolveu através de estudos, projetos multicêntricos. O resultado destes projetos traduziu-se na elaboração do WHOQOL-100 – um instrumento de avaliação – para a qualidade de vida, disposto por 100 itens subdivididos em seis domínios e facetas. O domínio I caracteriza-se pelo **domínio físico** incluindo dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso. O domínio II inclui o **psicológico** e aborda sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração auto-estima, imagem

corporal e aparência e sentimentos negativos. O domínio III refere-se ao **nível de independência**, abrangendo a mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos, capacidade de trabalho. O domínio IV aponta as **relações sociais**, incluindo as relações pessoais, o suporte/apoio social e a atividade sexual. O domínio V inclui aspectos referentes ao **ambiente**, abordando a segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais (disponibilidade e qualidade), oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação em oportunidades de recreação e lazer, ambiente físico (poluição, ruído, trânsito e clima), e transporte. Por último, o domínio VI aborda **aspectos espirituais, religião e crenças pessoais**, incluindo aqui a espiritualidade (FLECK *et al.*, 1999).

A necessidade de se criar instrumentos menores que mensurassem a qualidade de vida e que fossem mais curtos e levassem menor tempo para o preenchimento fez com que o Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde desenvolvesse a versão abreviada do WHOQOL-100 denominada WHOQOL-BREF. Esse instrumento foi traduzido para a versão português no Brasil pelo Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Salienta-se também que este instrumento é auto-avaliativo e, portanto, auto-explicativo.

O mesmo consta de vinte e seis questões, sendo duas gerais e as restantes representando cada uma das vinte e quatro facetas da WHOQOL-100. Assim, o WHOQOL BREF é composto por quatro domínios sendo eles o físico, psicológico, relações sociais e o meio ambiente.

O critério de seleção das questões para compor o WHOQOL BREF, foi tanto psicométrico, quanto conceitual. Em nível conceitual, foi definido pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde de que o caráter abrangente do instrumento original denominado WHOQOL-100 seria preservado. Assim, cada uma das vinte e quatro facetas que abrangem o instrumento original deveria ser representada por uma única questão. A nível psicométrico, foi então, selecionada a questão que mais altamente se correlacionasse como escore total da WHOQOL 100 calculado pela média de todas as facetas. Transcorrendo esta etapa os itens selecionados foram examinados por um painel de peritos para estabelecer se representavam conceitualmente cada domínio de onde as facetas provinham (FLECK *et al.*, 2000).

Pode-se apontar pelo disposto acima que este instrumento foi devidamente validado e traduzido para a versão português e, por ser de mais fácil manuseio no que tange ao preenchimento e, mesmo assim, dispor de fidedignidade, considero conveniente esta a abordagem para mensurar a qualidade de vida de clientes submetidos a intervenções coronárias percutâneas, visto que, conforme Fleck *et al.* (2000), este instrumento preserva a abrangência do constructo “qualidade de vida”.

Dispõe-se, além destes, do **Instrumento SF 36** denominado *Medical Outcomes Short-Form Health Survey*. Para Castro *et al.* (2003), o instrumento SF 36 é composto por itens que avaliam as seguintes dimensões: **capacidade funcional**, incluindo aqui, o desempenho das atividades diárias como cuidar de si, vestir-se, tomar banho, entre outras; **aspectos físicos**, abrange o impacto da saúde física no desempenho das atividades diárias e profissionais; **dor**, enfatiza o nível de dor e o impacto no desempenho das atividades diárias e profissionais; **estado geral de saúde**, inclui a percepção subjetiva do estado geral de saúde; **vitalidade**;

aspectos sociais; aspectos emocionais e saúde mental, incluindo a escala de humor e o bem-estar.

Convém destacar que a adaptação cultural e a validação desta escala foi realizada no Brasil através da aplicação deste questionário em pacientes com artrite reumatóide.

Dispõe-se também a **Escala de Flanagan** – também validada no Brasil – escala esta ordinal, de medida quantitativa de respostas a quinze itens agrupados em cinco dimensões, sendo elas: bem-estar físico e material, relações com outras pessoas, atividades sociais, comunitárias e cívicas, desenvolvimento pessoal e realizações e recreação.

Estes instrumentos acima citados são os mais utilizados no Brasil. Alguns se destacam mais como, por exemplo, o WHOQOL, porém diante da enormidade de instrumentos existentes ainda existem poucos validados em algumas culturas o que impossibilita a continuidade de pesquisas ou se exige maiores pesquisas para a validação em diferentes culturas.

3 CAMINHO METODOLÓGICO

Neste capítulo são abordados os aspectos que abrangem o caminho metodológico. Sendo assim, demonstram-se as diferentes etapas que constituíram este caminho, enfatizando a caracterização da pesquisa, o local do estudo, a escolha dos sujeitos, os aspectos éticos envolvidos na pesquisa, e a forma da coleta de dados, a sua descrição e análise.

3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO E SUJEITOS DA PESQUISA

Esta pesquisa foi realizada a partir de um caminho quantitativo, exploratório e descritivo. A pesquisa teve caráter exploratório-descritivo visto que ocorreu através da aplicação do instrumento do WHOQOL-Bref aos sujeitos e pela observação no contexto domiciliar dos mesmos. Buscou-se examinar os atos que se pretendeu avaliar, compreendê-los e descrevê-los a partir de seus domicílios.

Segundo Gil (1999), a pesquisa exploratório-descritiva proporciona uma visão geral, do tipo aproximativo de determinado fato além do que, descreve as características de

determinada população buscando explorar fatos e identificar as relações existentes entre as variáveis.

Neste sentido durante a elaboração das etapas desta pesquisa foi escolhido o Serviço de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista do Rio Grande, localizado na Santa Casa do Rio Grande, para o levantamento documental, junto ao Serviço de prontuário do Serviço de Hemodinâmica dos sujeitos que realizaram intervenção coronária percutânea no município do Rio Grande de julho a dezembro de 2004.

A idéia inicial era de investigar todos os clientes que realizaram intervenção coronária percutânea no município do Rio Grande neste período. Entretanto, a partir do levantamento documental no Serviço de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista deste município (Apêndice A), percebeu-se um fluxo muito grande de clientes atendidos no período em questão o que tornou a idéia inicial inviável. Além do grande número de clientes, estes eram provenientes dos mais diversos municípios do Estado.

Frente a estas questões tornou-se necessário selecionar os sujeitos participantes desta pesquisa utilizando-se para isso os seguintes critérios:

- Período de intervenção: realização de intervenção cardíaca percutânea eletiva nos últimos seis meses anteriores ao início da coleta dos dados (julho a dezembro de 2004);
- Local de residência: residir no perímetro urbano da cidade do Rio Grande;

- Clientela: ser cliente de intervenção eletiva no Serviço de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista do Rio Grande.

Tomando por base os critérios acima foram selecionados, 54 sujeitos. Todos estes sujeitos residiam na zona urbana do município do Rio Grande, ficando desconsiderados os clientes residentes em outras localidades e municípios, bem como, os da zona rural.

3.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no município do Rio Grande, situado na região sul do Estado do Rio Grande do Sul no contexto domiciliar de clientes que se submeteram a intervenções coronárias percutâneas no Serviço de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista da Santa Casa do Rio Grande. Optou-se por realizar a pesquisa no contexto domiciliar¹³, pois não era uma realidade conhecida por mim enquanto cuidadora assistencial de um contexto hospitalar, e, sobretudo, porque o modo de vida desta clientela suscitava-me alguns questionamentos que, se sanados, poderiam contribuir para o conhecimento da qualidade de vida da mesma. Minha opção por este local de estudo tem como justificativa: uma forma de contribuir, propiciando um retorno para a sociedade Rio-grandina em geral e em especial, ao curso de Pós-Graduação em Enfermagem, onde me insiro como discente. Neste sentido, alguns aspectos relativos ao município foram levantados na perspectiva de um maior conhecimento deste.

¹³Abordando ainda o contexto domiciliar convém destacar a afirmação de Erdtmann e Erdmann (2003), onde referem que a abrangência da enfermagem domiciliar compreende o conjunto ao valorizar a diversidade de elementos do contexto, contemplando toda a singularidade de emoções que emergem no cotidiano.

Através da história sabe-se que uma expedição comandada por Martim Afonso de Souza aventurou-se com suas caravelas até o Estuário do Prata, reconhecendo na passagem a costa ao sul e designando denominações aos acidentes observados. Num certo dia consagrado pelo Magistério de Pedro, Martim Afonso mandou o comandante de outra caravana ir em busca de outra nave da frota que se perdera em meio aos temporais, e assim, conheceu o canal e confundiu-o com um rio caudaloso. Chamou, então, de Rio de São Pedro, registrando a denominação em seu diário. Mais tarde passou a ser chamado de Rio Grande de São Pedro (HISTÓRICO DO MUNICÍPIO DO RIO GRANDE, 2004).

Sob insistência do Brigadeiro José da Silva Paes, ocorreu a ocupação da margem do canal Rio Grande de São Pedro. A condição do porto favoreceu as instalações e, com as fortalezas erguidas, não tardou para que a povoação se formasse em torno delas. Através da Lei Provincial nº 05, a Vila do Rio Grande de São Pedro ganhou a denominação oficial de cidade do Rio Grande (HISTÓRICO DO MUNICÍPIO DO RIO GRANDE, 2004).

A cidade portuária do Rio Grande foi fundada no dia 19 de fevereiro de 1737, data que também marcou o início da colonização portuguesa no Rio Grande do Sul. Sendo assim, Rio Grande constitui-se no município mais antigo do Estado. Quanto à posição geopolítica, Rio Grande insere-se na planície costeira do sul do Rio Grande do Sul, delimitada pela linha da praia do Oceano Atlântico a sudeste, o estuário da Lagoa dos Patos a nordeste, o canal de São Gonçalo a noroeste e a Lagoa Mirim a sudoeste (HISTÓRICO E OBJETIVOS, 2004).

Esta localização privilegiada da cidade do Rio Grande e sua forte influência da zona estuária e costeira, proporcionou um significativo foco artesanal e industrial de pesca. A

industrialização dos pescados neste município remonta ao século passado, sendo que o crescimento industrial propiciou a diversificação das indústrias, ampliando suas instalações.

Segundo informações do IBGE, o número de habitantes totaliza 186.488 habitantes, sendo 179.155 na zona urbana e 7.333 na zona rural (IBGE, 2000). Quanto aos estabelecimentos de saúde hospitalares existentes no município, Rio Grande conta com dois hospitais: um privado filantrópico e outro público sendo eles: a Santa Casa da Misericórdia do Rio Grande e o Hospital Universitário “Dr. Miguel Riet Corrêa Jr.” da Fundação Universidade Federal do Rio Grande. Devido ao levantamento documental ser realizado no Serviço de Hemodinâmica situado na Santa Casa, destaco alguns aspectos desta Instituição a seguir.

A Santa Casa de Misericórdia do Rio Grande foi fundada em quinze de março de mil oitocentos e trinta e cinco, sendo que a história de atendimento à saúde, atendimento hospitalar, para a população carente, começou no Rio Grande em vinte de novembro de mil oitocentos e seis quando foi tomada a iniciativa pelo padre Francisco Ignácio da Silveira juntamente com outras pessoas de criar uma Sociedade Beneficente. As atividades de assistência da Santa Casa iniciaram através da generosidade espontânea e do sacrifício individual de algumas pessoas. Por influência de Clemente Pereira, a Irmandade do Espírito Santo e Caridade se transformou em Santa Casa da Misericórdia, no dia dois de maio de mil oitocentos e quarenta e um (RODRIGUES, 1985).

Naquela época, as enfermarias comportavam cento e trinta enfermos, mas chegavam a ter duzentos, com evidente sacrifício de higiene, onde os profissionais eram obrigados a recusar um certo número de pacientes menos graves, por absoluta falta de lugar. O projeto de

reforma obedecia à orientação moderna dos pavilhões isolados, que se comunicavam entre si, por passagens cobertas, com exceção dos pavilhões de tuberculose, de isolamento e do necrotério. Após diversas construções, dentre elas a maternidade e os laboratórios estes, destacam-se na década de vinte, como uma das mais importantes unidades hospitalares, devido à formação de um grupo de profissionais conscientes e com larga visão de sua responsabilidade, aliado a instalação de equipamentos adequados, à época além de uma aplicação racional e moderna das diversas ciências.

Foi então em 1973 que a Santa Casa se torna realidade na cidade do Rio Grande, um dos seus maiores anseios, que foi a construção de uma Unidade de Tratamento Intensivo Cardiológico, com capacidade para vinte e quatro leitos, vindo esta unidade sanar uma dificuldade do sistema hospitalar local, permitindo a ação rápida e eficiente de emergências cardiológicas.

Atualmente a estrutura física desta Instituição conta com quatro prédios, possuindo quatrocentos e trinta e oito leitos no Hospital Geral onde, cem leitos se destinam ao Hospital Psiquiátrico, trinta leitos utilizados para o Hospital-dia, além de duzentos leitos destinados a geriatria, estes sem recurso do SUS. A Santa Casa ainda dispõe de cem leitos destinados para o tratamento oncológico e cardiológico. Para o atendimento de sua clientela, esta instituição possui leitos em unidades de clínica médica, clínica cirúrgica, unidade de tratamento intensivo geral e cardiológico, maternidade e pediatria. Conta ainda com serviços de referência em traumatologia, neurocirurgia, serviços de urgência e emergência além de psiquiatria (CECAGNO, 2003).

O quadro da equipe da saúde atuante é composto por: equipe médica com duzentos profissionais, sendo que destes cinquenta e seis são funcionários do hospital, a equipe de enfermagem é composta por quarenta e nove enfermeiros e duzentos e cinquenta e nove auxiliares de enfermagem, conta ainda, com três assistentes sociais, três fisioterapeutas, dois nutricionistas e dois psicólogos (CECAGNO, 2003).

Em 2002, foi criado o Serviço de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista do Rio Grande, serviço este, terceirizado¹⁴ situado nas dependências da Santa Casa de Misericórdia do Rio Grande. Atualmente este setor conta com três médicos hemodinamicistas, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, uma secretária, uma atendente de serviços gerais e um estagiário. Realizam aproximadamente oito procedimentos/dia, destes, dois são intervenções coronárias percutâneas. Atendem os mais diversos convênios incluindo aqui o Sistema Único de Saúde. A clientela emerge dos mais diversos lugares do Estado justamente por disporem de serviços pelo SUS. Dentre os procedimentos realizados na Instituição destacam-se procedimentos diagnósticos e terapêuticos do sistema cardíaco, assim como procedimentos vasculares.

Como a pesquisa foi realizada nos domicílios, fez-se necessário destacar aspectos referentes ao contexto domiciliar. Com base na importância destas colocações, destaco Sena *et al.* (1999), quando apontam que o cuidado no domicílio não é uma prática nova, o mesmo existe desde a era cristã. Referem ainda que fatores culturais, emocionais, sócio-econômicos e relações familiares estão mais evidentes e influem de forma preponderante no cuidado domiciliar.

¹⁴ Cavalcanti (1996) explica que a terceirização é entendida como uma abordagem através da qual serviços de terceiros, são instituídos em uma instituição assumindo desta forma o desempenho destes serviços podendo assim serem chamados de atividades terceirizadas.

Com base nestas colocações, vejo que conhecer a qualidade de vida de clientes submetidos a intervenções coronárias percutâneas perpassa por um ambiente único e singular para esta clientela que é o seu domicílio, este, com peculiaridades singulares distintas aliadas sobretudo às condições sócio-político-culturais destes sujeitos.

Portanto, para trabalhar neste contexto, há a necessidade do conhecimento e da reflexão acerca do ambiente em que os sujeitos estão inseridos. Erdtmann e Erdmann (2003) enfatizam que para a prática da enfermagem domiciliar, faz-se necessário que o enfermeiro mergulhe no entendimento do cotidiano de cada ser humano.

Assim, torna-se necessária, à inserção do profissional neste ambiente para o entendimento do processo de viver, estilo de vida e fundamentalmente da qualidade de vida desta clientela, pois desta maneira será oportunizado o entendimento concreto de todos os aspectos que permeiam estes sujeitos.

Vejo estas informações, referentes ao município, contexto hospitalar, unidades de atendimento hemodinâmico e domicílio, acima descritas, como ponto de partida para o conhecimento do “locus” onde desenvolvi este estudo, uma vez que o modo de vida da população está interligado ao ambiente em que vivem, ou seja, está intrinsecamente atrelado ao contexto físico, social e cultural onde os mesmos estão inseridos, portanto interferindo no seu ser e fazer.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Beck *et al.* (2001) destacam que, a Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Ministério da Saúde, define as diretrizes e normas reguladoras de pesquisas envolvendo seres humanos, e teve como mérito dar ênfase aos compromissos éticos com os sujeitos de pesquisa, seja como indivíduos, seja como coletividade.

Baseada na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Universidade Federal do Rio Grande no dia 28/02 de 2005, sendo o mesmo aprovado em 30/03/2005 conforme Apêndice B.

Nesta pesquisa foi solicitado o consentimento livre e esclarecido, exigência contida nesta Resolução (VIEIRA; HOSSNE, 2001) (Apêndice C). Neste termo de consentimento livre e esclarecido observou-se uma linguagem acessível incluindo os objetivos, a justificativa, os métodos, a forma de andamento da pesquisa, a liberdade da desistência dos sujeitos a qualquer momento sem prejuízo, a garantia do anonimato. Para que fossem assegurados estes aspectos, os sujeitos foram identificados com nomes fictícios (pseudônimos) que foram escolhidos pelos próprios respondentes.

3.4 PROCEDIMENTOS DA COLETA DOS DADOS E SUA DESCRIÇÃO

3.4.1 Levantamento documental

A busca dos sujeitos foi realizada primeiramente através de uma solicitação ao Serviço de Hemodinâmica de Cardiologia Intervencionista do Rio Grande que concederam permissão para o levantamento documental.

A proposta de avaliar a qualidade de vida à nível domiciliar de clientes submetidos á intervenções coronárias percutâneas foi desenvolvida a partir de um levantamento documental contendo dados de identificação, endereço dos sujeitos, diagnóstico, fatores de risco para a doença coronariana, número de intervenções realizadas, uso de prótese e possíveis complicações pós intervenção (Apêndice D).

Este levantamento permitiu a identificação dos sujeitos submetidos a intervenção coronariana no período de julho à dezembro de 2004, obtendo-se a listagem inicial dos clientes atendidos no serviço Hemodinâmica de Cardiologia Intervencionista do Rio Grande. A partir desta listagem procedeu-se a observação dos critérios pré-estabelecidos para a escolha da amostra, obtendo-se 54 sujeitos.

Este procedimento facilitou o primeiro contato com os sujeitos além de fornecer o conhecimento relativo aos fatores de risco para a doença arterial coronariana e as ocorrências anteriores, durante e posteriores a intervenção coronariana.

