

Influência do perfil clínico e sociodemográfico na qualidade de vida de cardiopatas submetidos à reabilitação cardíaca

Influence of socio-demographic and clinical profiles in quality of life of cardiac patients undergoing cardiac rehabilitation

Renata Claudino Rossi¹; Franciele Marques Vanderlei¹; Luiz Antonio Rodrigues Medina²; Carlos Marcelo Pastre³; Carlos Roberto Padovani⁴; Luiz Carlos Marques Vanderlei⁵

¹Pós-graduanda em Fisioterapia – UNESP, Presidente Prudente, SP – Brasil.

²Fisioterapeuta. Especialista em Fisioterapia Cardiorrespiratória – Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia. São Paulo, SP – Brasil.

³Doutor em Ciências da Saúde – UNESP, Departamento de Fisioterapia. Presidente Prudente, SP – Brasil.

⁴Doutor em Estatística e Experimentação Agronômica – UNESP, Botucatu, SP – Brasil.

⁵Doutor em Odontologia, área de concentração, Farmacologia – UNESP, Departamento de Fisioterapia. Presidente Prudente, SP – Brasil.

Endereço para correspondência

Renata Claudino Rossi
R. Roberto Simonsen, 305 – Cidade Universitária.
19060-900 – Presidente Prudente – SP [Brasil]
renatac_rossi@yahoo.com.br

Local da pesquisa:

Cidade de Presidente Prudente, SP – [Brasil].

Resumo

Introdução: Programas de reabilitação cardiovascular são fundamentais para garantir uma melhor qualidade de vida (QV) em pacientes cardiopatas. **Objetivos:** Avaliar a QV de pacientes submetidos à reabilitação cardíaca (RC) e investigar se aspectos sociodemográficos, tipo de diagnóstico e tempo de tratamento são variáveis que influenciam a QV desses pacientes. **Métodos:** Realizou-se um estudo transversal com 82 pacientes, 64,52 ± 9,04 anos, que responderam dois questionários, para avaliação da QV (questionário SF-36) e para classificação do nível socioeconômico, e tiveram seu nível sociodemográfico determinado. **Resultados:** Maiores valores dos escores do questionário SF-36 que avaliam aspectos emocionais foram observados em todas as associações realizadas. Os aspectos do perfil da amostra abordados neste estudo não repercutiram de forma representativa na QV. **Conclusão:** Pacientes cardiopatas submetidos à RC apresentaram maiores valores em escores de qualidade de vida que avaliam aspectos emocionais. Os fatores estudados não influenciaram a QV desses participantes.

Descritores: Doença das coronárias; Exercício; Qualidade de vida; Questionários; Reabilitação.

Abstract

Introduction: Cardiovascular rehabilitation programs are fundamental to ensure a better quality of life (QL) in cardiac patients. **Objective:** Evaluate the QL of patients undergoing cardiac rehabilitation (CR) and investigate if demographic aspects, diagnosis and treatment time are variables that influence on these patients QL. **Methods:** It was conducted a cross-sectional study with 82 patients, 64,52 ± 9,04 years old, who answered two questionnaires, for QL assessment (questionnaire SF-36) and for socioeconomic level classification, and their socio-demographic profile determined. **Results:** Higher values of scores of SF-36 questionnaire that assess emotional aspects were observed in all associations held. The sample profile aspects addressed in this study did not represent echo in QL. **Conclusion:** Cardiac patients submitted to RC showed greater benefits on emotional aspects and factors studied did not influence on these patients QL.

Key words: Coronary disease; Exercise; Quality of life; Questionnaires; Rehabilitation.

Introdução

Implantada no Brasil desde a década de 60, a Reabilitação Cardiovascular (RC) é caracterizada, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), como o conjunto de atividades que visa restituir a condição física, mental e social de pacientes portadores de cardiopatias, assegurando seu retorno à comunidade com estilo de vida ativo e produtivo¹⁻³.