3.4.2 Observação

Com o intuito de conhecer o ambiente em que a clientela do estudo estava inserida e averiguar as inter-relações dos dados, procedeu-se a observação no seu contexto domiciliar. Paralelo a realização da aplicação do instrumento foi utilizado um diário de campo para o registro das questões pertinentes observadas no contexto domiciliar (Apêndice E). Conforme Minayo (2002) diário de campo é um suporte ao qual o pesquisador recorre em qualquer momento do estudo, e nele pode-se colocar as percepções, questionamentos e informações que não são possíveis de serem obtidas por outros meios.

No diário, aparecem primeiro os comentários, registro de fatos, que aconteceram no momento em que permaneci junto aos sujeitos: o nervosismo, os gestos, o olhar, a contradição, ansiedade, a esperança, o desânimo, a alegria e a complexidade de cada ambiente em que os mesmos estavam inseridos formando uma complexa rede de relações sócio-político-culturais que constituíram o contexto dos domicílios¹⁵.

Os dados obtidos através da observação foram coletados durante e após a aplicação do questionário, utilizando o diálogo com os sujeitos, como instrumento. Além disso foram registrados fatos e percepções acerca do contexto domiciliar de cada sujeito.

¹⁵ A observação simples foi realizada durante a aplicação do questionário, utilizando-se um diário de campo para registrar fatos perceptíveis e que poderiam possuir significação e influência nos resultados da pesquisa.

3.4.3 Instrumento WHOQOL-bref

O instrumento utilizado para coleta de dados sobre avaliação da qualidade de vida foi o WHOQOL-bref (versão abreviada do WHOQOL-100) elaborado pela Organização Mundial da Saúde.

Conforme o exposto anteriormente, a necessidade de se criar instrumentos menores que utilizassem menor tempo para preenchimento, porém que mensurassem com fidedignidade a qualidade de vida fez com que o Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde desenvolvesse a versão abreviada do WHOQOL-100 denominada WHOQOL-BREF. Esse instrumento foi traduzido no Brasil para a língua portuguesa e validado pelo Dr. Marcelo Fleck do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FLECK *et al.*, 2000).

Este instrumento consta de vinte e seis questões. Duas questões são gerais e as restantes representam cada uma das vinte e quatro facetas da WHOQOL-100. Assim, o WHOQOL-BREF é composto por quatro domínios sendo eles: o físico, o psicológico, o das relações sociais e o do meio ambiente.

As respostas são dadas em uma escala do tipo Likert compreendendo quatro categorias. Fleck *et al.* (2000) expõe que o instrumento WHOQOL-bref mostra-se útil em situações em que a aplicabilidade de um instrumento mais longo é dificultada. Logo, este instrumento, por ser de mais fácil manuseio no que tange ao preenchimento e, mesmo assim,

dispor de fidedignidade, consideramos o mesmo conveniente para mensurar a qualidade de vida de clientes submetidos a intervenções coronárias percutâneas.

A aplicação do instrumento WHOQOL-bref ocorreu entre abril e maio de 2005. Inicialmente pretendia-se iniciar a coleta no mês de janeiro, porém a mesma foi retardada em virtude da necessidade de formalização do projeto pelo comitê de ética o qual foi aprovado no final de março de 2005 tendo assim iniciado a coleta.

A aplicação ocorreu após o agendamento com cada um dos sujeitos. Este agendamento foi realizado por contato telefônico (com aqueles que dispunham deste meio de comunicação) ou por explanação verbal em um primeiro contato na residência daqueles que não possuíam telefone. Alguns entrevistados não estavam presentes/disponíveis em seus domicílios conforme fora combinado anteriormente, os demais sujeitos apresentavam-se disponíveis no dia e hora marcados. Em relação às perdas constatadas pela coleta, seis sujeitos haviam mudado de endereço sendo que não foi possível encontrá-los novamente, cinco foram a óbito. Além disso, treze sujeitos negaram-se a participar da pesquisa, neste sentido, o número total de participantes compreendeu trinta sujeitos. Ao chegar ao domicílio dos entrevistados fui recebida de maneira diferenciada por cada um deles. Em algumas residências fui muito bem recebida, geralmente a conversa ocorria na sala de estar e com a presença de outros familiares além do sujeito entrevistado. Aparentemente se notava um entrosamento familiar muito grande, transparência, presença de vínculo entre sujeito e família além da preocupação com o seu estado de saúde. Em outros domicílios os sujeitos entrevistados pareciam um tanto quanto “desconfiados” mediante minha presença, e possuíam dificuldade de prosseguir os diálogos por mim iniciados, apesar disso responderam e/ou preencheram todo o instrumento.

Houve também, aqueles domicílios em que fui recebida na porta da casa, sem o convite para entrar na residência, nestes casos apesar do aceite em participar da pesquisa notei a resistência de alguns sujeitos de falar sobre a sua própria saúde, sendo que muitas vezes negavam a problemática.

No momento da aplicação do WHOQOL-bref, era possível fazer uma observação de cada domicílio e das reações apresentadas tanto pelos sujeitos pesquisados quanto pelos demais membros da família que porventura estavam presentes naquele momento. O andamento da aplicação do instrumento transcorreu conforme o roteiro estipulado pelo próprio instrumento validado WHOQOL-bref, na seqüência exata das questões apresentadas pelo mesmo. Na maioria das vezes os sujeitos ao responder as questões propostas, teciam comentários sobre as mesmas, o que era oportuno para a realização de orientações fornecidas por mim. Todos os sujeitos responderam a todos os questionamentos.

3.5 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

A seguir relato os procedimentos adotados para a análise dos dados. Os dados referentes ao instrumento da coleta para o levantamento documental (Apêndice D) e os dados coletados através do instrumento do WHOQOL-bref (Anexo A) foram lançados em uma planilha de dados para análise (Excel). Os coletados através da observação e registrados no Diário de Campo (Apêndice E) receberam tratamento específico levando em consideração os mesmos domínios do instrumento acima citado.

3.5.1 Procedimentos

Quanto ao **instrumento do WHOQOL-bref**, escala da Qualidade de Vida, para análise dos dados, foram seguidos os passos preconizados pela OMS, conforme apontados por Fleck *et al.* (1999), a partir da sintaxe no SPSS relatados a seguir: verificação das 26 questões no intuito de detectar se as mesmas obtiveram respostas entre 1 a 5; inversão dos valores das questões 3, 4 e 26, visto que estão orientadas de forma negativa (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1); cálculo dos domínios e da qualidade de vida geral em uma escala de 4 a 20 pontos, através da média das questões referentes a cada domínio, fazendo a multiplicação por quatro, para que os escores possam ser comparados a escala WHOQOL-100 que é a escala original; transformação dos escores de cada domínio para a escala original de 0 a 100, subtraindo cada valor de 4 e multiplicando pelo fator (100/16).

O domínio 1/físico é composto pelas seguintes questões: q3, q4, q10, q15, q16, q17, q18 e o mínimo de questões respondidas devem ser seis em um mesmo questionário para que o mesmo possa ser calculado. **O domínio 2/psicológico** é composto pelas questões: q5, q6, q7, q11, q19, q26 e deve possuir no mínimo cinco questões respondidas para poder ser calculado. **O domínio 3/relações sociais**, aponta as questões: q20, q21, q22 devendo possuir no mínimo duas questões respondidas. **Já o domínio 4/ambiente**, compreende as questões: q8, q9, q12, q13, q14, q23, q24, q25 e deve possuir no mínimo seis questões respondidas. Em se tratando do domínio geral que compreende as questões 1 e 2, faz-se necessário que as duas sejam respondidas para que seja propiciado o cálculo deste domínio.

A **observação** foi realizada seguindo os critérios estabelecidos por Lakatos (2003), que aponta a conceituação de observação sistemática, sendo esta realizada em condições controladas, para responder a questões e/ou propósitos pré-estabelecidos. Neste tipo de observação o observador sabe o que procura e o que tem importância em determinada situação.

Assim, optou-se pela observação sistemática porque se procurou observar, fundamentalmente, o ambiente e as inter-relações com os domínios que contemplam o instrumento WHOQOL-bref, no contexto domiciliar dos sujeitos em estudo. Neste tipo de observação o observador é objetivo, podendo reconhecer e eliminar possíveis influências sobre o que vê.

Siqueira (2001, p. 217) refere que:

Observar os acontecimentos e as diversas características manifestas ou ocultas, mas passíveis de interpretação, constituem o alvo da análise e da interpretação para uma possível síntese do novo conhecimento a ser construído, entrelaçando o que existe e o que o grupo ou o indivíduo deseja construir e ou reconstruir, a partir desta realidade contextualizada.

Para que a observação pudesse ser discutida e contemplada em relação com as respostas das questões do instrumento do WHOQOL-bref foram estabelecidos significados para que os registros fossem melhor interpretados. Estes significados condizem com os domínios do instrumento, acima citado, no qual se estabeleceu os seguintes achados quanto aos significados observados: **domínio físico** – cuidado com a saúde, cuidados com a medicação; **domínio psicológico** – desmotivação, nervosismo, choro, solidão; **domínio**

social- presença da família, presença dos amigos; **domínio ambiental**- local onde moram; condições financeiras, moradia. Estes dados observados serviram para confirmar e complementar os resultados do instrumento WHOQOL-bref e assim discuti-los na sua totalidade.

4 RESULTADOS

Conforme anteriormente descrito foram selecionados 54 sujeitos, havendo perda de 24, foram pesquisados 30, que realizaram intervenção coronária percutânea no Serviço de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista do Rio Grande.

Inicialmente será apresentada a caracterização da amostra obtida em parte, pelas informações através da ficha que acompanha o instrumento preenchida pelos sujeitos e pelos dados colhidos por ocasião do levantamento documental junto ao Serviço de Prontuário do Serviço de Cardiologia Intervencionista do Rio Grande.

Na continuidade serão abordados os demais dados obtidos pelo instrumento utilizado para o levantamento documental, envolvendo: o diagnóstico médico, fatores de risco para a doença arterial coronariana, número de intervenções realizadas, uso de próteses e complicações.

Por último serão apresentados os resultados referentes às demais questões da Ficha de Informação que acompanha o instrumento WHOQOL-bref, assim como as respostas dadas pelos sujeitos do próprio instrumento.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

Do total dos 30 sujeitos entrevistados, 63,3% eram do sexo masculino e 36,7% do sexo feminino.

Ao analisar a realização do procedimento por faixa etária e sexo verificou-se que a maioria dos homens (57,9%) possuía idade até 60 anos. Já das entrevistadas a maioria (63,6%) tinham idade superior a 60 anos (Tabela 01).

Em relação à realização do procedimento por faixa etária independente do sexo verificou-se que 50% dos respondentes possuíam idades até 60 anos e que 50% inseriam-se na faixa etária de idade acima de 60 anos.

Tabela 01 – Distribuição por sexo dos sujeitos quanto à faixa etária

FAIXA ETÁRIA	SEXO					
	Masculino		Feminino		Total	
	%	n	%	n	%	n
Até 60 anos	57,9	11	36,4	04	50,0	15
Acima de 60 anos	42,1	08	63,6	07	50,0	15
TOTAL	100,0	19	100,0	11	100,0	30

Quanto à escolaridade a maioria dos entrevistados (53,3%) possuía o primeiro grau incompleto (Tabela 02).

Tabela 02 – Distribuição dos sujeitos quanto ao grau de instrução

GRAU DE INSTRUÇÃO	%	n
Analfabeto	3,3	01
I Grau incompleto	53,3	16
I Grau completo	13,3	04
II Grau incompleto	6,7	02
II Grau completo	10,0	03
III Grau completo	6,7	02
Pós-graduação completo	6,7	02
TOTAL	100,0	30

A Tabela 03 mostra que ao relacionar grau de instrução e sexo constatou-se que a maioria dos sujeitos do sexo masculino apresentou o primeiro grau incompleto (52,6%). Entre as mulheres destacam-se também a porcentagem daquelas com primeiro grau incompleto (54,5%).

Tabela 03 – Distribuição por sexo dos sujeitos quanto ao grau de instrução

GRAU DE INSTRUÇÃO	SEXO			
	Masculino		Feminino	
	%	N	%	n
Analfabeto	-	-	9,1	01
I Grau incompleto	52,6	10	54,5	06
I Grau completo	15,8	03	9,1	01
II Grau incompleto	5,3	01	9,1	01
II Grau completo	5,3	01	18,2	02
III Grau completo	10,5	02	-	-
Pós-graduação completo	10,5	02	-	-
TOTAL	100,0	19	100,0	11

Quanto ao estado civil observou-se uma maior porcentagem de casados (46,7%) conforme demonstra a Tabela 04:

Tabela 04 – Distribuição dos sujeitos quanto ao estado civil

ESTADO CIVIL	%	n
Solteiro(as)	10,0	03
Casado(as)	46,7	14
Vivendo casado(as)	10,0	03
Separado(as)	10,0	03
Divorciado(as)	6,7	02
Viúvo(as)	16,7	05
TOTAL	100,0	30

Ao relacionar o estado civil com o sexo dos entrevistados na Tabela 05 verifica-se que a maioria dos homens eram casados (52,6%). Já entre as mulheres (36,4%) eram casadas e (36,4%) viúvas. Destaca-se ainda que a porcentagem de homens solteiros (5,3%) era menor que a das mulheres nesta mesma condição (18,2%).

Tabela 05 – Distribuição por sexo dos sujeitos quanto ao estado civil

ESTADO CIVIL	Masculino		Feminino	
	%	n	%	n
Solteiro(as)	5,3	01	18,2	02
Casado(as)	52,6	10	36,4	04
Vivendo casado(as)	15,8	03	-	-
Separado(as)	10,5	02	9,1	01
Divorciado(as)	10,5	02	-	-
Viúvo(as)	5,3	01	36,4	04
TOTAL	100,0	19	100,0	11

4.2 HISTÓRIA CLÍNICA DOS SUJEITOS

Os diagnósticos clínicos dos sujeitos do estudo foram obtidos através do levantamento documental. O diagnóstico clínico mais frequentemente encontrado (63,3%) foi angina instável (Tabela 06).

Tabela 06 – Distribuição quanto ao diagnóstico clínico apresentado pelos sujeitos

DIAGNÓSTICOS	%	n
Angina estável	26,7	08
Angina instável	63,3	19
IAM*	10,0	03
TOTAL	100,0	30

*IAM: infarto agudo do miocárdio

A Tabela 07 mostra que os fatores de risco mais frequentemente encontrados foram HAS (80%) e as dislipidemias (53%). Entre os fatores de risco menos frequentes destacam-se o diabetes (23,3%) e o sedentarismo (13,3%). Ressalta-se ainda que quanto ao uso de contraceptivos este dado não foi encontrado em nenhuma das mulheres em estudo.

Tabela 07 – Distribuição dos fatores de risco, para a doença coronariana, apresentados pelos sujeitos

FATORES DE RISCO	%	n
<i>Tabagismo</i>		
Sim	20,0	06
Não	80,0	24
<i>HAS*</i>		
Sim	80,0	24
Não	20,0	06
<i>Diabetes</i>		
Sim	23,3	07
Não	76,6	23
<i>Sedentarismo</i>		
Sim	13,3	04
Não	86,7	26
<i>Dislipidemias</i>		
Sim	53,3	16
Não	46,7	14
<i>Hereditariedade</i>		
Sim	40,0	12
Não	60,0	18
<i>Contraceptivos</i>		
Sim	-	-
Não	100,0	30

*HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

Os fatores de risco foram analisados em relação ao diagnóstico clínico apresentado para a intervenção coronariana (Tabela 08). Entre os sujeitos investigados com diagnóstico clínico de angina estável os fatores de risco de maior frequência foram a HAS (87,7%) e as dislipidemias (50%).

Da mesma forma entre os clientes com diagnóstico clínico de angina instável, os fatores de risco mais frequentemente encontrados também foram HAS (78,9%) e as dislipidemias (63,2%).

Entre aqueles com história de infarto agudo do miocárdio três fatores foram encontrados em uma mesma porcentagem dos entrevistados (63,7%), são eles: a HAS, o diabetes e a hereditariedade.

Tabela 08 – Distribuição, por diagnóstico clínico, dos fatores de risco apresentados pelos sujeitos

FATORES DE RISCO	DIAGNÓSTICO CLÍNICO					
	Angina Estável		Angina Instável		IAM**	
	%	n	%	N	%	n
<i>Tabagismo</i>						
Sim	25,0	02	21,1	04	-	-
Não	75,0	06	78,9	15	100,0	03
<i>HAS*</i>						
Sim	87,5	07	78,9	15	66,7	02
Não	12,5	01	21,1	04	33,3	01
<i>Diabetes</i>						
Sim	25,0	02	15,8	03	66,7	02
Não	75,0	06	84,2	16	33,3	01
<i>Sedentarismo</i>						
Sim	25,0	02	10,5	02	-	-
Não	75,0	06	89,5	17	100,0	03
<i>Dislipidemias</i>						
Sim	50,0	04	63,2	12	-	-
Não	50,0	04	36,8	07	100,0	03
<i>Hereditariedade</i>						
Sim	25,5	02	42,1	08	66,7	02
Não	75,0	06	57,9	11	33,3	01
<i>Contraceptivos</i>						
Sim			-	-	-	-
Não	100,0	30	100,0	30	100,0	03

*HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

**IAM – Infarto Agudo do Miocárdio

Ao ser investigado o número de intervenções realizadas observou-se que a maioria dos entrevistados (73%) realizou uma única intervenção (Tabela 09).

Tabela 09 – Distribuição quanto ao número de intervenções realizadas pelos sujeitos

INTERVENÇÃO	%	n
Uma intervenção	73,0	22
Mais de uma intervenção	26,0	08
TOTAL	100,0	30

Quanto às complicações apresentadas nas intervenções, 83,3% dos sujeitos não apresentaram complicações (Tabela 10). As complicações apresentadas por 16,7% dos entrevistados foi sangramento inguinal.

Tabela 10 – Distribuição quanto às complicações apresentadas pelos sujeitos durante as intervenções

COMPLICAÇÕES	%	n
Sim	16,7	05
Não	83,3	25
TOTAL	100,0	30

Em relação ao implante de prótese coronariana (*stents*), verificou-se que este procedimento foi realizado em 90% dos sujeitos (Tabela 11).

Tabela 11 – Distribuição quanto ao uso de prótese (*stents*) pelos sujeitos

PRÓTESE	%	n
Sim	90,0	27
Não	10,0	03
TOTAL	100,0	30

4.3 ANÁLISE DOS DADOS DO INSTRUMENTO WHOQOL-BREF

Os dados do instrumento WHOQOL-bref contempla as condições de saúde dos sujeitos assim como, as questões referentes à qualidade de vida conforme segue:

4.3.1 Condições de saúde dos sujeitos

Quando os sujeitos foram investigados em relação: como estava a sua saúde, destaca-se que 46,7% registraram que sua saúde não estava nem ruim nem boa; enquanto que 36,7% indicaram que a saúde estava boa. Nenhum sujeito assinalou que a saúde estava muito ruim (Tabela 12).

Tabela 12 – Distribuição das opiniões dos sujeitos quanto ao estado de sua saúde

ESTADO DE SAÚDE	%	n
Muito ruim	-	-
Ruim	6,7	02
Nem ruim nem boa	46,7	14
Boa	36,7	11
Muito boa	10,0	03
TOTAL	100,0	30

Em relação ao problema de saúde atual e/ou a condição no momento da realização da pesquisa 86,7% dos sujeitos apontaram problemas de coração (Tabela 13).

Tabela 13 – Distribuição dos problemas de saúde relatados pelos sujeitos

PROBLEMA DE SAÚDE ATUAL	%	n
Nenhum problema	6,7	02
Problemas de coração	86,7	26
Hipertensão	3,3	01
Artrite ou reumatismo	3,3	01
TOTAL	100,0	30

Os dados coletados sobre o regime de cuidados de saúde mostram que a maioria dos pesquisados (93,3%) encontravam-se em tratamento ambulatorial (Tabela 14).

Tabela 14 – Distribuição dos sujeitos quanto ao regime de cuidados de saúde

REGIME DE CUIDADOS DE SAÚDE	%	n
Sem tratamento	3,3	01
Ambulatório	93,3	28
Internação	3,3	01
TOTAL	100,0	30

4.3.2 Análise dos dados do questionário do instrumento WHOQOL-bref

Para a análise dos domínios da escala de qualidade de vida, observou-se média e a frequência em três níveis de respostas: satisfeitos acima de 75%, nível intermediário de 25% a 75% e insatisfeitos até 24%.

Inicialmente serão abordadas as duas questões de ordem geral que compõem o instrumento WHOQOL-bref. A seguir serão apresentadas as distribuições quanto à satisfação da qualidade de vida relacionados aos domínios físico, psicológico, social e ambiental. Na seqüência da avaliação de cada domínio serão apresentados as médias das notas atribuídas de cada uma das facetas que constituem o referido domínio.

Quando avaliados quanto a: **“Como você avalia a sua qualidade de vida?”** obteve-se como resultado: 43,3% dos sujeitos estavam satisfeitos e 46,7% situaram-se no nível intermediário de satisfação (Tabela 15).

Tabela 15 – Distribuição das respostas dos sujeitos quanto à avaliação da qualidade de vida

NÍVEL DE SATISFAÇÃO	%	n
Satisfeito	43,3	13
Intermediário	46,7	14
Insatisfeito	10,0	03
TOTAL	100,0	30

Ao serem questionados quanto: **“Quão satisfeito você está com a sua saúde?”** observou-se que: 40,0% dos sujeitos se colocaram no nível intermediário de satisfação e 36,7% se declararam insatisfeitos (Tabela 16).

Tabela 16 – Distribuição das respostas dos sujeitos quanto à satisfação com a sua saúde

NÍVEL DE SATISFAÇÃO	%	n
Satisfeito	36,7	11
Intermediário	40,0	12
Insatisfeito	23,3	07
TOTAL	100,0	30

Quanto ao domínio físico observou-se que 20% dos sujeitos estavam satisfeitos com este domínio, enquanto 80% dos sujeitos inseriram-se no nível intermediário de satisfação. Nenhum sujeito estava insatisfeito com este domínio como se pode observar na Tabela 17.

Tabela 17 – Distribuição das respostas dos sujeitos quanto à satisfação em relação a qualidade de vida relacionada ao domínio físico

NÍVEL DE SATISFAÇÃO	%	n
Satisfeito	20,0	06
Intermediário	80,0	24
Insatisfeito	0,0	00
TOTAL	100,0	30

A análise das facetas em relação ao domínio físico demonstra que: As questões (q) melhor avaliadas neste domínio foram a q15 ($3,83 \pm 0,50$), a q4 ($3,70 \pm 0,88$) e a q17 ($3,60 \pm 0,77$). Estas questões foram significativamente ($p = 0,001$) melhor avaliadas que a questão 03 ($2,83 \pm 0,98$), como se pode observar pela Tabela 18.

Tabela 18 – Valores médios das notas atribuídas às questões que contemplam o domínio físico. Letras diferentes mostram diferenças significativas ($p = 0,001$) entre as notas atribuídas às questões

QUESTÕES	Nº das questões	Média ± dvp	
• Quão bem você é capaz de se locomover?	15	$3,83 \pm 0,91$	a
• O quanto você precisa de algum tratamento para levar sua vida diária?	04	$3,70 \pm 0,88$	a
• Quão satisfeito você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	17	$3,60 \pm 0,77$	a
• Quão satisfeito você está com a sua capacidade para o trabalho?	18	$3,40 \pm 0,89$	ab
• Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?	10	$3,40 \pm 0,85$	ab
• Quão satisfeito você está com o seu sono?	16	$3,23 \pm 1,00$	ab
• Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	03	$2,83 \pm 0,98$	bc

n = 30

dvp = desvio padrão da média

Em relação ao domínio psicológico, verificou-se que a maioria dos sujeitos (86,7%) incluíram-se no nível intermediário de satisfação (Tabela 19).

Tabela 19 – Distribuição das respostas dos sujeitos quanto à satisfação com a qualidade de vida relacionada ao domínio psicológico

NÍVEL DE SATISFAÇÃO	%	n
Satisfeito	10,0	03
Intermediário	86,7	26
Insatisfeito	3,3	01
TOTAL	100,0	30

No domínio psicológico a questão 06 ($3,73 \pm 0,98$) foi significativamente ($p = 0,017$) melhor avaliada do que a questão 26 ($3,00 \pm 0,91$). Ressalta-se ainda que as notas atribuídas as questões 11 ($3,63 \pm 0,72$) e 19 ($3,60 \pm 0,81$) tendem a ser significativamente maiores ($p = 0,062$ e $p = 0,091$, respectivamente) do que as da questão 26, como pode-se observar pela Tabela 20.

Tabela 20 – Valores médios das notas atribuídas às questões que contemplam o domínio psicológico. Letras diferentes mostram diferença significativa ($p = 0,017$) entre as notas atribuídas às questões

QUESTÕES	Nº das questões	Média \pm dvp	
• Em que medida você acha que sua vida tem sentido?	06	$3,73 \pm 0,98$	a
• Você é capaz de aceitar a sua aparência física?	11	$3,63 \pm 0,71$	ab
• Quão satisfeito você está consigo mesmo?	19	$3,60 \pm 0,81$	ab
• O quanto você consegue se concentrar?	07	$3,53 \pm 0,93$	ab
• O quanto você aproveita a vida?	05	$3,20 \pm 0,92$	ab
• Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau-humor, desespero, ansiedade e depressão?	26	$3,00 \pm 0,90$	b

Com referência ao domínio social obteve-se 76,6% dos sujeitos inseriram-se no nível intermediário de satisfação e 20% consideravam-se satisfeitos (Tabela 21).

Tabela 21 – Distribuição das respostas dos sujeitos quanto à satisfação com a qualidade de vida relacionada ao domínio social

NÍVEL DE SATISFAÇÃO	%	N
Satisfeito	20,0	06
Intermediário	76,7	26
Insatisfeito	3,3	01
TOTAL	100,0	30

Na Tabela 22 observa-se que no domínio social as questões 20 ($4,00 \pm 0,58$) e 22 ($3,86 \pm 1,07$) foram significativamente ($p = 0,000$) melhor avaliadas do que a questão 21 ($2,80 \pm 1,37$).

Tabela 22 – Valores médios das notas atribuídas às questões que contemplam o domínio social. Letras diferentes mostram diferença significativa ($p = 0,000$) entre as notas atribuídas às questões

QUESTÕES	Nº das questões	Média \pm dvp	
• Quão satisfeito você está com suas relações pessoais?	20	$4,00 \pm 0,58$	a
• Quão satisfeito você está com o apoio que recebe de seus amigos?	22	$3,86 \pm 1,07$	a
• Quão satisfeito você está com sua atividade sexual?	21	$2,80 \pm 1,37$	b

Em relação ao domínio 04 que inclui todas as questões referentes ao ambiente destaca-se que, 83,3% dos sujeitos encontravam-se no nível intermediário de satisfação. Nenhum sujeito estava insatisfeito em relação a este domínio (Tabela 23).

Tabela 23 – Distribuição das respostas dos sujeitos quanto à satisfação com a qualidade de vida relacionada ao domínio ambiente

NÍVEL DE SATISFAÇÃO	%	n
Satisfeito	16,7	05
Intermediário	83,3	25
Insatisfeito	0,0	00
TOTAL	100,0	30

No domínio ambiental não foi observado diferença significativa entre as questões. No entanto, cabe ressaltar que a questão 23 ($3,86 \pm 0,89$) tende a ser significativamente ($p = 0,07$) melhor avaliada que a questão 12 ($3,16 \pm 0,74$), conforme se observa na Tabela 24.

Tabela 24 – Valores médios das notas atribuídas às questões que contemplam o domínio ambiente. Letras semelhantes mostram que não houve diferenças significativas ($p < 0,05$) entre as questões

QUESTÕES	Nº das questões	Média ± dvp
• Quanto satisfeito você está com o local onde mora?	23	$3,86 \pm 0,89$ a
• Quanto disponíveis estão para você as informações que precisa no seu dia-a-dia?	13	$3,83 \pm 0,69$ a
• Quanto satisfeito você está com seu meio de transporte?	25	$3,76 \pm 0,93$ a
• Quanto satisfeito você está com o acesso aos serviços de saúde?	24	$3,66 \pm 1,12$ a
• Quanto saudável é o seu ambiente físico?	09	$3,36 \pm 0,92$ a
• Quanto seguro você se sente na sua vida diária?	08	$3,33 \pm 0,88$ a
• Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?	14	$3,23 \pm 1,13$ a
• Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	12	$3,16 \pm 0,74$ a

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo foram discutidos os resultados da pesquisa. Inicialmente abordou-se a caracterização da população, a história clínica dos sujeitos, as condições de saúde dos mesmos assim como, as questões referentes ao instrumento WHOQOL-bref. Enfatizou-se também, na presente discussão os significados em relação aos domínios do instrumento, acima referendado, que foram colhidos através da observação.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

A amostra estudada possui uma predominância de indivíduos do sexo masculino num percentual de 63,3% sujeitos. Ao se analisar a realização deste procedimento por faixa etária conclui-se que os homens eram a maioria somente na faixa de idade de até sessenta anos. Este dado assemelha-se ao estudo de Colombo (2000) e de Siviero (2003) que encontraram maior incidência de doenças coronarianas em homens num total de 64% dos sujeitos investigados.

O maior percentual de mulheres na faixa etária superior a sessenta anos que realizou a intervenção coronária percutânea pode ser atribuída a maior proporção de mulheres em geral nesta faixa etária. Dados do IBGE mostram que em Rio Grande, assim como na maioria dos municípios gaúchos e brasileiros ocorre uma feminilização de faixa etária superior aos 60 anos. No entanto outros fatores também podem ser hipotetizados. Siviero (2003) refere que uma maior incidência de doenças coronarianas nesta etapa da vida, deve-se provavelmente a uma diminuição da produção de hormônios podendo levar a estes distúrbios e conseqüentemente a tratamentos como à intervenção. Esta autora atribuiu este fator hormonal como relevante em sua amostra estudada.

Estes dois fatores podem explicar, no nosso trabalho, a tendência atual para doenças coronarianas, visto que na cidade do Rio Grande os indivíduos que realizaram intervenções no Serviço de Hemodinâmica e Cardiologia Intevencionista, sugerem dados semelhantes à média nacional: indivíduos do sexo masculino sobressaem-se em relação ao feminino.

No que se refere à escolaridade daqueles que realizaram a intervenção coronária percutânea, não houve diferença entre homens e mulheres quanto ao grau de instrução. A maioria (52,6%) da população masculina e feminina (54,5%) apresenta o primeiro grau incompleto. O grau de instrução está diretamente relacionado ao entendimento do indivíduo em relação a patologias crônicas e fatores de risco que contribuem para o seu desenvolvimento, assim como o significado designado para as orientações quanto à alimentação, hábitos de vida e efeitos sobre a saúde. Tem sido ressaltado que quanto maior a escolaridade maior a influência na renda familiar propiciando condições melhores de vida (BRASIL, 1993). No trabalho de Simão *et al.* (2002) sobre doenças cardiovasculares realizado com trabalhadores do sexo masculino de uma destilaria do interior paulista, o nível

de instrução predominante na amostra também foi o primeiro grau incompleto totalizando 60,2%. Este dado corrobora com nosso estudo já que o percentual geral de sujeitos com o primeiro grau incompleto foi de 53,3%. Acredita-se que este menor grau de escolaridade pode levar o indivíduo ao não entendimento de sua patologia e do tratamento instituído. Além disso, esta falta de esclarecimento pode levar o indivíduo a negligenciar o seu auto cuidado.

Neste tópico pode-se inferir que a educação influencia, preponderantemente, no estado de saúde do ser humano. A falta de trocas de informações, de diálogo, de habilidades e de conhecimentos fazem com que os sujeitos, tenham mais dificuldades para se auto-cuidarem.

A educação tem lugar de destaque na capacidade dos indivíduos se auto-cuidarem. Koerich e Erdmann (2003) abordam que se precisa aprender sobre o assunto, ter opinião própria, responsabilizar-se por seus próprios atos e decisões, sem desconsiderar experiências já vividas. Deve-se, assim, propiciar um processo educativo que atenda as necessidades dos sujeitos, provocando verdadeiras mudanças em relação à condição presente.

Em relação ao estado civil da clientela submetida à intervenção coronária percutânea os dados mostram que a maioria dos indivíduos (46,7%), em ambos os sexos, que realizaram a intervenção eram casados. Estudo desenvolvido por Favarato (2004) também mostra um predomínio de clientes com problemas cardíacos nesta condição, a diferença em seu estudo foi maior, pois na amostra avaliada 73,9% eram casados, mas neste caso ESTE FATO poderá estar relacionado ao tamanho da amostra.

Penso que este dado vem complementar a tendência atual de que as doenças cardíacas estão surgindo cada vez mais cedo, ainda em uma etapa de vida economicamente ativa e

emocionalmente interligada a outros sujeitos, neste caso referindo-se ao casamento uma das categorias que abrange fundamentalmente a etapa do ciclo vital referente à vida adulta. Este dado pode ser observado, por meio do diálogo com os sujeitos estudados e por meio da observação das condições presentes nos domicílios.

5.2 HISTÓRIA CLÍNICA DOS SUJEITOS

Ao abordar, os diagnósticos clínicos mais comumente encontrados entre indivíduos que realizaram a intervenção coronariana percutânea notou-se que a angina instável, (63,3%) sobressaía-se em relação à angina estável com (26,7%) e ao infarto agudo do miocárdio com (10,0%).

A angina instável possui como sintoma mais característico conforme Zimmerman e Ribeiro (1993), dor retroesternal, com ou sem irradiação e que pode persistir por 30 minutos ou mais e acordar o paciente durante o sono. Em contrapartida a angina estável caracteriza-se por precordialgia que ocorre aos esforços e cessa ao repouso. Rigacci *et al.* (2001) enfatizam que na angina estável quando cessa o estímulo, e a região do coração volta a ser suprida de acordo com sua demanda e assim o quadro de isquemia regride. O infarto agudo do miocárdio é caracterizado como a formação de trombo sobre a placa que oblitera totalmente a luz do vaso, onde ocorre um início de um processo tempo-dependente da disfunção e morte celular.

Pesquisas mostram que a intervenção coronária percutânea é procedimento de eleição nos casos de angina instável. Mesquita (2003) em seu estudo realizado sobre o sucesso

mediato e imediato da angioplastia coronariana, mostrou o sucesso imediato deste procedimento em 97% de grupo de indivíduos com angina instável. Este dado poderia de certa forma explicar o achado da maior porcentagem de diagnóstico de angina instável encontrada em nosso estudo entre os indivíduos que realizaram a intervenção coronariana percutânea. Pelos achados deste estudo existem indícios que os profissionais de Rio Grande, atuantes na área da Cardiologia são adeptos a essa intervenção pelo próprio sucesso que obtém junto a este procedimento nos sujeitos de angina instável.

No entanto, em estudo realizado por Centemero *et al.* (2004) sobre marcadores bioquímicos de lesão miocárdica, pós-intervenções percutâneas, utilizando *stents* coronários foi encontrado como quadro clínico mais prevalente para a realização da intervenção a isquemia silenciosa num total de 36,1% dos indivíduos estudados, seguida de angina estável com 32,7% e em última colocação a angina instável com 31,2% dos casos de intervenção. Estes dados contrapõem-se ao nosso estudo porque o maior percentual de indivíduos submetidos à intervenção coronariana e uso de prótese ocorreu em sujeitos com angina instável, o que justifica a implantação de *stent* nesta condição patológica.

Quanto aos fatores de risco para o desenvolvimento da doença coronariana a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) sobressaiu-se neste estudo em relação aos demais fatores de risco tendo sido relatado por 80% dos clientes submetidos à intervenção coronária percutânea. Os achados sobre esta patologia foram superiores à média de HAS na população geral (44%) conforme expõe a IV Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2002). Convém salientar que neste estudo este dado é de relevância, mas os achados superiores à média nacional, já eram esperados tendo em vista que o grupo de sujeitos que fizeram parte de nosso estudo eram portadores de disfunção coronariana e, portanto, com maior probabilidade, que a

população em geral, de apresentar fatores de risco como a hipertensão arterial sistêmica. No entanto os valores encontrados neste estudo também são superiores aos observados por Siviero (2003) em infartados quando detectou que 55% destes clientes eram hipertensos e aos 69,8% dos casos de HAS observados por Centemero *et al.* (2004). Cabe ainda salientar o observado por Gus (2002), acerca da identificação de hipertensão arterial pelos clientes. Estes autores mostram que há um aumento do reconhecimento da HAS visto que 75% dos hipertensos entrevistados reconhecem sua condição.

Apesar da diferença entre os dados não se pode aqui deixar de considerar o caráter multifatorial da hipertensão arterial como, por exemplo, a crescente modificação dos hábitos alimentares da população e o estresse da vida diária o que colaboram de forma importante para a elevação deste fator de risco no desencadeamento de doenças coronarianas.