De modo geral, a RC é composta por três fases: aguda (fase I), subaguda (fase II) e crônica (fase III), sendo a terceira fase, de perfil multiprofissional, constituída por treinamento supervisionado e educacional de pacientes. Suas sessões são realizadas em ambientes ambulatoriais com início após a quarta e sexta semanas do evento coronário, preconizando prescrições individualizadas e atuação sobre fatores de risco modificáveis que estão associados às doenças cardiovasculares, incapacidade física, recorrência de eventos cardíacos e na melhora da qualidade de vida (QV)^{2, 4-6}.

A avaliação da QV tem se tornado cada vez mais relevante na prática clínica por ser considerada um marcador importante na análise da efetividade e do impacto de um tratamento frente a uma doença crônica. Sua mensuração pode ser realizada por meio da aplicação de questionários, genéricos ou específicos, que revelam informações relacionadas à percepção do indivíduo sobre o seu estado de saúde em grandes domínios e dimensões de sua vida⁷⁻⁹.

Dentre os questionários genéricos utilizados para essa mensuração, encontra-se o *Medical Outcomes Study Questionnaire 36-Item Short Form Health Survey* (SF-36), desenvolvido por Ware e Sherbourne, no ano de 1992, nos Estados Unidos, e traduzido e validado para língua portuguesa por Ciconelli, em 1999. Caracterizado como um instrumento multidimensional, esse questionário é composto por 36 itens englobados em oito domínios que abordam tanto aspectos físicos quanto emocionais, sendo utilizado como método de análise da QV por apresentar alta reprodutibilidade, validade e sensibilidade, além de

ser considerado de fácil administração e compreensão⁹⁻¹².

Estudos prévios, utilizando o questionário SF-36, apontam que programas ambulatoriais de RC produzem melhora na QV de pacientes cardiopatas, repercutindo de maneira relevante na prática clínica. Ainda que trabalhos apontem essa melhora, pode-se observar, após revisão na literatura pertinente, que são escassos estudos investigando a influência do perfil pessoal e clínico dessa população sobre a QV^{6, 13, 14}.

Pesquisas sobre a relação entre QV e diferentes características dessa população podem ajudar a entender em que extensão a melhora na QV está correlacionada a tais características. Portanto, neste estudo, objetivou-se avaliar a QV de pacientes cardiopatas submetidos a um programa ambulatorial supervisionado de exercícios físicos, bem como investigar se aspectos sociodemográficos, tipo de diagnóstico (preventivo e terapêutico) e tempo de tratamento são variáveis que influenciam a QV desses indivíduos.

Materiais e métodos

Casuística e desenho do estudo

Neste trabalho, de caráter descritivo transversal, desenvolvido na cidade de Presidente Prudente (SP), envolveram-se 82 voluntários, sendo 46 do sexo masculino, e 36, do feminino, frequentadores do Setor de Reabilitação Cardiovascular do Centro de Estudos e Atendimento em Fisioterapia e Reabilitação da Faculdade de Ciências e Tecnologia – FCT/UNESP. Não foram incluídos no estudo voluntários que apresentaram déficit de compreensão em relação ao questionário aplicado bem como aqueles que não concordaram em respondê-lo. Além disso, para constituir o grupo terapêutico foram estabelecidos como critério de inclusão apenas os pacientes que possuíam diagnóstico principal de insuficiência coronariana e infarto agudo do miocárdio, a fim de homogeneizar a amostra.

Os voluntários foram classificados em dois grupos (terapêutico e preventivo) segundo o diagnóstico principal apresentado por eles. O grupo terapêutico foi constituído por pacientes com diagnóstico principal de insuficiência coronariana ou infarto agudo do miocárdio, e o preventivo, por pacientes que apresentavam hipertensão arterial, sedentarismo, obesidade e diabetes como diagnóstico principal.

Aspectos de natureza ética

Os participantes foram devidamente informados sobre os procedimentos e objetivos deste estudo, e após concordarem, assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido. Todos os procedimentos utilizados foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências e Tecnologia – FCT/UNESP (Proc. nº 111/2006), e obedeceram à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde de 10/10/1996.

Reabilitação Cardíaca

As sessões do programa de RC foram divididas em três fases (aquecimento, resistência e relaxamento), com uma hora de duração e frequência de três vezes por semana. A máxima intensidade do esforço, realizada durante o período de resistência, foi prescrita de forma individualizada baseada na reserva de frequência cardíaca, com percentual de treinamento entre 45 a 85%.