O segundo fator de risco mais prevalente nesta pesquisa foram as dislipidemias que atingem 53% dos clientes submetidos à intervenção. A literatura aponta este fator como de suma importância para o desencadeamento da Doença Arterial Coronariana. Bertolami (2000) refere que uma grande diversidade de trabalhos demonstram a ocorrência de doença arterial coronariana relacionada à ingestão de gorduras. Os valores aqui encontrados são superiores aos 21% de caso de dislipidemias verificado por Siviero (2003) entre infartados e um pouco inferiores aos observados por Centemero *et al.* (2004). Esses últimos encontraram um percentual de 62,3% de hipercolesterolemia. Cabe ressaltar que este fator de risco também foi o segundo mais prevalente.

Outro aspecto importante a ser destacado é a necessidade conscientização por parte das pessoas dos riscos das hiperlipidemias sobre sua saúde. Simão *et al.* (2002) investigando

doenças cardiovasculares em trabalhadores, detectaram que dos 123 trabalhadores que participaram do estudo apenas 2,4% demonstraram ter conhecimento de seus níveis altos de colesterol, porém não realizavam tratamento farmacológico.

Assim, os dados que mostram os dois fatores de risco mais prevalentes nesta pesquisa corroboram com a colocação de Amodeo (1999), quando aponta que a hipertensão arterial sistêmica, as dislipidemias e o diabetes mellitus são ditos como os principais fatores de risco para o desencadeamento de processos mórbidos e mortalidade cardiovascular.

O conhecimento de sua condição de saúde, mas o não engajamento na prática do cuidado de si, por parte destes sujeitos, leva a enfermagem a uma responsabilidade de fundamental importância, no que tange a promoção e a prevenção à saúde. Neste ponto, enquanto profissão, a enfermagem deve buscar subsídios para instrumentalizar práticas que promovam a conscientização dos sujeitos com vistas a uma saúde melhor assim como uma melhor qualidade de vida.

Esta instrumentalização do cuidado poderá ocorrer através de uma educação problematizadora onde Koerich e Erdmann (2003) abordam que esta educação deve possuir caráter reflexivo, implicando em um desvelamento constante da realidade o que propiciará uma tomada de consciência e mudanças de atitudes do homem diante do mundo.

Para Freire (1980, p. 81):

A educação problematizadora está fundamentada sobre a criatividade e estimula uma ação e uma reflexão verdadeiras sobre a realidade, respondendo

assim, à vocação dos homens que não são seres autênticos, senão quando se comprometem na procura e na transformação criadoras.

Nos indivíduos cardiopatas esta conscientização, pode levá-los a uma resignificação de suas vidas e de modificação de fatores que porventura desencadeiem processos mórbidos. Esta conscientização pode levar os sujeitos ao enfrentamento da realidade vivida através da reflexão-ação-reflexão.

Neste estudo, o Diabetes Mellitus foi o quarto fator mais apontado totalizando 23,3% dos indivíduos. No estudo de Simão *et al.* (2002) este achado de diabetes foi encontrado somente em 3,3 % da clientela estudada. Passos *et al.* (2005) ao analisar o diabetes tipo 2 em relação a sua prevalência e fatores associados em uma comunidade brasileira também encontrou dados semelhantes aos nossos onde entre os idosos estudados 14,59% eram diabéticos e entre os adultos 5,64% encontravam-se neste grupo. Provavelmente a incidência, em nosso estudo, possa ter diminuído em decorrência das inúmeras ações estabelecidas à prevenção desta patologia, pois conforme Vasconcelos *et al.* (2000) a mesma assume grande importância no contexto da saúde pública, portanto atividades educativas devem ser disponibilizadas com o propósito de prevenir as complicações e promover uma melhor adaptação do paciente à doença.

A enfermagem deve inserir-se de forma contínua e permanente em atividades educativas, principalmente quando instiga nos sujeitos a reflexão sobre sua condição de saúde e o que o levou a ser e estar assim, implicando em uma prática que faz com que os sujeitos sejam atores permanentes de sua história de vida. Nesta perspectiva a educação prepara os sujeitos criticamente para viverem dentro de suas realidades na busca constante do

gerenciamento de conflitos, não somente os inerentes a sua própria internalidade, mas também aos que a sociedade moderna impõe.

No entender de Capra:

As coisas a que as pessoas prestam a atenção são determinadas pelo que estas pessoas são enquanto indivíduos e pelas características culturais de suas comunidades de prática. Não é a intensidade ou a frequência de uma mensagem que vai fazê-la ser ouvida por elas; é o fato de a mensagem ser ou não significativa para elas (CAPRA, 2002, p. 123).

Com base nesta afirmação a enfermagem deve buscar entender a realidade desses sujeitos e assim propor com eles as melhores estratégias que os conduzam à prática da promoção e prevenção da saúde. Esta é uma forma que possibilita dar significado as suas ações e assim promover a adesão ao novo modo de ser e viver.

No estudo de Siviero (2003) a hereditariedade apareceu em 61% dos sujeitos, porém o estudo de Simão *et al.* (2002) assemelha-se mais ao nosso, pois foram detectados 32,5% dos sujeitos participantes da pesquisa com história familiar de doenças cardiovasculares. A hereditariedade também foi outro fator de risco prevalente neste estudo, pois 40% dos clientes submetidos à intervenção possuíam como fator de risco a hereditariedade.

Sabemos que este fator é imutável, portanto torna-se necessário instigar na clientela a prevenção dos fatores modificáveis capazes de evitar precocemente as patologias cardiovasculares. Entre os fatores preveníveis situam-se o tabagismo, álcool, dietas hiperlipídicas e hipercalóricas, sedentarismo, dentre outras.

Em relação ao fator de risco tabagismo, foi encontrado que dos clientes que realizaram intervenção coronária percutânea apenas 20% eram fumantes e sabe-se pela literatura que este é um fator importante para o desencademaneto da doença arterial coronariana. Moreira (1995) considera que este hábito associa-se ao desenvolvimento de doenças respiratórias, cardiovasculares e cancerígenas. Em seu estudo Simão *et al.* (2002) encontrou um dado semelhante ao nosso onde dos trabalhadores investigados apenas 16,3% eram fumantes. No estudo de Aguilar (1999), 96,2% dos indivíduos diabéticos que foram analisados quanto à qualidade de vida não eram fumantes. Em contrapartida no estudo de Siviero (2003), o tabagismo foi encontrado em 46% dos indivíduos estudos sendo este um dado que justifica a doença arterial coronariana e conseqüentemente o infarto que era o tema em questão deste estudo.

Neste estudo sobre qualidade de vida pós-intervenção coronariana não podemos atribuir o fator de risco tabagismo como fator de risco principal para o desencadeamento da doença arterial coronariana e conseqüentemente a intervenção visto que os dados não são significativos para este fator de risco, concordando assim com dois estudos acima citados e contrapondo-se significativamente ao estudo de Siviero (2003). O achado em nosso estudo pode estar relacionado a uma mudança comportamental devido a uma maior conscientização entre os sujeitos com idade superior a 60 anos. A tendência atual quanto ao tabagismo encontra-se em indivíduos mais jovens onde o fumo é consumido por inúmeros adolescentes brasileiros influenciados, muitas vezes, pela mídia e como uma prática de auto-afirmação. Quando chegam à terceira idade, não raro, o hábito de fumar é abandonado porque muitos problemas já surgiram em decorrência deste fator agregados a outros. Essa poderia ser uma justificativa para o índice de apenas 20% dos sujeitos possuírem o hábito de fumar em nosso estudo.

Outro fator de risco, pesquisado neste estudo foi o sedentarismo. Dos indivíduos que realizaram intervenção apenas 13,3% referiram serem sedentários, assim, 86,7% relataram à realização de atividade física. Simão *et al.* (2002) ao investigar o estilo de vida de trabalhadores de uma destilaria encontrou que 40,7% dos trabalhadores realizavam algum tipo de atividade física. Estes dados são significativos no sentido de que a atividade física pode colaborar para a redução da incidência da doença arterial coronariana. Porém deve-se considerar se realmente os indivíduos realizavam a atividade física segundo os critérios indicados, pois mesmo não sendo sedentários necessitaram de intervenções coronarianas. Este achado indica que muitas vezes o indivíduo realiza algum tipo de atividade, porém sem critérios pré-estabelecidos com duração inferior a trinta minutos e menos que três vezes na semana. Tem-se que se considerar aqui o entendimento dos sujeitos sobre o que é ser sedentário e o que eles entendiam por atividade física.

Acredito que quanto ao sedentarismo e mais especificamente quanto a atividade física, tem-se que considerar o entendimento de cada sujeito e o que eles consideram como hábito saudável. A caminhada como observado, foi para muitos a atividade física mais citada em conversa com os sujeitos investigados, porém, pude perceber através da observação o desconhecimento aprofundado sobre a importância do exercício físico. Muitos sabiam que faz bem, mas não conseguiam explicar como que influenciava de forma benéfica no organismo em especial na prevenção de doenças cardíacas.

O último fator de risco investigado foi o uso de contraceptivos, onde não foi encontrados este fator de risco nos sujeitos do sexo feminino investigados. Este fato sugere que a ausência deste fator de risco pode estar relacionada ao expressivo percentual de sujeitos acima de 60 anos.

Ao analisar o número de intervenções realizadas por cada sujeito estudado foi detectado que 73% dos clientes atendidos no serviço de hemodinâmica e cardiologia intervencionista do Rio Grande realizaram apenas uma intervenção durante a coleta dos dados no serviço. Isto significa que a angioplastia coronariana está se sobressaindo como procedimento de eleição e mostra-se eficaz nas doenças cardiovasculares obstrutivas. Nogueira e Viana (2001) relataram que a taxa de sucesso primário nas intervenções coronarianas gira em torno de 92%. A literatura demonstra ainda que o risco de complicações, ou melhor, de insucesso ocorre nos seis primeiros meses pós-intervenção, principalmente, por retração elástica do vaso onde há a necessidade de nova intervenção. No estudo deste autor o sucesso foi significativo visto que somente 8% necessitaram de nova intervenção neste período de seis meses.

A nossa pesquisa, portanto, vem comprovar através dos dados de uso de *stents* que 90% dos indivíduos submetidos à intervenção utilizaram próteses, isto é um dado relevante que pode justificar a não incidência neste estudo de re-intervenções nos primeiros seis meses pós-angioplastia coronariana. Em um estudo realizado sobre o infarto agudo do miocárdio e sua relação com prevenção e tratamento por cardiotônicos, angioplastia e/ou cirurgia de ponte de safena Mesquita (2003) encontrou os seguintes achados que contrapõe ao nosso estudo: a incidência de eventos coronários em seis meses de evolução pós-intervenção foi de 10% no grupo com história clínica de angina estável e 20% no grupo com angina instável. Neste sentido os pacientes que se apresentavam com angina instável obtiveram piores resultados imediatos quando submetidos à angioplastia mesmo com o uso de endopróteses – *stents*. Este pesquisa, porém, opõem-se aos estudos de Nogueira e Viana (2001), que enfatizam que após o advento das endopróteses as reestenoses caíram para a metade das encontradas anteriormente

aos *stents*. Quando não haviam ainda surgido estas armações metálicas as reestenoses a médio prazo ficavam em torno e 30%, hoje estudos demonstram que estes valores caíram para a metade.

Em relação às complicações pós-intervenção coronariana este estudo obteve 16,7% de complicações sendo que a única complicação encontrada foi sangramento na região cateterizada: sangramento inguinal. Luz e Solimene (1997) relatam que a principal complicação pós-intervenção coronariana são as reestenoses, limitando assim o processo terapêutico. As Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia (1995) apontam que a prevalência de reestenoses gira em torno dos 3% a 5%. Outras complicações enfatizadas são as vasculares periféricas incluindo-se aqui os sangramentos nos locais de acesso e a formação de pseudo-aneurismas relacionados principalmente por cateteres guias de grande lúmen, procedimento prolongado e idade avançada assim como usos de doses adicionais de heparina. Algumas complicações infreqüentes ainda foram citadas pelas Diretrizes como perfuração coronariana e embolização do material ateromatoso o que poderia ocasionar alterações isquêmicas. Portanto neste estudo não obtivemos complicações severas, pois somente o sangramento inguinal foi salientado, visto que se considera este como uma complicação freqüente e sem maiores agravos, pois se tem que considerar aqui o tempo de coagulação, uso de anticoagulantes e rompimentos microvasculares que podem levar ao sangramento, além do que, uma equipe multiprofissional qualificada, não somente quanto a intervenção, mas fundamentalmente quanto aos cuidados específicos com a região cateterizada.

Acredita-se que a enfermagem tem papel preponderante no controle de complicações pós-intervenções. Isso se deve ao fato de que hoje as equipes de enfermagem em hemodinâmica são melhor preparadas no que tange a este aspecto. Isto pode ser notado na

capacidade de liderança do enfermeiro no que concerne a tomada de decisões, o que trás segurança principalmente ao sujeito cardiopata que recebe os cuidados. De modo geral a capacidade de lidar com situações adversas fazem com que a enfermagem busque cada vez mais a otimização do cuidado instituído e, neste âmbito colabore para que se evitem complicações pós-intervenção coronariana. Além disso, todo aporte tecnológico de infraestrutura e do cuidado direto ficam aos seus cuidados. A qualificação é uma das ferramentas necessárias para que o enfermeiro consiga desenvolver as atitudes, competências e o conhecimento exigido a esta nova realidade, que se apresenta de forma marcante, impondo mudanças significativas para a adaptação desse cuidado.

5.3 DISCUSSÃO DOS DADOS DO QUESTIONÁRIO DO INSTRUMENTO WHOQOL-BREF

A **ficha de acompanhamento** do instrumento WHOQOL-bref foi analisada em todos os seus tópicos. Em relação ao questionamento de como estava o estado de saúde dos mesmos foi encontrado uma prevalência de sujeitos que responderam que a saúde não estava nem ruim nem boa. Pela resposta supracitada pode-se concluir que a satisfação da clientela pós-intervenção advém de inúmeros fatores: físicos, sociais, ambientais, psicológicos e que, portanto, a condição de saúde ainda está falha em alguns aspectos.

Quando questionados quanto ao problema de saúde atual e/ou condição no momento da aplicação do instrumento constatou-se que os problemas de coração sobressaíam-se num percentual de 86,7% o que condiz e/ou indica a realização de intervenção coronariana.

Aguilar (1999), investigou a qualidade de vida em clientes com Diabetes Mellitus tipos 2, sendo este o estado de saúde ou condição presente no momento do estudo, não encontrando outro distúrbio agregado a esta patologia.

A distribuição do regime de cuidados com a saúde mostrou em nossa pesquisa que a prevalência foi de 93,3% dos pesquisados em tratamento ambulatorial, isto significa que mesmo após a intervenção coronariana os mesmos continuam cuidando de seu estado de saúde de forma periódica. Este cuidado, processando a revisão periódica, ao nosso entender, contribui para uma melhora clínica significativa assim como uma melhor qualidade de vida. Este estudo corrobora com o de Aguilar (1999), visto que, neste, todos os indivíduos com Diabetes Mellitus realizavam o acompanhamento para a patologia sendo que 87,1% buscavam acompanhamento a nível público e 12,9% obtinham este acompanhamento em nível privado. Através da observação foi constatado que a maioria dos sujeitos deste estudo buscava acompanhamento à nível público, isto foi observado através do diálogo com os sujeitos que explanavam que o atendimento que recebiam era através do setor público, visto que não possuíam convênios e tampouco condições financeiras para o pagamento de consultas e tratamento particular. Esse achado é semelhante ao obtido pelo autor acima citado.

Em relação ao **questionário do instrumento WHOQOL-bref**, discutiu-se inicialmente as duas questões de ordem geral. Ao analisarem-se os **domínios** apontou-se a média e a frequência em três níveis de resposta como anteriormente relatado na análise: satisfeitos, nível intermediário e insatisfeitos. A análise e a discussão dos domínios por si só não contemplaram de forma mais aprofundada as indagações do presente estudo. Quanto aos domínios não houve diferenças significativas, visto que, em relação ao grau de satisfação da clientela mediante os mesmos, encontramos como resposta o **nível intermediário de**

satisfação em todos os domínios sem se observar uma significância maior em um ou em outro.

Nesta perspectiva, posteriormente discutiu-se as **facet**as, ou seja, as questões melhor avaliadas e pior avaliadas em cada domínio. Esta maneira de análise e discussão permitiu um posicionamento mais detalhado e global quanto às questões que interferem na qualidade de vida.

Quanto à questão de ordem geral: como eles **avaliavam a sua qualidade de vida**, obteve-se 46,7% dos sujeitos possuíam nível intermediário de satisfação, ou seja, nem boa nem ruim.

Pontuo aqui, a complexidade do termo qualidade de vida para o entendimento dos sujeitos pesquisados, visto que muitos não conheciam o termo ou se o conheciam não sabiam exatamente o que abrangia. Neste sentido, não interferei na resposta, mas fundamentei esclarecimentos conforme normas do instrumento da Organização Mundial da Saúde.

Isto remete-nos a um conceito maior que é a vida. Para Capra (2002), a vida contínua não é propriedade de um único organismo ou espécie, mas fundamentalmente de um sistema ecológico. Mas, para aplicarmos a compreensão desta natureza da vida à dimensão social do ser humano, precisa-se trabalhar o domínio da consciência interligada com as concepções culturais, espirituais e cognitivas da vida.

Outro fator que pode ter levado a clientela a sobressaírem no nível intermediário são as dificuldades que eles encontram na vida diária, como por exemplo, as questões referentes á

saúde, as dificuldades econômicas e sociais dentre outras. Contudo deve-se levar em consideração neste estudo, que 43,3% diziam-se satisfeitos com sua qualidade de vida. Isto pressupõe que independente das dificuldades, estes sujeitos analisaram o contexto no qual estão inseridos, avaliando criticamente a realidade vivida.

A qualidade é designada, neste estudo, como já citado anteriormente, como atributo à vida. Atributo este, que pode ser mensurada de forma objetiva e subjetiva. Neste sentido, a qualidade de vida abrange uma construção multidimensional que nem sempre é de fácil entendimento. Neste estudo observou-se um certo desconhecimento em relação a este termo visto que ao preencherem o instrumento os sujeitos indagavam inúmeras vezes sobre o que era qualidade.

Assim, qualidade de vida possui uma conceituação ampla englobando aspectos de ordem, física, psicológica, social, ambiental e espiritual. Este conceito leva-nos a inferir a respeito do conceito de saúde. Conceito este, neste estudo considerado amplificado, pois envolve diversas condições de vida. Portanto, pode-se dizer que não há qualidade de vida sem saúde e vice-versa. Estes dois termos estão intrinsecamente co-relacionados e provavelmente seja por isso que para muitos sujeitos é de difícil entendimento e/ou conceituação.

A outra questão de ordem geral: **“quão satisfeito você está com sua saúde”** também se encontrou o nível intermediário de satisfação num total de 40% dos sujeitos pesquisados. Este é outro tópico importante a discutir, pois conforme Czeresnia (2003) não se pode delimitar a saúde, pois a mesma não é um objeto e, portanto, não se traduz nos termos científicos.