Coleta de dados

Para realização da coleta de dados, inicialmente foi realizada a análise sociodemográfica da população, coletando-se as seguintes informações: idade, sexo, peso, altura, índice de massa corpórea (calculado usando a fórmula: $\text{peso (kg)} / \text{altura (m)}^2$) e nível de escolaridade (dado em anos de estudo). O diagnóstico principal e o tempo de tratamento foram obtidos por meio dos prontuários dos pacientes. Em seguida, foram aplicados dois questionários

sob forma de entrevista para avaliação da QV e, após, realizada a classificação do nível socioeconômico. Para padronização das coletas todo o processo de entrevista foi conduzido por um único entrevistador.

Avaliação da QV e nível socioeconômico

Para avaliação da QV, utilizou-se o *Medical Outcomes Study Questionnaire 36-Item Short Form Health Survey* (SF-36). Caracterizado como um questionário genérico, o SF-36 é constituído de oito domínios que abordam tanto aspectos físicos (capacidade funcional, estado geral da saúde, dor e aspectos físicos) quanto emocionais (saúde mental, vitalidade, aspectos sociais e aspectos emocionais). A capacidade funcional reflete tanto na presença como na extensão das limitações relacionadas à capacidade física; o estado geral de saúde é mensurado por autopercepção; a dor avaliada por meio de sua intensidade, extensão e/ou influência nas atividades de vida diária. Já os questionamentos relacionados às limitações por aspectos físicos e emocionais foram baseados nas limitações que interferem de alguma forma no dia a dia do paciente; quanto à vitalidade é considerado o nível de energia e de fadiga, como a disposição para procurar e enfrentar novas tarefas; referente aos aspectos sociais avalia-se a integração do voluntário com atividades sociais e, por fim, a saúde mental verifica a ansiedade, depressão, alterações do comportamento ou descontrolo emocional e bem-estar psicológico^{8, 15}.

A pontuação final do questionário foi convertida em dados ponderados, gerando um escore de 0 a 100, no qual zero corresponde ao pior estado de saúde, e 100, ao melhor, por meio da fórmula^{16, 17}:

$$\frac{\text{Valor ponderado} - \text{Limite inferior} \times 100}{\text{Variação (escore range)}}$$

A classificação do nível socioeconômico dos participantes da pesquisa foi baseada nos critérios da Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa

e Mercado (ABIPEME). Os indivíduos foram classificados em classes A1, A2, B1, B2, C, D e E, sendo o maior nível socioeconômico representado pela classe A, o que remete em melhor qualificação habitacional e padrão de consumo^{18, 19}.

Análise estatística

Foi realizada uma estatística descritiva para caracterização da amostra estudada e os resultados foram apresentados com valores de média, mediana, desvio-padrão, números absolutos e relativos. A comparação do tempo de estudo com o nível socioeconômico entre os grupos preventivo e terapêutico foi efetuada por meio do teste de Goodman para contrastes entre e dentro de populações multinomiais.

Para análise dos domínios do questionário SF-36, inicialmente foi testada a normalidade dos dados por meio da aplicação do teste de Shapiro-Wilk. A análise dos escores do questionário entre os grupos preventivo e terapêutico e entre os sexos masculino e feminino foi feita pela aplicação do teste *t* de Student para dados não pareados ou teste de Mann-Whitney e, a análise dos escores do questionário, segundo a idade, tempo de tratamento, tempo de estudo e níveis socioeconômicos foi feita por meio do teste *Analysis of Variance* (ANOVA) monofatorial ou teste de *Kruskal Wallis*. Diferenças nesses testes foram consideradas significantes quando o valor de “*p*” foi menor que 0,05.

Resultados

A Figura 1 representa a distribuição e perfil antropométrico da população estudada. A amostra inicial foi constituída por 101 pacientes, sendo 15 excluídos por não se engajarem nos critérios de inclusão do estudo, e 4, por não terem respondido adequadamente um dos dois questionários. Assim, a casuística foi constituída de 82 indivíduos, alocados no grupo terapêutico (*n* = 53), e no preventivo (*n* = 29), de acordo com o diagnóstico.

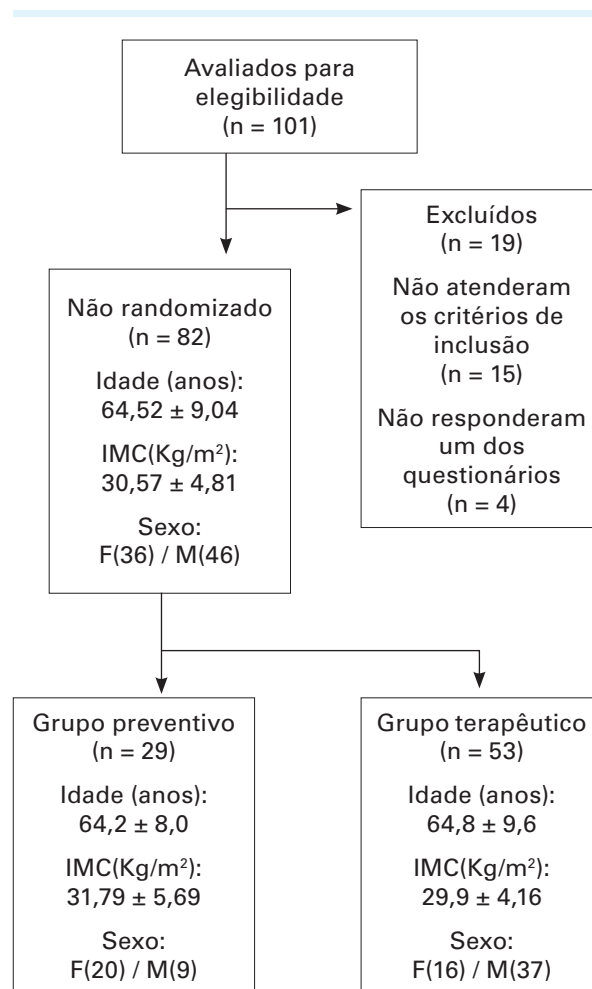


Figura 1: Distribuição e perfil antropométrico da população estudada

A Tabela 1 mostra o tempo de tratamento, escolaridade e nível socioeconômico dos grupos e da população total. O tempo de tratamento foi significativamente mais elevado no grupo preventivo em relação ao terapêutico. Quando realizada a análise das variáveis tempo de estudo e nível socioeconômico entre os grupos preventivo e terapêutico, observou-se um número significativamente maior de indivíduos com períodos superiores a 11 anos de estudo, quando correlacionados aos que possuíam 9 a 11 anos em ambos os grupos, verificaram-se também diferenças significantes entre os níveis socioeconômicos B1, B2 e C em relação ao A1 para o grupo terapêutico, e entre o nível C em relação ao A1, para o preventivo.

Tabela 1: Tempo de tratamento, escolaridade e nível socioeconômico da população total do estudo e separada por grupos

Características	Terapêutico	Preventivo	Total
Tempo de tratamento (anos)	2,21 ± 3,4 (1,0) ^a	3,38 ± 3,2 (2,0) [*]	2,62 ± 3,32
Escolaridade (anos)			
0 a 4	14 (26,42%)	9 (31,03%)	23
5 a 8	12 (22,64%)	5 (17,24%)	17
9 a 11	7 (13,21%)	4 (13,79%)	11
> 11	20 (37,74%) ^b	11 (37,93%) ^b	31
Nível socioeconômico			
A1	2 (3,77%) ^c	1 (3,45%) ^d	3
A2	7 (13,21%)	4 (13,79%)	11
B1	15 (28,30%)	7 (24,14%)	22
B2	14 (26,42%)	6 (20,64%)	20
C	15 (28,30%)	11 (37,93%)	26
D e E	0	0	0

^aMédia ± Desvio-padrão (Mediana); ^{*}Diferença significativa em relação ao grupo terapêutico (teste Mann Whitney; $p < 0,05$); ^bValor significativo em relação ao tempo de 9 a 11 anos (Teste de Goodman; $p < 0,05$); ^cValor significativo em relação ao nível B1, B2 e C (Teste de Goodman; $p < 0,05$); ^dValor significativo em relação ao nível C (Teste de Goodman; $p < 0,05$).