Assim acredita-se que o nível intermediário de satisfação encontrado nesta pesquisa se deve ao fato de que, pelos sujeitos já terem passado por uma situação adversa em relação à saúde os mesmos consideraram que a satisfação somente é completa quando não se tem dificuldades em relação à mesma. Além disso, percebeu-se que apesar de terem relatado uma melhora completa do seu estado de saúde, após a intervenção, trouxeram informações a respeito de outros problemas que afetam a sua vida diária e, portanto, consideraram este de influência significativa no seu viver cotidiano. Na pesquisa de Nucci (2003), ao contrário desta, foram encontrados 24% dos sujeitos entrevistados considerando sua saúde como boa, o que vem confrontar com os dados acima.

Para entender os dados acima citados torna-se necessário considerar a saúde e a qualidade de vida e suas relações. A análise da qualidade, como anteriormente relatado, em especial, a qualidade de vida envolve inúmeros indicadores, sendo, a sua presença ou ausência sinais importantes da qualidade ou não de saúde que podem ser traduzidos em bem-estar, prazer, felicidade, alegria e outros sentimentos positivos todos importantes para o ser humano.

Os indicadores podem ser negativos ou positivos, mas todos buscam, fundamentalmente, avaliar o bem-estar do indivíduo.

Este bem-estar poderá expressar-se com mais facilidade quando se tem boa saúde ou um estado que satisfaça as necessidades diárias. Em nosso estudo, como já citado, os sujeitos inseriram-se no nível intermediário de satisfação em relação à saúde. Ao realizar a intervenção percutânea muitos desconfortos, como dor pré-cordial, astenia, entre outros desconfortos desapareceram causando, provavelmente uma grande satisfação. É desta forma que interpreto esse achado em relação ao nível intermediário de satisfação, quanto à saúde

porque, provavelmente, devido ao aparecimento de algumas outras limitações, que puderam ser destacadas através da observação como, por exemplo, a dispnéia, dores articulares, que dificultavam a marcha além de outros, podem representar fatores que interferem na satisfação, porque apesar de não serem problemas graves, foram lembrados quando se realizou o questionamento acima.

Torna-se difícil, conceituar saúde, mesmo porque a conceituação poderá trazer múltiplas interpretações dependendo de como avaliamos ou o que acreditamos ser saúde ou ser saudável. Por possuir uma conotação subjetiva e estar fortemente influenciada pela cultura que através de regras, obrigações, proibições, leis sociais atuam interligas sobre o biológico e assim, as condições de vida e de trabalho qualificam de maneira diferenciada a forma como cada um percebe, pensa, sente e age.

Neste estudo optou-se como já fundamentado no referencial teórico pelo conceito ampliado de saúde designado pela VIII Conferência Nacional de Saúde. Além disso, a saúde pode ser interpretada como um seguro que traz segurança no presente para prevenir o futuro do indivíduo. Este seguro está ligado diretamente às questões biológicas, que por sua vez são influenciadas pelas sócio-psicológicas e espirituais de maneira recíproca, ou seja, o indivíduo tem saúde quando está na norma ou mais que normal.

Assim, trabalhar a questão saúde e as questões referentes à qualidade de vida, constitui-se em trabalho interligado, pois ambas caminham juntas. Perseguindo este propósito optou-se em trabalhar estes conceitos e conseqüentemente as questões referentes aos mesmos, analisando, inicialmente, os domínios que contemplam o instrumento de qualidade de vida WHOQOL- bref e a seguir as facetas que compõem cada domínio, conforme segue:

O **domínio físico** foi o primeiro a ser analisado. Conforme a literatura o mesmo abrange questionamentos referentes a dor física, como atributo para impedir de fazer o que se precisa, tratamento para levar a vida diária, energia para desenvolver as atividades do dia-a-dia, como também a capacidade de locomoção, satisfação com o sono, desempenho das atividades do dia a dia além da capacidade para o trabalho.

Nesta perspectiva o domínio físico abrange uma série de fatores fundamentais para o “fazer diário”, como já salientado anteriormente. Sabe-se que os atributos do domínio físico como a dor, energia, fadiga, sono e repouso quando descompensados interferem significativamente, na qualidade de vida. Esta colocação confirma os dados desta pesquisa, pois 80% dos pesquisados situaram-se no nível intermediário de satisfação, significando que falta um “algo mais” para que a satisfação seja completa. Um fato positivo em nosso estudo, é que não houve clientes insatisfeitos com as questões referentes ao domínio físico. Isto significa que apesar de algumas limitações do indivíduo cardíaco e pós-intervenção os mesmos não se sentem insatisfeitos com esta condição e buscam dentro de seus limites realizarem as atividades diárias de maneira prática.

No estudo de Nucci (2003) sobre a qualidade de vida em indivíduos com câncer sobressaiu-se também o nível intermediário de satisfação neste domínio, onde conforme a autora, os pacientes mostravam certa energia para as atividades do trabalho buscando re-significação para suas vidas mediante o problema de saúde instituído.

Em relação às **questões** e/ou **facetras** melhor avaliadas no domínio físico destacam-se as questões 15, 04 e 17 respectivamente. A questão 15 abrange fundamentalmente a capacidade de locomoção. Pode-se perceber que embora alguns sujeitos possuíam algumas

limitações esta questão foi muito bem percebida pelos mesmos. Já a questão 04 refere a necessidade de tratamento para o andamento da vida diária. Embora se saiba que a clientela após intervenção coronariana necessite de medicação ao longo da vida para evitar reestenoses, esta situação não interfere na qualidade de vida dos mesmos, sendo uma prática em que já estão fundamentalmente adaptados. A satisfação em desempenhar as atividades no dia a dia remonta a questão 17. Ela manifestou que os sujeitos estão satisfeitos quanto a esta questão. Essa atitude, provavelmente, pode ser atribuída porque após a intervenção, muitas atividades que antes não conseguiam desempenhar pela limitação física, imposta pela doença, hoje já é possível, ou pelo menos em parte. Este resultado positivo da intervenção gera nos sujeitos uma satisfação em poder realizar estas atividades diárias sem precisar de ajuda de terceiros.

Chama atenção o fato de que a capacidade de locomoção foi a faceta melhor avaliada no domínio físico, provavelmente devido a autonomia adquirida após intervenção coronariana. Esta autonomia é de suma importância a todo o ser humano, em especial ao indivíduo cardiopata, pois ser capaz de realizar sozinho as atividades cotidianas condiz com a questão de ser útil e sentir-se útil no meio em que está inserido levando-o a auto-estima.

Para Brandem (1999, p.37-38) a auto-estima:

[...] é uma sensação de capacidade para enfrentar os desafios da vida e de ser digno da felicidade. Compõe-se de dois elementos: a sensação de eficiência e o respeito a si mesmo. [...] a auto-estima é um contínuo, pois ninguém é totalmente desprovido desta e ninguém é capaz de desenvolvê-la totalmente, pois há sempre uma questão de grau.

Gomes e Diogo (2004), ao trabalharem a função motora, capacidade funcional e a avaliação destes itens em idosos apontaram que a independência para a marcha e equilíbrio satisfatório são fatores inerentes de uma boa capacidade funcional e que estes fatores se sobrepõem de tal forma que é possível mensurar esta faceta.

No estudo de Albuquerque (2003), sobre a qualidade de vida do idoso, foi constatado que a clientela também possuía uma independência em relação à atividade física diária e neste incluía-se a capacidade para a locomoção, onde se observou que os idosos desempenhavam esta faceta sem ajuda ou com um pequeno auxílio.

Em relação à necessidade de tratamento medicamentoso para levar a vida diária que em nosso estudo foi também uma questão melhor avaliada quanto ao domínio físico corrobora com a pesquisa de Albuquerque (2003), visto que em seu trabalho foi a questão de mais alta dimensão possuindo um valor médio de 1,50. Estes dados levam a acreditar que em ambos os estudos a clientela aceita a condição do uso contínuo de medicamentos e possuem consciência da importância deste para a melhora clínica e conseqüentemente melhor qualidade de vida.

A capacidade de desempenhar as atividades do dia a dia, outra questão melhor avaliada no domínio físico em nosso estudo, justifica-se pela melhora da capacidade fisiológica dos indivíduos pós-intervenção coronariana. Esta melhora se deve principalmente ao aporte de oxigênio para os tecidos influenciando positivamente na capacidade respiratória, muscular e metabólica resultando numa disposição global, reduzindo a astenia e propiciando condições mais favoráveis para o desempenho das suas atividades diárias produzindo um melhor estar, um sentir-se melhor.

No estudo de Albuquerque (2003), encontrou-se, condição inversa quanto a esta faceta, desempenho das atividades diárias, pois em sua pesquisa esta dimensão foi a pior avaliada e incluía, quanto às atividades diárias, fundamentalmente, o fazer limpeza, a arrumação da casa, conseguir vestir-se além de outros. A justificativa do autor se deve ao fato que a maioria dos entrevistados além de serem idosos possuíam diversas patologias agregadas o que limitada o funcionamento global do organismo interferindo, assim, no desempenho do fazer diário.

Os enfoques supracitados confirmam-se a partir da observação realizada com os sujeitos em estudo, pois a preocupação com a medicação pós-intervenção foi referida pela maioria dos entrevistados, isto foi percebido na medida em que os sujeitos após a conclusão do questionário faziam questão de mostrar as medicações que usavam e explicavam quando deveriam tomar e porque a utilizavam. Observou-se que os sujeitos tinham consciência da importância do uso contínuo desses medicamentos, conhecendo o efeito dessas drogas e a influência benéfica para evitar as reestenoses. Os relatos sobre a facilidade de locomoção também foram importantes, pois alguns referiram que após a angioplastia começaram a ter uma vida diferente, conseguiam caminhar longas distâncias sem dor pré-cordial ou até mesmo desempenhar atividades diárias sem o medo do esforço físico. Em várias residências observei a satisfação dos mesmos em relação a estas questões visto que adquiriram uma autonomia maior.

Em contrapartida em nosso estudo a questão pior avaliada condiz com a q3 que busca investigar o quanto à dor física impede de fazer o que o indivíduo precisa. Nesta condição embora os indivíduos exerçam boa parte de sua capacidade funcional a dor física em especial as osteo-musculares que alguns ainda referiram pós-intervenção impedem o mesmos de fazer

o que necessitam. Para Albuquerque (2003), a dor algumas vezes converte-se em medo, sendo o maior de todos o medo da morte, visto que toda a doença grave é lembrança de morte e a doença quebra o ritmo da vida e coloca uma fronteira para a existência humana.

Esta assertiva enfatiza que a dor e o medo caminham juntos, porém acredita-se que em nosso estudo não é tanto a dor que impede a execução de se fazer o que se precisa, mas o medo da dor, o medo de terem que retornar a fazer uma nova intervenção e, por conseguinte, terem de passar por todo o processo curativo novamente. A questão da dor física também foi observada três sujeitos, enquanto respondiam ao questionário, queixaram-se de dores, osteoarticulares e anginosa. E mesmo naqueles que não apresentavam esta sintomatologia, no momento da aplicação do instrumento lembravam a todo o instante que, em alguns momentos, a dor era presente em suas vidas. Esses indícios vêm comprovar que o ser humano é um todo integrado no qual interagem os aspectos físicos, sócio-econômicos, espirituais e psicológicos.

Como o conceito qualidade de vida abrange um todo integrado as questões referentes ao **aspecto psicológico** são também de suma importância. Para Capra (1982) o estado psicológico de uma pessoa, não é somente importante para o desencadeamento da doença, mas também fundamental para o processo de cura. Propiciar a paz de espírito e a confiança no processo de cura é finalidade primordial entre cliente e profissional da saúde, sendo este processo muitas vezes realizado de forma intuitiva.

A enfermagem possui um papel de destaque quanto a estas questões do domínio psicológico, visto que o atendimento que prestamos não abrange somente a técnica e a cientificidade, o cuidar vai além destas, pois quando cuidamos, vislumbramos o outro como ser holístico inserido em um processo ativo de busca.

O domínio psicológico dentro do constructo qualidade de vida referiu-se a questionamentos sobre o quanto aproveitar a vida, o sentido da vida e a concentração. A aceitação da aparência física, a satisfação consigo mesmo e a frequência em relação a sentimentos negativos como mau humor, desespero, ansiedade, depressão também foram investigados neste domínio.

Nesta abordagem a clientela inseriu-se também no nível intermediário de satisfação num total de 86% dos pesquisados. Dado este significativo em relação à satisfação – 10% e a insatisfação – 3,3%.

Normalmente, pós-intervenção cardíaca os aspectos psicológicos afloram. O medo de adoecer de novo, de passar por nova intervenção, de não poder mais aproveitar a vida na sua totalidade fazem com que a satisfação da clientela não seja a mesma. Estes itens influenciam negativamente de forma preponderante na qualidade de vida.

No estudo de Nucci (2003) o domínio psicológico levou a inferir em relação aos dois grupos pesquisados que os sentimentos, as emoções, os sofrimentos podem acontecer em qualquer dimensão da vida, onde o enfrentamento destes passa a ser um processo de permanente busca do equilíbrio dos pontos que compõe a vida humana e que podem nos propiciar uma atitude saudável de vida.

Analisando o que o autor coloca pode-se perceber que o domínio psicológico está permanentemente arraigado em nossas vidas seja na condição de doença, seja na condição de saúde e conseqüentemente a busca constante pelo equilíbrio dinâmico visa a uma melhor qualidade de vida.

A questão melhor avaliada no domínio psicológico refere-se ao quanto a vida tem sentido. Por ter sido a questão melhor avaliada neste domínio pode-se inferir que apesar das dificuldades presentes na vida diária os pesquisados vêem sentido para a vida, ou seja, apesar de toda problemática existente na atualidade vale a pena viver e investir na vida por mais difícil que ela possa ser.

A vida possui um valor inigualável, visto que é a base para a nossa existência. Para compreendermos a natureza da vida em relação à dimensão social do ser humano é necessário conforme Capra (2002) a fundamentação do pensamento conceitual, dos valores, do sentido e da finalidade dos fenômenos humanos. O referido autor relata ainda que está surgindo hoje uma concepção unificada da vida, da mente e da consciência, pois a consciência humana está interligada ao mundo social e aos relacionamentos interpessoais.

A partir desta assertiva, pode-se inferir que o valor da vida está agregado a questão dos relacionamentos interpessoais que travamos ao longo de nossa existência, propiciando um sentido pessoal à vida de maneira sistêmica, formando uma verdadeira teia relacional (CAPRA, 1996).

Conforme Siqueira (2001, p. 107):

[...] essa teia relacional expressa o produto, ou seja, o resultado das relações dos componentes que envolvem toda a sua complexidade objetiva e subjetiva capaz de manifestar-se intersubjetivamente numa constante variação construtiva em relação ao outro, formando, desta maneira uma verdadeira rede que aqui pode se chamar de rede social interconectada/integrativa.

Acredito que enquanto cuidadores, os profissionais enfermeiros compreendem e utilizam o processo como forma de cuidar dos sujeitos, como um todo. Esse processo demanda, ética, técnica, cientificidade, competência, habilidades, atitudes destacando nestas a empatia. O enfermeiro ao ser empático está buscando a compreensão do outro, valorizando a sua vida como um bem único, maior, insubstituível, supremo, perceber a vida nesta vertente, fica mais fácil cuidar do outro. Ao contemplar a razão maior de ser e de estar presente com o outro, em um mundo em constantes transformações, torna-se possível compreender melhor as suas relações e assim participar com ele, como construtores da história do Cosmos.

A aceitação da aparência física e a satisfação consigo mesmo foram duas questões que tenderam a ser significativas. Albuquerque (2003) enfatiza que cada indivíduo vive constantemente negociando a sua auto-imagem com os outros e em função dos outros, daquilo que estão esperando. Assim a auto-imagem toma lugar em um processo constante de negociação e renegociação da própria imagem.

A auto-estima por sua vez, propicia ao ser humano, a felicidade, e esta, a plenitude da vida. O gostar de si mesmo, o sentir-se bem, o motivar-se constantemente são fatores que desencadeiam nos sujeitos o sentimento de auto-estima.

Para Silva (1999), a tendência do mundo atual é a excessiva preocupação com as aparências, tanto as de ordem física quanto os atributos que o indivíduo pode exibir aos demais. A vaidade é vista aqui como um componente do comportamento humano, presente até mesmo nos indivíduos que se proclamam despidos desta.

O autor supracitado supõe que estes componentes do comportamento humano, são utilizados hoje como forma de elevar a auto-estima, porém deve-se compreender que esta vai além da vaidade e da exibição aos outros. Suponho que a auto-estima deva ser vista como um cuidado, que dispomos a nós. A auto-estima nasce da confiança, do querer bem, e do amor que temos por nós mesmos.

Este componente é, portanto, indicador do domínio psicológico, pois o sentir-se bem, o aceitar-se proporciona condições para que mesmo em uma situação adversa o ser humano consiga trabalhar a adversidade da melhor forma possível. Nos sujeitos cardiopatas isto não é diferente. A auto-estima constitui aqui uma forma de adaptação à nova norma estabelecida.

No estudo de Albuquerque (2003) o domínio psicológico não mostrou diferença significativa na evolução dos dados coletados. Para a autora isso pode dever-se ao fato de que a gravidade e a complexidade das doenças nos idosos estão na dependência do grau de satisfação dos mesmos em relação a este domínio. Assim, a auto-estima fica comprometida sobressaindo-se nesta pesquisa os sentimentos negativos.

A ansiedade é vista como um estado de desequilíbrio ou de tensão que produz tentativas de adaptação e esta pôde ser observada como uma transação entre o ser humano e o ambiente. Assim qualquer ameaça à integridade e o controle de um indivíduo pode levá-lo a esta condição. A doença por si só é uma destas condições (HUDAK; GALLO, 1997).

Neste enfoque Pascoal (s.d.) atenta para o fato de que dentre os males mais comuns da vida contemporânea, destaca-se o estresse e a depressão além de outros estados mórbidos, muitos dos quais derivados da tristeza decorrentes dos problemas sociais e que estes estados

tem limitado a qualidade de vida das pessoas nas várias faixas etárias em especial nos adultos. Para Simão *et al.* (2002) o estresse é um dos fatores que afeta a qualidade de vida, pois quando se está em uma situação ou em um momento de estresse o organismo se prepara para lutar ou para fugir da situação através de uma série de mudanças psicológicas. Em sua pesquisa o autor supracitado, questionou se o trabalhador se considerava uma pessoa estressada ou nervosa e 37,4% relataram que se consideravam nesta condição apontando o serviço e a casa como os principais ambientes onde frequentemente ficam estressados.