Os valores médios, seguidos dos seus respectivos desvios-padrão, dos escores da QV da população total analisada (82 voluntários) foram: capacidade funcional = $64,94 \pm 20,01$; estado geral da saúde = $66,22 \pm 18,22$; dor = $59,73 \pm 22,45$; limitação por aspectos físicos = $51,22 \pm 41,00$; saúde mental = $68,73 \pm 19,18$; vitalidade = $64,39 \pm 19,38$; aspectos sociais = $71,24 \pm 22,61$ e limitação por aspectos emocionais = $65,03 \pm 41,55$. Os valores dos domínios separados por grupos são apresentados na Tabela 2. Os resultados demonstram que não houve diferença significativa em nenhum dos domínios entre os grupos preventivo e terapêutico. Observam-se maiores valores de QV nos domínios que avaliam os aspectos emocionais em relação aos físicos, independente se considerado cada grupo individualmente ou a população total.

Tabela 2: Valores médios, seguidos dos respectivos desvios-padrão, dos escores dos domínios do SF-36 da população separada por tipo de diagnóstico

Domínios	Tipo de diagnóstico		p Valor
	Terapêutico	Preventivo	
Aspectos Físicos			
Capacidade funcional	63,11 ± 21,03	68,27 ± 17,84	0,2665
Estado geral da saúde	67,35 ± 19,61	64,13 ± 15,45	0,4475
Dor	61,26 ± 23,34	56,93 ± 20,80	0,4067
Limitação por aspectos físicos	48,58 ± 42,00	56,03 ± 39,33	0,4348
Aspectos Emocionais			
Saúde mental	70,64 ± 20,6	65,24 ± 16,00	0,08
Vitalidade	66,22 ± 21,27	61,03 ± 15,08	0,2485
Aspectos sociais	73,34 ± 23,00	67,38 ± 21,73	0,2558
Limitação aspectos emocionais	67,91 ± 40,28	59,75 ± 43,98	0,3988

As Tabelas 3 e 4 mostram as análises dos escores de QV em relação ao sexo e idade dos voluntários. Não foram observadas diferenças significantes em nenhum dos domínios do questionário em relação a essas variáveis.

A descrição das dimensões do SF-36, segundo tempo de tratamento, tempo de estudo e níveis socioeconômicos, estão apresentadas nas Tabelas 5, 6 e 7, respectivamente. Também não foram observadas diferenças significantes entre os escores referentes a essas variáveis.

Discussão

Os principais achados deste estudo podem ser resumidos em dois tópicos: (1) os aspectos do perfil abordados nesta pesquisa não influenciaram a QV de pacientes cardiopatas, submetidos a um programa ambulatorial supervisionado de exercícios físicos, e (2) foram observados maiores valores dos escores que avaliam aspectos emocionais em todas as associações realizadas.

Tabela 3: Valores médios, seguidos dos respectivos desvios-padrão, dos escores dos domínios do SF-36, segundo o sexo da população do estudo

Domínios	Sexo		p Valor
	Masculino	Feminino	
Aspectos físicos			
Capacidade funcional	63,26 ± 20,74	67,08 ± 19,10	0,3939
Estado geral da saúde	66,41 ± 20,32	65,97 ± 15,39	0,9142
Dor	60,04 ± 23,91	59,33 ± 20,75	0,888
Limitação por aspectos físicos	50,54 ± 43,29	52,08 ± 38,44	0,8672
Aspectos emocionais			
Saúde mental	68,69 ± 21,20	68,77 ± 16,52	0,74
Vitalidade	66,52 ± 21,02	61,66 ± 16,94	0,2628
Aspectos sociais	72,55 ± 23,21	69,55 ± 22,02	0,5548
Limitação aspectos emocionais	63,03 ± 41,11	67,58 ± 42,53	0,6254

Tabela 4: Valores médios, seguidos dos respectivos desvios padrão, dos escores dos domínios do SF-36, segundo a idade da população do estudo