Estas assertivas corroboram com nosso estudo visto que a faceta que envolve as categorias como depressão, à solidão, ansiedade, mau humor e a tristeza foi a pior avaliada neste estudo. Isto se deve, possivelmente, aos projetos pessoais e de saúde. Neste questionamento deve-se levar em conta que alguns sujeitos residiam sozinhos, outros com os filhos, porem estes últimos permaneciam a maior parte do tempo sozinhos em seus domicílios, além do que, possuíam preocupação extrema com sua condição de saúde o que poderia propiciar os sentimentos e as condições acima citadas.

Este enfoque já era esperado, visto que estes sentimentos são marcantes na atualidade. No estudo de Nucci (2003) não houve diferenças significativas no domínio psicológico provavelmente ao fato de que os sofrimentos acontecem em todas as dimensões da vida, não sendo somente na doença, sendo um processo permanente de busca.

Acredito que em relação ao domínio psicológico a observação dos sujeitos no contexto domiciliar, foi relevante e de suma importância, pois alguns sujeitos demonstraram-se ansiosos, depressivos e o choro foi manifestação em cinco pesquisados. Através destes fatos

observados percebe-se o quanto o domínio psicológico da qualidade de vida é preponderante para a vida diária.

Talvez estes sentimentos afloraram, porque os sujeitos foram escutados quanto as suas dificuldades. A necessidade de dialogar, muitas vezes, pode desencadear estes tipos de sentimentos. Aqui se pode destacar a afetividade, a lembrança de pessoas que não estão mais presentes, ou em relação àquelas que se fazem presentes, não estão na sua totalidade junto aos sujeitos estudados, esta percepção ocorreu através da observação.

O estar com, as relações de afeto e o diálogo tornam-se de suma importância para o restabelecimento dos sujeitos cardíacos pós-intervenção coronariana. Vivendo em um mundo em constantes transformações onde a afetividade fica um tanto quanto esquecida, salientamos a importância deste resgate, a estes sujeitos.

Boff (2003) aponta que o cuidado é algo mais que um ato e uma atitude entre as pessoas. Isto leva-nos a inferir que o cuidado é um ato de afetividade e sem esta o ser humano deixa de sentir-se humano. Portanto a questão do afeto, que engloba o toque, olhar, o estar com e o sentir-se protegido são valores importantes para os sujeitos pós-intervenção, pois é esta essência que diferencia o ser humano dos outros animais, projetando, fazendo, sentindo, cuidando e proporcionando um ambiente terapêutico para os sujeitos em estudo.

A desmotivação em alguns sujeitos, o nervosismo com a condição de saúde, o “não saber” como a sua saúde irá encaminhar-se foram, sem dúvida, fatos que justificam a questão pior avaliada no domínio acima referido. Esta constatação leva a considerar a grande importância do profissional da saúde, especialmente do enfermeiro, ao propiciar o cuidado de

transmitir segurança quanto à adaptação a essa nova condição de vida. A orientação correta, a capacidade de entender o outro, a empatia, o diálogo tornam-se instrumentos fundamentais para assegurar tranquilidade e motivação para um caminhar mais seguro nesta nova trajetória.

No domínio das **relações sociais**, este estudo encontrou 76,7% dos sujeitos inserindo-se no nível intermediário de satisfação. Este domínio inclui, fundamentalmente, as questões relativas à satisfação mediante as relações pessoais, a satisfação com a vida sexual e também a satisfação quanto ao apoio que recebe dos amigos. Assim, quando se fala em relações sociais como domínio da qualidade de vida pensa-se no bem-estar social. Casas (s.d.) afirma que as relações sociais são interações que acontecem entre indivíduos e grupos ou entre comunidades em uma perspectiva e de contextos sócio-históricos, ambientais e culturais já previamente designados.

Em nosso estudo acredita-se que o nível intermediário de satisfação no referido domínio deve-se ao fato que muitas vezes após um tratamento como, por exemplo, aqui da intervenção coronariana, diminui-se as condições externas da vida por este ser afetado pela doença ou pela intervenção, onde o indivíduo se fecha em si mesmo buscando um entendimento melhor de sua situação e, contudo, ele mesmo acaba se afastando das pessoas que o rodeiam – amigos, familiares, significantes.

Porém dentre as questões avaliadas neste domínio sobressaiu-se a q20 como a melhor avaliada que enfatiza a satisfação com suas relações pessoais, apresentando em nosso estudo significância. Este dado corrobora com o estudo de Nucci (2003), onde também parece haver uma maior satisfação entre o grupo de pacientes nas relações sociais em especial, familiares, amizades e valorização do apoio recebido.

A questão quanto à satisfação com o apoio que recebe dos amigos foi observada, nitidamente, na face dos entrevistados. Percebeu-se que alguns falavam dos amigos e familiares com grande carinho, a expressão muito escutada “senão fosse este meu amigo” ou “se não fosse o apoio da minha família não sei o que seria de mim”, foram frases que justificam a avaliação acima. O sorriso, o olhar o piscar de olhos quando se comentava sobre pessoas próximas que ajudaram estes sujeitos de alguma forma pôde ser percebida claramente, seja através do relato oral ou simplesmente através de um gesto de carinho.

A q21 do domínio social que aborda a satisfação com a vida sexual foi em nosso estudo a pior avaliada. Em contrapartida no trabalho de Nucci (2003) não houve diferenças significativas nesta questão em relação ao domínio supracitado, a significância ficou em torno de 0,860 neste questionamento. No estudo de Souza *et al.* (2005), que tratava da qualidade do sono nas mulheres no climatério, obteve-se que 97% relataram ter vida sexual, porém 41% destas informaram estarem insatisfeitas com sua vida sexual. Zaslavsky e Gus (2002) em estudos com idosos referiram que 74% dos homens casados e 56% das mulheres casadas com mais de 60 anos permanecem ativos, porém os problemas que mais afetam o desempenho sexual incluem entre outras doenças o diabetes, artrite reumatóide, problemas cardíacos além da fadiga, consumo de álcool e drogas.

A atividade sexual é uma atividade relacional, representando um teste para que os parceiros avaliem a distância correta entre si, assim como a relação de autonomia e participação. A atividade sexual pode criar problemas afetivos quando as diferentes exigências podem colocar em conflito as idéias de normalidade (PASINI, 1995). Em contrapartida, na abordagem sistêmica existe no casal em relação a atividade sexual uma

cumplicidade em relação a uma criação de coexistência de sintomas que acabam mantendo o equilíbrio do mesmo (PASINI, 1995).

Acredita-se que nosso estudo assemelha-se a este último visto que provavelmente a insatisfação com a vida sexual deva-se ao fato de que os problemas cardiológicos agora já tratados com a angioplastia, possam ter acarretado um certo receio quanto a atividade sexual, ou por medo de dor anginosa novamente ou até mesmo em decorrência de medicações utilizadas que poderá estar inibindo o libido. Outra hipótese para a insatisfação sexual seria provavelmente a solidão com que muitos se encontram nesta etapa da vida não havendo, contudo, parceiros fixos.

Em alguns casos os casais estavam presentes por ocasião da aplicação do instrumento. Enquanto um era o sujeito o outro dava suporte demonstrando gestos de afetividade. Apesar da questão quanto a atividade sexual ser a pior avaliada a observação quanto a estes casais não permite identificar com exatidão o porquê da atividade sexual estar inserida neste escore. A simples presença da pesquisadora poderia estar interferindo na expressão observada no casal. Isto leva a sugerir maior avaliação para verificar o dado encontrado quanto a essa faceta.

Quando se observa o **domínio ambiente** pode-se detectar que 83,3% prevaleceram no nível intermediário de satisfação, apesar disso houve um dado significativo onde nenhum entrevistado estava insatisfeito com este domínio.

Cabe salientar que o domínio ambiental abrange questionamentos referentes à segurança com a vida diária, ambiente físico saudável englobando aqui o barulho, poluição

atrativos, clima, questões de ordem financeira para a satisfação das necessidades, as informações disponíveis no dia a dia, as oportunidades de lazer, o local onde moram, o acesso aos serviços de saúde e a satisfação com os meios de transporte. Tem-se assim, vários fatores co-relacionados com o domínio ambiental que afetam a qualidade de vida do ser humano de forma positiva ou negativa dependendo do contexto onde estão inseridos.

Para Buss (2003, p. 22), “o ambiente inclui todos os fatores relacionados à saúde externos ao organismo humano e sobre os quais a pessoa tem pouco ou nenhum controle”. Nesta concepção o mesmo aborda que o estilo de vida pode representar a maneira pela qual o indivíduo toma decisões em relação à sua saúde e desta forma pode exercer algum grau de controle. De acordo com esta assertiva a questão ambiente é complexa, pois se o indivíduo não tem controle ou o tem muito pouco, torna-se necessário uma retomada de consciência e uma mudança quanto ao estilo de vida para que o mesmo possa exercer um controle adicional sobre o que é melhor para o seu desenvolvimento e qualidade de vida na questão ambiental.

Neste sentido, a saúde é enfatizada como fator essencial para o desenvolvimento humano, sendo para isto, um dos campos prioritários de ação proposta no contexto de promoção de saúde, a criação de ambientes favoráveis. O desenvolvimento sustentável coloca o indivíduo como agente central do processo de defesa ao ambiente para que se aumente a expectativa de vida saudável e com qualidade (BUSS, 2003).

Assim, o autor acima enfatiza a importância da questão ambiental para a promoção da saúde e promovendo a mesma o ser humano terá uma melhor qualidade de vida ou preservará a já existente.

O domínio ambiente salienta um ponto que considero importante destacar que é a questão referente à satisfação do usuário em relação aos serviços de saúde. Penso ser relevante à exposição deste fator visto que, as intervenções cardíacas são procedimentos de alta complexidade e não são um privilégio para toda a população brasileira, pois muitos que necessitam deste suporte acabando não o tendo. Isto ocorre porque conforme Buss (2003), os sistemas de saúde estão sempre sendo submetidos a forças progressivas com vistas à expansão principalmente ao desenvolvimento tecnológico, porém os mecanismos de regulação deste desenvolvimento são cada vez mais caros e sofisticados.

Devido a isto, começaram a surgir novas concepções em relação à saúde-enfermidade, concepções essas mais globais e que necessariamente devam articular saúde e condições de vida para se ter um bom nível de satisfação neste domínio.

No estudo de Nucci (2003) com pacientes com câncer este tópico apareceu com uma prevalência de 40,26% de satisfação, provavelmente, devido ao fato de que esta clientela está inserida de forma sistemática nos serviços de saúde para tratamento constante. Neste mesmo estudo a segurança com a vida diária apareceu relacionado com as questões financeiras e de violência, porém a clientela relatou sentir-se protegida e amparada pela sociedade. Em relação à qualidade de vida do cliente submetido à intervenção coronária percutânea pode-se perceber uma significância em relação ao domínio ambiental, pesquisado nos sujeitos em estudo, visto que a maioria inclui-se no nível intermediário de satisfação.

Dentre os questionamentos melhor avaliados no domínio ambiental sobressaiu a questão 23 que aborda a satisfação com o local onde moram. Sétien (1993) aponta a habitação como um dos indicadores sociais e a conceitua como um recinto estruturalmente separado e

independente, que é concebido para ser habitado por pessoas. Ainda pontua as condições de habitação através de indicadores como o espaço interno, acesso a espaços externos, ruídos, conforto, proximidade a certos serviços e, além disso, expõe que a habitação forma o conjunto de aspectos da vida das pessoas sendo meta de todo o ser humano possuir uma habitação digna e adequada.

Neste estudo com sujeitos submetidos à intervenção coronariana pode-se inferir que mesmo sendo alguns domicílios simples é o lugar onde os sujeitos sentem-se bem em estar, são os seus lares, lugar de abrigo e onde encontram maior segurança. A satisfação com o local onde moram foi nitidamente observada. Os sujeitos enfatizavam há quanto tempo residiam naquele local, alguns relatavam as dificuldades que tiveram ao construir suas residências e a expressão “não tem luxo, mas pelo menos é meu, é o lugar que eu escolhi” foram bastante citados. Observei também que apesar de algumas residências serem extremamente humildes a clientela que ali residia sentia-se feliz e satisfeita com o local, acredito que se sentiam abrigados pelo espaço onde moram.

Em relação à questão pior avaliada sobressaiu-se a questão 12, que aborda as condições financeiras. Esta questão é conforme Sétien (1993), um dos indicadores sociais de qualidade de vida, reforçando a questão econômica como a necessidade, na medida em que a mesma atua como reflexo da produção de bem-estar, satisfazendo as necessidades dos indivíduos não somente as universais, mas também as de segurança e proteção.

Assim, nosso estudo corrobora com o de Albuquerque (2003), pois neste as famílias apresentavam dificuldades econômicas, para suprir a necessidade dos idosos e em 48,2% dos casos apenas um indivíduo trabalhava necessitando recorrer a ajuda de outros familiares.

Em muitas famílias pôde-se observar as dificuldades financeiras o que justifica a questão pior avaliada. Isto foi possível pela explanação dos sujeitos quanto à dificuldade de adquirir os medicamentos, a necessidade de fazerem dietas com profissionais da saúde, porém não dispunham condições, para arcar com as despesas que seu novo estado estava a exigir. Esta observação vem ao encontro das condições econômicas da população brasileira aprofundada pela má distribuição de renda o que propicia a dificuldade de acesso aos bens necessários para atender as suas necessidades diárias como sujeitos coronariopatas.

Todos os domínios com as suas respectivas facetas permitiram visualizar de forma mais abrangente e explícita como os sujeitos se situam em relação a sua qualidade de vida, o seu viver no cotidiano em busca de adaptações constantes a sua nova ordem.

A observação foi também um instrumento, que propiciou confirmar e enriquecer os resultados encontrados no instrumento WHOQOL-bref, permitindo, uma discussão mais sólida destas questões além de projetos futuros de intervenção nos sujeitos pesquisados. Ao utilizar o método da observação juntamente com o WHOQOL-bref os dados foram enriquecidos de forma convergente, sem trazer contradições. Quanto ao método de observação permitiu a inserção da pesquisadora no contexto dos sujeitos, o que facilitou uma melhor compreensão dos diversos domínios e facetas do instrumento do WHOQOL-bref através das expressões verbais e não verbais dos sujeitos no seu domicílio.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista que este estudo teve como objetivo avaliar a **qualidade de vida** dos sujeitos submetidos a intervenções coronárias percutâneas, buscou-se uma fundamentação teórica adequada e capaz de oferecer subsídios para mensurar este atributo. Esse referencial mostrou-se pertinente à proposta, pois permitiu a discussão dos resultados de forma eficiente contemplando o suporte necessário para mensurar os domínios e as facetas do instrumento do WHOQOL-bref e as observações realizadas de forma sistemática buscando a sua compreensão.

Ao buscar saber, como questão norteadora: “**Como é a qualidade de vida de clientes submetidos a intervenções coronárias percutâneas, no contexto domiciliar?**”, vislumbrou-se ao longo do texto que a mesma formou um viés que, paulatinamente, foi sendo decifrado, trazendo no seu âmbito resultados que os domínios e as facetas do instrumento, assim como a observação sistemática permitiram entender não apenas a questão norteadora, como também confirmar os **objetivos** propostos para esta pesquisa.

Saliento que a **metodologia** utilizada, observação sistemática e o instrumento WHOQOL-bref atenderam à proposta em estudo. O instrumento WHOQOL-bref foi de fácil

manuseio além do que forneceu dados genéricos, em relação aos sujeitos da pesquisa. A observação sistemática, por sua vez, permitiu uma melhor compreensão dos resultados obtidos através do instrumento acima citado. Dentre as respostas que se procurava para esse estudo, em relação à clientela submetida à intervenção coronária percutânea, delimitada anteriormente, conforme metodologia já citada foram avaliados quanto aos quatro domínios do instrumento: físico, psicológico, relações sociais e ambiente. Além disso, as facetas (questões), melhor e pior avaliadas foram destacadas co-relacionando essas com a observação realizada no contexto domiciliar no momento da aplicação do instrumento.

Enquanto, a maioria dos trabalhos que utilizam o instrumento WHOQOL-bref para mensurar a qualidade de vida realizam somente a análise dos domínios, o que não permite um aprofundamento quanto a especificidade do domínio, optou-se por essa razão estudar as facetas, juntamente aos domínios por acreditar que as mesmas propiciam uma melhor compreensão quanto à qualidade de vida. Este suporte consistente e direcionado facilitou a compreensão dos escores e permitiu orientações mais direcionadas para as reais necessidades dos sujeitos, no que diz respeito a sua qualidade de vida.

A complementação dos achados através da observação dos sujeitos no seu contexto domiciliar no momento do preenchimento do instrumento ofereceu informações mais precisas acerca da clientela em estudo como por exemplo as atitudes, a fala o olhar dos mesmos assim como o próprio contexto domiciliar. As mesmas foram úteis, na medida em que os dados coletados propiciaram um conhecimento e uma compreensão mais aprofundada deste ambiente. A observação realizada de forma sistemática e pré-determinada, envolvendo os domínios do instrumento WHOQOL-bref e ainda os sujeitos no seu ambiente domiciliar, ofereceu subsídios para a confirmação dos achados, assim como, uma interligação com as

questões apontadas nos domínios e facetas já referendados. O enriquecimento dos dados através da observação permitiu compreender as respostas atribuídas de maneira objetiva nos instrumentos e levou a inferir a respeito da forma como cada sujeito pensa, sente e age em relação a sua qualidade de vida após a intervenção coronária percutânea. Enquanto profissional enfermeira, este conhecimento, quanto aos domínios, as facetas e a observação sistemática, leva-me a pensar que é possível através de dados obtidos por este tipo de pesquisa a instituir um planejamento assistencial também direcionado a essas necessidades, permitindo um cuidado mais holístico e humanizado a cada um dos sujeitos.

O **domínio físico** apontou como achado importante neste estudo, a questão da **dor física** como empecilho para se fazer o que se precisa. Dado este que considero contraditório com outro achado neste domínio, que aborda a **capacidade de locomoção, tratamento para levar a vida diária e capacidade para desempenhar atividades do trabalho** como facetas melhor avaliadas. Considero contraditório estes resultados visto que, se os sujeitos estão satisfeitos com estas últimas facetas não poderiam enfatizar que a dor física impede os mesmos de fazer o que se precisa. Para entender esta consideração à observação foi de suma importância, pois concluí a partir destes dados, que houve melhora funcional significativa pós-intervenção o que justifica as facetas melhor avaliadas, propiciando aos mesmos maior autonomia. Porém, a dor física a qual os mesmos relatavam eram dores articulares e/ou de outras partes do sistema orgânico, exceto cardíaco, e estas quando aconteciam, impossibilitavam os mesmos de realizarem satisfatoriamente as suas atividades cotidianas. Esse domínio possibilitou demonstrar que quando os sujeitos estavam sem dor, conseguiam desempenhar todas as atividades da vida diária o que os levavam a qualidade de seu ser, fazer e sentir-se mais satisfeitos.

O **domínio psicológico** não demonstrou diferenças significativas através de suas facetas. Porém a faceta pior avaliada relaciona-se à questão 26 onde, é mensurada a frequência com que os indivíduos possuem **sentimentos negativos**, como mau-humor, desespero, ansiedade e depressão. Esses sentimentos são, fundamentalmente, comuns na atualidade. Hoje, sabe-se que são sentimentos que podem afetar o indivíduo em qualquer etapa do ciclo vital e que, portanto, devem ser ressaltados. Neste estudo, observei que a solidão de alguns sujeitos pesquisados foi preponderante para que esta questão fosse a pior avaliada no domínio psicológico. Neste sentido Suzuki, citado por Capra (2002, p. 271) aborda que: “A família, os amigos, a comunidade são as maiores fontes de amor e alegria que temos enquanto seres humanos”.

Quando a família, os amigos e a comunidade, não se fazem presentes em nossas vidas pode advir a solidão, e esta traz consigo sentimentos negativos que desencadeiam uma forma de dor designada como dor psíquica. Alguns sujeitos pesquisados referiram solidão, e possivelmente este sentimento tenha propiciado as questões negativas do domínio psicológico, pois a dor da solidão não é palpável, não é mensurável, é, por fim, sentida como dor psíquica que se interrelaciona com os demais domínios influenciando e sendo influenciada irradiando os seus efeitos e reproduzindo sentimentos que afetam o todo do sujeito.

Silva (1999) aborda que, a dor psíquica é uma das formas de distúrbios que afetam o estado de ânimo e uma das características desta dor é tornar-se relativamente fixa e permanente. Grande parte da população é vitimada por este sentimento em alguma etapa de suas vidas. Pode-se concluir a partir desta reflexão que as questões psicológicas existem de forma permanente em nossas vidas e dependendo do estado em que nos encontramos, é

possível percebê-la para buscar alternativas de melhora, visto que estas influenciam na qualidade de vida. Sabe-se também que em relação aos sujeitos cardíacos, em especial aos submetidos a procedimentos hemodinâmicos, os sentimentos negativos afloram com maior intensidade após este ato. O medo, a depressão, a ansiedade mediante o novo estado de saúde geram, de certa forma, sensações negativas que devem ser evitadas através da busca contínua por um viver bem que é mais facilmente alcançável quando a família, os amigos e a comunidade se fazem presentes e expressam sentimentos de querer bem, de estima e amor.

Outro tópico que chamou a atenção foi em relação à satisfação da clientela com a **atividade sexual**, faceta esta, englobada no **domínio social**. Essa foi a pior avaliada neste domínio, o que corrobora com tópicos, previamente discutidos, como por exemplo, o medo do esforço físico como desencadeador de angina durante a atividade sexual e as limitações em relação as idades dos sujeitos pesquisados. O dado referente à atividade sexual não pôde ser aprofundado o que sugere a necessidade de novas pesquisas neste âmbito. O aprofundamento em relação a essa questão somente seria possível se o estudo demandasse um tempo maior de coleta e se a convivência com os sujeitos fosse maior, para que a pesquisadora pudesse interagir de forma ampliada sobre o assunto.

Em relação ao **domínio ambiental**, como já era de se esperar, a questão que mais sobressaiu diz respeito às **questões financeiras para a satisfação das necessidades**, sendo essa a pior avaliada. Em detrimento da economia em que vivemos já era de se esperar esta resposta. Albuquerque (2003) atenta para o fato de que o poder aquisitivo baixo é uma característica significativa na população idosa no Brasil. Em contrapartida Sétien (1993) aponta que a renda é um dos indicadores da qualidade de vida sendo reforçado como uma necessidade na medida em que é o reflexo da produção de bem-estar.

Sabe-se que as condições sócio-econômicas estão cada vez piores, o que impossibilita aos sujeitos pesquisados a aquisição de alguns bens e serviços fundamentais para a sua atual situação de saúde. O conceito ampliado de saúde englobando transporte, moradia, lazer, alimentação, vestuário, educação, saneamento exige um aporte financeiro para suprir as necessidades com esses serviços, exigindo cada vez maior volume financeiro. Estas despesas aumentam na medida em que os sujeitos se encontram em situações em que a sua saúde precisa de maior atenção acarretando gastos não previstos anteriormente.

Apesar destes enfoques, quanto ao domínio ambiental, foi importante destacar que os sujeitos do estudo consideraram-se satisfeitos com o local onde moram. Portanto pode-se concluir que apesar das dificuldades econômicas os mesmos valorizam os seus espaços aqui designados como seus domicílios. Ainda que o domicílio não foi idealizado para a moradia de determinados sujeitos, esses conseguem muitas vezes fazer as adaptações necessárias para representar o seu espaço predileto no qual constroem as suas relações de família e amigos.

Em relação a este enfoque, percebeu-se que os sujeitos, manifestaram a satisfação com o local onde moram, em especial com seus domicílios, pois era o lugar em que se sentiam protegidos. Alguns chegaram a manifestar-se através do relato oral demonstrando a grande satisfação dizendo: “eu adoro ficar na minha casa”. Esta manifestação pode ser interpretada como o domicílio sendo um lugar de abrigo seguro, um aconchego, uma satisfação, um sentir-se feliz com o lugar onde mora.

A pesquisa confirmou os **pressupostos**, anteriormente citados para a mesma, ou seja, a qualidade de vida pode ser mensurada através de escalas específicas e, em relação ao pressuposto que a qualidade de vida influencia no restabelecimento dos clientes submetidos

ao procedimento hemodinâmico, este foi comprovado através dos resultados obtidos pelas facetas contidas nos domínios.

Um tópico que não se confirmou neste estudo e que era uma indagação antes de fazê-lo, diz respeito às reestenoses nos vasos tratados que levariam os sujeitos a novas intervenções nos primeiros seis meses pós-angioplastia. Este fato chamou a atenção da pesquisadora, pois os sujeitos pesquisados realizaram apenas uma intervenção, o que indica a não existência de reestenoses nos primeiros seis meses após a intervenção. A reestenose era uma realidade constatada por mim, em meu ambiente de trabalho que não se confirmou com os sujeitos da cidade do Rio Grande que realizaram intervenções. Provavelmente isto se deve ao fato da adesão dos sujeitos pesquisados quanto ao tratamento medicamentoso instituído após o procedimento, bem como a conscientização dos mesmos sobre a importância deste uso, conforme análise já citada. Isto me leva a pensar que as orientações fornecidas a estes sujeitos, em relação aos cuidados a serem observados após intervenção, foram recebidos de forma consciente incentivando a autonomia de cada um com o seu auto-cuidado.

Dentre os **fatores de risco**, a **hipertensão arterial** foi o fator mais frequentemente encontrado entre os sujeitos que realizaram a intervenção coronária percutânea. Este achado foi importante, pois a hipertensão é hoje, conforme a literatura, um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento da DAC e neste estudo veio se confirmar como fator preponderante. Esse dado foi importante porque retoma a literatura no que enfatiza que a hipertensão aumenta a demanda miocárdica de oxigênio e acelera o processo aterosclerótico. Portanto, este fator de risco é fundamental para o desencadeamento de doenças cardíacas e consequentemente a realização de procedimentos terapêuticos. Em relação à interligação **de fatores de risco e diagnóstico clínico** o achado acima também se confirmou. Porém

encontrou-se nos sujeitos com infarto agudo do miocárdio três fatores de risco em igual porcentagem, sendo estes a hipertensão, o diabetes e a hereditariedade. Isto confirma que a agregação de fatores de risco propiciam o desencadeamento de casos mais graves de DAC como é o caso do infarto.

Meltzer *et al.* (2001), aponta que no infarto a dor geralmente possui característica peculiar, podendo ocorrer repentinamente, com ou sem irradiação, mas nem todos os pacientes apresentam história típica. Ainda em relação à história clínica, as **complicações** pós-intervenção foram achados importantes, pois a única complicação destacada foi o **sangramento inguinal**. Este, conforme já citado anteriormente, em algumas literaturas não deve ser considerado complicação e sim, intercorrências esperadas em decorrência da intervenção. Pode-se, assim, concluir que a angioplastia é um método eficaz para o tratamento das doenças arterioescleróticas coronarianas, além do que a equipe do serviço onde levantamos os dados possui competência técnica e científica para evitar as complicações que podem ocorrer durante a intervenção e os sujeitos apresentaram uma melhoria na qualidade de vida. Este achado demonstra que pode haver confiança e segurança quanto à intervenção, pois, este procedimento ainda causa medo e angústia, principalmente, porque há falta de conhecimento quanto ao método utilizado e os resultados eficientes obtidos.

Diante destas considerações a respeito dos domínios e facetas destacadas no estudo, além dos dados significantes do levantamento documental, e da observação sistemática, vejo que as mesmas englobam-se nas palavras de Albuquerque (2003) quando expõe que falar e pensar em saúde como promoção da qualidade de vida pressupõe pensar não somente na resolução dos problemas relacionados à recuperação da saúde, quando esta, já foi comprometida com a doença, mas deve-se pensar em atividades de integração com as

políticas públicas, pois desta forma se pode construir o conceito de qualidade de vida preconizado na literatura.

Analisando esta assertiva, penso que não há outro método para que isso realmente se concretize senão através da educação. Repensando, novamente, os objetivos propostos, vejo que além de alcançá-los, esta pesquisa, induz-me a avançar, a prosseguir na indicação da necessidade de criar propostas de orientação para os sujeitos no contexto domiciliar, visto que esta pesquisa não pretende ser estática. Ela poderá criar um eixo que auxilie estes e outros sujeitos na mesma condição a melhorarem sua qualidade de vida após a intervenção no contexto domiciliar e comunitário. Além disso, poderá despertar o interesse, por parte dos profissionais de saúde, em pesquisar o mesmo tema buscando um maior aprofundamento e/ou respostas às questões que permaneceram sem maiores esclarecimentos. Como um despertar dinâmico a prosseguir a desvendar algumas idéias de pesquisa indago: Por que o aspecto relativo ao domínio social que engloba a faceta relações sexuais foi a pior avaliada pelos sujeitos submetidos à intervenção coronariana? Que método poderia ser utilizado, juntamente, com o instrumento WHOQOL-bref para pesquisar este aspecto? Como poderia ser criado um processo educativo eficiente para que haja uma real mudança no estilo de vida da população cardiopata? Existe possibilidade de reunir estes sujeitos pesquisados em grupos para possibilitar através da orientação e ajuda mútua uma melhor qualidade de vida?

Vejo a educação como um subsídio para o cuidado de si. Esta colocação é reforçada por Siqueira (1998), ao se reportar para a questão do processo educativo, destacando que o mesmo compreende não apenas o modo formal de educar, mas, sobretudo, o que nos acompanha no decorrer de nossa existência. Este enfoque levou-me a acreditar que o processo educativo pós-intervenção coronária percutânea é tão importante quanto a própria

intervenção, visto que o viver saudável, muitas vezes implica em mudanças, nas quais os sujeitos percebem, através da reflexão-ação-reflexão, as responsabilidades que possuem quanto à promoção e prevenção à saúde. O processo educativo poderá proporcionar um comprometimento maior dos sujeitos quanto ao seu auto-cuidado, e ao profissional enfermeiro a oportunidade de pôr em prática todos os conhecimentos adquiridos em prol de um viver saudável e, principalmente, a uma melhor qualidade de vida.

Este estudo propiciou-me repensar a minha qualidade de vida, como pessoa e como profissional da saúde, visto que vivemos em um mundo turbulento, globalizado, em constantes transformações, onde quase não temos tempo para dispensarmos, efetivamente, um cuidado eficiente a nós mesmos, porém não sobreviveríamos sem este. Além disso, entendi melhor o ser humano na sua totalidade, nas suas limitações, pois visualizei a sua realidade que lhe é própria, a de seu contexto domiciliar e, este entendimento fez-me crescer enquanto ser humano e profissional.

Acredito que a partir de agora tenho um compromisso social de retornar estes dados à população através do Serviço de Hemodinâmica do Rio Grande e, além disso, buscar alternativas, na minha prática profissional, a partir dos resultados para a implementação de ações educativas relacionadas com o tema exposto. Essas ações educativas poderão propiciar um não retorno a novas intervenções, além do que instigará nos sujeitos cardiopatas um cuidado maior de si em todo o seu ciclo vital. Penso que a educação é a base para um agir mais consciente porque ela propicia a ação-reflexão-ação e conseqüentemente a mudança.

Siqueira (1998) aponta que para transformar o meio em que se vive, é preciso desenvolver uma consciência crítica, visto que é somente através dela que o homem consegue

refletir, propor e agir em prol de si mesmo e da coletividade, e este comportamento crítico que o mesmo assume, é capaz de trazer constates mudanças ao mesmo. Este enfoque contempla a importância da educação e da orientação precisa para que haja a mudança. E esta mudança deve começar por nós profissionais, através da busca contínua do conhecimento. A partir deste podemos de forma segura colaborar em prol de um processo educativo que leva a coletividade a uma melhor qualidade de vida, a um estar e ser melhor, sendo este um processo ativo de busca contínua.

REFERÊNCIAS

AGUILAR, P. I. S. G. **Qualidade de vida em pessoas com diabetes mellitus tipo 2**. Ribeirão Preto, USP: 1999. Tese (Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto), Universidade de São Paulo.

ALBUQUERQUE, S. M. R. L. **Qualidade de vida do idoso: a assistência domiciliar faz a diferença?** São Paulo: Casa do Psicólogo: Cedecis, 2003.

ALOAN, L. **Hemodinâmica e angiocardiografia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 1996.

AMODEO, C. Editorial. **Rev. ILIB**, ano 1, n. 1, 1999.

ANDERSON, K. N.; ANDERSON, L. E. **Mosby dicionário de enfermagem**. 2. ed. São Paulo: Roca, 2001.

BARRETO, M. L.; CARMO, E. H. Mudanças em padrões de morbimortalidade: conceitos e métodos. In: MONTEIRO, Carlos A. (org.). **Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças**. São Paulo: Hucitec, 2000. Cap. 1. p. 17-30.

BARRETO, S.; PASSOS, V. M. A.; CARDOSO, A. R. A.; COSTA, M. F. L. Quantificando o risco de doença coronariana na comunidade: projeto Bambuí. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 81, n. 6, p. 556-561, dez. 2003.

BECK, C. L. C. Sofrimento e esperança: vivências com familiares internados em UTI. In: GONZALES, R. M. B.; BECK, C. L. C.; DENARDIN, M. de L. **Cenários de cuidado: aplicação de teorias de enfermagem**. Santa Maria: Pallotti, 1999. Parte II, p. 63-157.

BECK, C. L. C.; GONZÁLES, R. M. B.; LEOPARDI, M. T. Aspectos éticos que envolvem as investigações. In: LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001. Cap. 6, p. 328-342.

BERTOLAMI, M. B. Qual a expectativa é possível antecipar para a dieta os níveis de colesterol alto sobre os níveis de HDL colesterol? **Jornal SOCESP**, ano IV, n. 2, p. 6-7, 2000.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 2003.

BORDIEU, P. Gostos de classe e estilos de vida. In: ORTIZ, Renato (org.). **Bordieu, coleção grandes cientistas sociais**. n. 39. São Paulo: Ática, 1983.

BRANDEN, N. Auto-estima no trabalho. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Programas Especiais de Saúde/Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas/Programa Nacional de Educação e Controle de Hipertensão Arterial. **Normas Técnicas para o Programa Nacional de Educação e Controle da Hipertensão Arterial**. Brasília, 1988. 88p.

_____. Secretaria da Assistência à Saúde. Departamento de Programas de Saúde. Coordenação de Doenças Cardiovasculares. **Controle de hipertensão arterial. Uma proposta de integração ensino serviço**. Rio de Janeiro, 1993. 232p.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Obra coletiva de autoria da Editora Saraiva. 33. ed. atual e ampl. São Paulo: Saraiva, 2004.

BRANDÃO, A. P. Tratando a hipertensão arterial, reduzindo o risco de doenças cardiovasculares – Adalat INSIGHT Study. **Revista Brasileira de Cardiologia**, v. 2, n. 5, p. 181-183, 2000.

BRUNO, R. A. 2003. In: CONGRESSO DE CARDIOLOGIA DO RIO GRANDE DO SUL, 14, SIMPÓSIO DE ENFERMAGEM EM CARDIOLOGIA, 2, 2003, Gramado. **Anais**. 2 a 4 de novembro de 2003.

BUSS, P. M. 2003. Uma introdução ao conceito de promoção à saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da Saúde**. p. 22-38, 2003.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1990.

CAPRA, F. **O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente**. São Paulo: Cultrix, 1982.

_____. **A teia da vida**. São Paulo: Cultrix, 1996.

_____. **As conexões ocultas:** uma ciência para uma vida sustentável. São Paulo: Cultrix, 2002.

CARDAIN, L.; GOTSHALL, R.W.; EATON, S. B. Physical activity, energy, expenditure and fitness: an evolutionary perspective. **Int. Journal Sportes, Med**, n. 19, p. 328-335, 1998.

CÁRDENAS, C. A. M.; CIANCIARULLO, T. I. Qualidade de vida da mulher dona de casa de uma comunidade de baixa renda. **Revista Texto e Contexto**, v. 8, n.3, p. 183-199, set./dez. 1999.

CASAS, F. **Bienestar social:** uma introdución psicosociológica. Barcelona: PPU, s.d.

CASTRO, M.; CAIUBY, A. V. S.; DRAIBE, S. A. *et al.* Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF 36. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 49, n. 3, p. 245-249, jul./set. 2003.

CAVALCANTI Jr., O. **A terceirização das relações laborais.** São Paulo: L. Traduções, 1996.

CECAGNO, D. **Serviço de educação continuada na enfermagem nas instituições de saúde do município de Rio Grande.** Rio Grande: FURG, 2003. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde), Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, 2003.

CENTEMERO, M.; SOUSA, A.; STAICO, R. *et al.* Avaliação comparativa do valor prognóstico de quatro marcadores bioquímicos de lesão miocárdica pós-intervenções percutâneas utilizando stents coronários. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 83, s. n., dez. 2004.

COSTENARO, R. G. S.; LACERDA, M. R. **Quem cuida de quem cuida? Quem cuida do cuidador?** Centro Universitário Franciscano: Santa Maria, 2001.

COLOMBO, R. C. R. Reabilitação no infarto agudo do miocárdio: uma análise dos comportamentos relacionados a fatores de risco para coronariopatia. São Paulo: USP, 2000. Tese (Doutorado em Enfermagem), Curso de Pós-Graduação da Universidade de São Paulo – USP, 2000.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: **Promoção da saúde:** conceitos, reflexões, tendências. São Paulo: FIOCRUZ, 2003 p. 39-54.