Domínios	Idade			p Valor
	< 61 anos	61 – 70 anos	> 71 anos	
Aspectos físicos				
Capacidade funcional	65,96 ± 20,59	60,45 ± 20,09	70,21 ± 18,55	0,1908
Estado geral da saúde	67,65 ± 19,72	68,42 ± 18,90	61,43 ± 15,05	0,3319
Dor	64,00 ± 23,73	59,30 ± 21,73	55,52 ± 22,08	0,4197
Limitação por aspectos físicos	54,80 ± 43,02	44,69 ± 40,86	56,52 ± 39,32	0,4974
Aspectos emocionais				
Saúde mental	67,38 ± 22,9	73,45 ± 17,34	63,47 ± 16,01	0,057
Vitalidade	66,53 ± 19,01	66,21 ± 22,11	59,34 ± 14,94	0,3424
Aspectos sociais	71,63 ± 27,28	74,62 ± 18,61	65,93 ± 22,03	0,3706
Limitação aspectos emocionais	57,68 ± 43,77	76,75 ± 35,83	56,50 ± 44,30	0,1095

Tabela 5: Valores médios, seguidos dos respectivos desvios-padrão, dos escores dos domínios do SF-36, segundo o tempo de tratamento da população do estudo

Domínios	Tempo de tratamento			p Valor
	< 1 ano	1 – 3 anos	> 3 anos	
Aspectos físicos				
Capacidade funcional	62,00 ± 21,59	64,56 ± 19,00	69,58 ± 18,41	0,3621
Estado geral da saúde	66,62 ± 20,71	70,56 ± 16,96	61,45 ± 14,72	0,2292
Dor	62,25 ± 23,95	59,04 ± 20,62	56,70 ± 22,36	0,6432
Limitação por aspectos físicos	50,00 ± 42,87	50,00 ± 40,59	54,16 ± 40,15	0,9180
Aspectos emocionais				
Saúde mental	68,34 ± 21,65	74,43 ± 17,59	63,83 ± 15,75	0,061
Vitalidade	67,14 ± 21,22	65,21 ± 20,58	59,58 ± 14,66	0,3329
Aspectos sociais	72,14 ± 25,19	76,63 ± 17,39	64,75 ± 22,31	0,1897
Limitação aspectos emocionais	63,79 ± 41,52	76,80 ± 38,19	55,54 ± 43,59	0,2109

Em relação à caracterização da população estudada, observou-se, segundo o gênero, um predomínio de indivíduos do sexo masculino no grupo terapêutico, e do feminino, no preventivo. Esse perfil referente ao gênero existente nos grupos pode ser explicado por dois aspectos: (1) mesmo que a instalação da doença arterial coronariana tenha associação positiva com a idade, sua incidência é mais tardia nas mulheres, cerca de 10 a 15 anos, devido ao fator de proteção estrogênica²⁰, o que pode explicar a predominância de homens no grupo terapêutico; (2) estudos relatam que a população feminina reconhece a relevância das mudanças nos hábitos de vida, capaz de prevenir 80% dos eventos coronarianos²¹ fato que pode estar relacionado à maior prevalência do público feminino no grupo preventivo.

Além disso, a população estudada possui média de idade de 64,52 anos, o que a caracteriza como idosa, segundo a OMS²², e com um perfil tendendo à obesidade²³, característica associada

Tabela 6: Valores médios, seguidos dos respectivos desvios-padrão, dos escores dos domínios do SF-36, segundo o tempo de estudo da população

Domínios	Tempo de estudo				p Valor
	0 – 4 anos	5 – 8 anos	9 – 11 anos	> 11 anos	
Aspectos físicos					
Capacidade funcional	63,69 ± 20,62	59,41 ± 21,85	65,90 ± 23,21	68,54 ± 17,37	0,4569
Estado geral da saúde	67,95 ± 20,72	60,41 ± 19,79	73,9 ± 14,87	65,38 ± 15,96	0,2686
Dor	62,65 ± 24,06	55,58 ± 23,93	65,00 ± 22,76	57,96 ± 20,68	0,6303
Limitação por aspectos físicos	48,91 ± 42,29	50,00 ± 45,92	52,27 ± 39,45	53,22 ± 39,65	0,9831
Aspectos emocionais					
Saúde mental	66,78 ± 24,25	69,88 ± 13,93	75,63 ± 13,93	67,09 ± 20,