DEMO, P. **Educação e qualidade.** Campinas: Papirus, 1996.

DIRETRIZES da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre ATC. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 64, n. 05, 1995.

ERDTMANN, B. K.; ERDMANN, A. L. Modelo do sol nascente e razão sensível na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 56, n. 5, p. 523-527, set./out. 2003.

EXPECTATIVA de vida do brasileiro ultrapassa os 70 anos diz o IBGE. **Folha Online Cotidiano**. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u86500.shtml>>. 01/12/2003. Acesso em 09 mai. 2004.

FARIA, T. M. A.; SILVA, R. D. M.; PATRÍCIO, Z. M. Homem-bagaço: a qualidade de vida dos trabalhadores aposentados de enfermagem numa abordagem ecosófica. **Revista Texto e Contexto**, Florianópolis, n. 3, v. 8, p. 200-212, set./dez.1999.

FAVARATO, M. E. S. **Qualidade de vida em portadores de doença arterial coronária submetidos a diferentes tratamentos**: comparação entre gêneros. Tese apresentada ao Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de saúde Pública da USP. São Paulo, 2004.

FERREIRA, A. B. H. **Mini Aurélio o dicionário da língua portuguesa**. 6. ed. Curitiba: Posigraf, 2004.

FLECK, M. P. A. *et al.* Desenvolvimento da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida da OMS (Whoqol 100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, n. 1, v. 21, p. 19-28, jan./mar. 1999.

FLECK, M. P. A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “Whoqol-bref”. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, n. 2, v. 34, p. 178-183, abr. 2000.

FREIRE, P. **Conscientização**. São Paulo: Moraes, 1980.

GARCIA, R.; SUÁREZ, R. La educación en diabetes: algunas reflexiones para la practica. **Revista de la Asociación latino Americana de diabetes**, v. VII, n. 03, 1999.

GEORGE, J. B. *et al.* **Teorias de enfermagem**: os fundamentos da prática profissional. Porto Alegre: Artmed, 2000.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOMES, G. C.; DIOGO, M. J. D. Função motora, capacidade funcional e sua avaliação em idosos. In: DIOGO, M. J. D.; NERI, A. L.; CACHIONI, M. **Saúde e qualidade de vida na velhice**. Campinas: Alínea, 2004. p. 107-132

GUERINI, E.; JOHNSON, G. A. **As políticas públicas sobre a ótica dos indicadores**. Acesso em 03/04/2003.

GUS, I. **Fatores de risco da doença arterial coronariana no estado do Rio Grande do Sul:** uma linha de pesquisa. Porto Alegre, 2002. Tese (Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Cardiologia) – Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde & doença.** Porto Alegre: Artmed, 2003.

HISTÓRICO do Município do Rio Grande. Disponível em: <<http://www.furg.br/rgrande/historico.html>>. Acesso em 18 jun. 2004.

HISTÓRICO e objetivos. Pós-Graduação em Oceanografia Física, Química e Geológica da Fundação Universidade Federal do Rio Grande. Disponível em: <<http://www.ocfis.furg.br/historico.html>>. Acesso em 18 jun. 2004.

HUDAK, C. M.; GALLO, B. M. **Cuidados intensivos em enfermagem:** uma abordagem holística. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

INSTITUTO Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE, 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/censo>>. Acesso em 15 de nov. de 2005.

INFORMAÇÕES populacionais – RS. Rio Grande. Disponível em: <http://www.rsvirtual.net/cgi-bin/dados/webdata_pro.pl>. Acesso em 18 jun. 2004.

IV DIRETRIZ de Hipertensão Arterial Sistêmica, 2002. Disponível em: <<http://www.manuaisdecardiologia.med.br>>. Acesso em 15 de nov. de 2005.

KING, K.; PORTER, L. Patient perceptions of quality of life after coronary artery surgery: war is worth it? **Rev. Nurs. Health**, v. 15, n. 5, p. 327-334, 1992.

KOERICH, M. S.; ERDMANN, A. L. Enfermagem e patologia geral: Resgate e reconstrução de conhecimentos para uma prática interdisciplinar. **Revista Texto e Contexto**, v. 12, n. 4, p. 528-537, out./dez. 2003.

LAKATOS, E. M. **Fundamentos da metodologia científica.** São Paulo: Atlas, 2003.

LAURENTI, R. A mensuração da qualidade de vida. **Revista Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 49, n. 4, p.361-362, 2003.

LEININGER, M. M. **Culture care diversity and universality:** a theory of nursing. New York: National League for Nursing, 1991.

LIMA, A. F. C.; GUALDA, D. M. R. Reflexão sobre a qualidade de vida do cliente renal crônico submetido a hemodiálise. **Revista Nursing:** Ferreira & Bento, ano 3, n. 30, p. 20-23, 2000.

LUNARDI, V. L. **A ética como o cuidado de si e o poder pastoral na enfermagem.** Pelotas: Universitária-UFPel, 1999.

LUZ, P. L., SOLIMENE, M. C. Reestenose após angioplastia transluminal coronariana: o problema clínico. **Rev. Ass. Méd. Brasil.**, n. 43, v. 4, p. 357-366, 1997.

MARINHO, M. G. Representação social como referência para a repadronização do processo vital de clientes infartados. In: COSTENARO, R. G. Santini. **Cuidando em enfermagem: da teoria à prática.** Centro Universitário Franciscano: Santa Maria, 2003. p. 201-222. (Série Cuidando em Enfermagem)

MELEIS, A. I. **On transitions and Knowledge development nursing; beyond art on science.** Japan, 1997.

MELTZER, L. E.; PINNEO, R.; KITCHELL, R. **Enfermagem na unidade coronariana.** São Paulo: Atheneu, 2001.

MESQUITA, Q. H. Enfarte do miocárdio: prevenção e tratamento por cardiostimulantes x angioplastia e/ou cirurgia de ponte de safena (estatísticas). **Editorial Laranjeiras**, v. 1, n. 3, nov. 2003.

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da ciência social. In: MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. Cap. 1. p. 9-29.

MOREIRA, L. B. *et al.* Prevalência do tabagismo e fatores associados em área metropolitana da região sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 29, n. 1, p.46-51, 1995.

MUNIZ, R. M.; SANTANA, M. da G. **Humanizando o cuidado na doença crônica.** Pelotas: EGUFPel, 2002.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida.** Londrina: Londrina Midiograf, 2003.

NOGUEIRA, E., A.; VIANA, S. M. Cateterismo cardíaco e angioplastia. In: CINTRA, E. A.; NISHIDE, V. M; NUNES, W. A. **Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo.** São Paulo: Atheneu, 2001, p.305-314.

NUCCI, N. A. G. **Qualidade de vida e câncer: um estudo compreensivo.** Ribeirão Preto: USP, 2003. Tese (Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras) – Universidade de São Paulo.

NUNES, J. O. M; BARROS, J. de F. Fatores de risco associados à prevalência de sedentarismo em trabalhadores da indústria e da Universidade de Brasília. **Revista Digital**, Buenos Aires, ano 10, n. 69, p. 2-22, fev. 2004.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPS): Iniciativa para a prevenção integrada de doenças não transmissíveis nas Américas. Brasília: OMS, 1997. 132p.

PASCHOAL, S. M. P. **Qualidade de vida no idoso**: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. São Paulo, 2000. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2000.

PASCOAL, M. **Aspectos psicofísicos e sócio-culturais da qualidade de vida**. Resumo, CNPQ. Disponível em: <<http://www.cnpq.br>>. Acesso em 19 out. de 2005.

PASINI, W. A. **Qualidade dos sentimentos**. Rio de Janeiro: ROCCO, 1995.

PASSOS, V. M. A.; BARRETO, S. M.; DINIZ, L. M. *et al.* Diabetes tipo 2: prevalência e fatores associados em uma comunidade paulista. Projeto bambuí de estudo de saúde e envelhecimento. **São Paulo Medical Journal**, v. 123, n. 2, p. 66-71, mar. 2005.

PATRÍCIO, Z. M. Métodos qualitativos de pesquisa e de educação participante como mediadores na construção da qualidade de vida novos paradigmas, outros desafios e compromissos sociais. **Revista Texto e Contexto**, v. 8, n. 3, p. 53-77, set./dez. 1999.

PIMENTEL FILHO, W. A.; CORREIA, M. de B. (Coord.). **Hemodinâmica e angiocardiografia**: interpretação clínica. São Paulo: Sarvier, 1988.

RABELO, S. E.; PADILHA, M. I. C. S. Qualidade de vida e cliente diabético: um desafio para o cliente e enfermeira. **Revista Texto e Contexto**, v. 8, n. 3, p. 250-262, set./dez. 1999.

RAMOS, F. R. S.; PEREIRA, S. M.; ROCHA, C. R. M. **Viver e adolecer com qualidade**. Projeto Acolher – Adolecer, Compreender, Atuar, Acolher. Ministério da Saúde, ABCN. Brasília, 2001.

REBELO, P. A. P. **Qualidade em saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1995.

REIS, M. G.; GLASHAN, R. Q. Adultos hipertensos hospitalizados: percepção de gravidade da doença e de qualidade de vida. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, n. 9, v. 3, p. 51-57, mai. 2001.

RIGACCI, S. B.; GALLANI, M. C. B. J.; COLOMBO, R. C. R. O paciente coronariopata. In: CINTRA, E. A.; NISHIDE, V. M.; NUNES, W. A. **Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo**. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 305-314.

RODRIGUES, S. de O. **Santa Casa do Rio Grande**: a saga da misericórdia. Rio Grande. Editora da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, 1985.

SAMAJA, J. **A reprodução social e a saúde:** elementos metodológicos sobre a questão das relações entre saúde e as condições de vida. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

SENA, R. R.; LEITE, J. C. A.; COSTA, F. M. *et al.* O cuidado no domicílio: um desafio em construção. **Cogitare Enfermagem**, v. 4, n. 2, p. 58-61, jul./dez. 1999.

SÉTIEN, M. L. In: SÉTIEN, M. L. Indicadores Sociales de Calidad de Vida. Un Sistema de Medición Aplicado ao País Vasco. Madrid, Centro de Investigaciones Sicológicas. Colección Monografías, n. 133. Siglo Veintuno de Espanha Editores, A.S., 1993. p.17-409.

SILVA, A. L. Cuidado como momento de encontro e troca. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 50., 1999. Salvador. **Anais...** p. 74-79.

SILVA, M. A. S. quem ama não adocece: o papel das emoções na prevenção e cura das doenças. São Paulo: Best Seller, 1999.

SIMÃO, M.; NOGUEIRA, M. S.; HAYASHIDA, M.; CESARINO, E. J. Doenças Cardiovasculares: Perfil de trabalhadores do sexo masculino de uma destilaria do interior paulista. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 4, n. 2, p. 27-35, 2002. Disponível em <<http://www.fen.ufg.br>>.

SIQUEIRA, H. C. H. **O enfermeiro e sua prática assistencial integrativa:** construção de um processo educativo. Bagé: EDIURCAMP, 1998.

_____. **As interconexões dos serviços no trabalho hospitalar um novo modo de pensar e agir.** Santa Catarina, 2001. Tese de Doutorado apresentada a Universidade Federal de Santa Catarina.

SIVIERO, I. M. P. S. **Saúde mental e qualidade e vida dos infartados.** Ribeirão Preto, 2003. Tese (Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto).

SOUZA, C. L.; ALDRIGHI, J. M.; FILHO, G. L. Qualidade do sono em mulheres paulistanas no climatério. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 51, n. 3, mai./jun. 2005.

The WHOQOL Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W editors. *Quality of life assessment: international perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag; 1994. p. 41-60.

VASCONCELOS, L. B.; ADORNO, J. *et al.* Consulta de enfermagem como oportunidade de conscientização em diabetes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 2, n. 3, jul./dez. 2000. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>.

VIEIRA, S.; HOSSNE, W. S. **Metodologia científica para a área da saúde.** Rio de Janeiro: Campus, 2001.

ZASLAVSKY, C.; GUS, I. Idoso, doença cardíaca e comorbidades. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 79, n. 6, p. 635-639, dez. 2002.

ZIMMERMAN, L. I.; RIBEIRO, J. P. Angina instável. In: BARRETO, S. M. **Rotinas de terapia intensiva**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

APÊNDICES

APÊNDICE A**Ofício ao Serviço de Hemodinâmica e Cardiologia do Rio Grande**

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM E SAÚDE

Senhor Presidente do

Serviço de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista de Rio Grande

Pelo presente termo, eu, CLÁUDIA ZAMBERLAN, mestranda em Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, venho solicitar a Vossa Senhoria autorização para o desenvolvimento de um levantamento documental junto ao Serviço de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista de Rio Grande para o levantamento de dados, para o projeto de pesquisa de mestrado intitulado: “Qualidade de vida de clientes submetidos a intervenção coronária percutânea”.

Rio Grande, ____ de _____ de 2004.

Orientadora

Mestranda

APÊNDICE B

Documento de aprovação do projeto pelo Comitê de Ética

APÊNDICE C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM E SAÚDE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

A mestranda do curso de Pós-Graduação da Universidade Federal do Rio Grande Cláudia Zamberlan, está desenvolvendo esta pesquisa sob orientação da Dra. Hedi Crecência Heckler de Siqueira, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem na Área de concentração Enfermagem e saúde da supracitada Universidade.

A pesquisa tem como objetivo: Investigar a qualidade de vida de clientes submetidos a procedimento hemodinâmico no contexto domiciliar.

Pelo presente termo, declaro que fui informado(a) em relação aos objetivos e procedimentos da pesquisa intitulada como “Qualidade de vida de clientes submetidos à intervenção coronária percutânea”. Declaro que fui informado(a) sobre:

- a) liberdade de participar ou a não da pesquisa bem como de retirar o consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização e/ou prejuízo;
- b) garantia de privacidade, bem como proteção de minha imagem;
- c) riscos e benefícios desta pesquisa, assim, como a garantia de esclarecimentos antes e durante o curso da pesquisa sobre a metodologia, objetivos e outros aspectos envolvidos no presente estudo;
- d) a segurança de acesso aos resultados da pesquisa.

Assim, nestes termos considero-me livre e esclarecido(a), e portanto consinto em participar da presente pesquisa. Concedo a autora da pesquisa o direito de expressar as informações contidas na mesma, para divulgação dos resultados em trabalhos científicos.

Este documento está em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo que será assinado em duas vias, o qual ficará uma via em poder do respondente e a outra com a mestranda responsável pela pesquisa.

Data: ____/____/____

Assinatura do Participante: _____

Assinatura da Responsável pela Pesquisa: _____

Assinatura da Orientadora da Pesquisa: _____

Contato com a responsável pela pesquisa pelo fone(s): (55) 221 2026 ou (55) 91050094.

APÊNDICE D**Instrumento de Coleta para Levantamento Documental**

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM E SAÚDE

INSTRUMENTO DE COLETA PARA LEVANTAMENTO DOCUMENTAL**1. Identificação**

Nome do Sujeito: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Telefone: _____

Diagnóstico Médico: _____

2. Fatores de Risco para a Doença Coronária:

- () Tabagismo
- () Hipertensão
- () Diabetes
- () Sedentarismo
- () Dislipidemias
- () Hereditariedade
- () Contraceptivos orais e injetáveis

3. Dados complementares:

Data da Última Intervenção Coronária percutânea: ____/____/____.

Quantas intervenções já realizou: _____ Data: ____/____/____.

Uso de Prótese Coronária: () sim () não

Complicações imediatas: () sim () não Quais? _____

APÊNDICE E
Diário de Campo

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM E SAÚDE

DIÁRIO DE CAMPO

Aspectos Observados:

Identificação: _____

Data/hora: _____

Endereço: _____

Anotações: _____

Observações: _____

ANEXOS

ANEXO A

Instrumento de Avaliação WHOQOL BREF

O presente instrumento é a versão em português do instrumento de avaliação de Qualidade de Vida da organização Mundial da Saúde.

FICHA DE INFORMAÇÕES SOBRE O RESPONDENTE

SEXO Masculino (1)
 Feminino (2)

IDADE (em anos completos) _____

DATA DE NASCIMENTO ____/____/____

NÍVEL EDUCACIONAL	Analfabeto	(1)
	I grau incompleto	(2)
	I grau completo	(3)
	II grau incompleto	(4)
	II grau completo	(5)
	III grau incompleto	(6)
	III grau completo	(7)
	Pós-Graduação incompleto	(8)
	Pós-Graduação completo	(9)

ESTADO CIVIL	Solteiro(a)	(1)
	Casado(a)	(2)
	Vivendo como casado(a)	(3)
	Separado(a)	(4)
	Divorciado(a)	(5)
	Viúvo(a)	(6)

COMO ESTÁ A SUA SAÚDE	Muito ruim	(1)
	Fraca	(2)
	Nem ruim nem boa	(3)
	Boa	(4)
	Muito boa	(5)

FORMA DE ADMINISTRAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

- | | |
|---------------------------------|-------|
| Auto-administrado | (1) |
| Assistido pelo entrevistador | (2) |
| Administrado pelo entrevistador | (3) |

PROBLEMA DE SAÚDE ATUAL/CONDIÇÃO PRESENTE (marcar somente uma, que é a mais relevante para a presente busca de um serviço de saúde)

- | | |
|--|----|
| Nenhum problema | 00 |
| Problema de coração | 01 |
| Pressão alta | 02 |
| Artrite ou reumatismo | 03 |
| Câncer | 04 |
| Enfisema ou bronquite | 05 |
| Diabetes | 06 |
| Catarata | 07 |
| Derrame | 08 |
| Oso quebrado ou fraturado | 09 |
| Problema nervoso crônico ou emocional | 10 |
| Problema crônico de pé (joanete, unha encravada) | 11 |
| Hemorróidas ou sangramento no ânus | 12 |
| Doença de Parkinson | 13 |
| Gravidez | 14 |
| Depressão | 15 |
| Doença de pele | 16 |
| Queimaduras | 17 |
| Problema de álcool ou drogas | 18 |
| Outros (especificar) _____ | |

DIAGNÓSTICO (CID-10) (preenchida pelo entrevistador)

REGIME DE CUIDADOS DE SAÚDE

- | | |
|----------------|-------|
| Sem tratamento | (1) |
| Ambulatório | (2) |
| Internação | (3) |

INSTRUÇÃO

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 a 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 exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu “muito” apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio que necessita?	1	2	3	④	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu “nada” de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número que lhe parece a melhor resposta.

		Muito ruim	ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

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

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

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
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	muito 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.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
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 para o 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 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 freqüência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
26	Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário? _____

Quanto tempo você levou para preencher este questionário? _____

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO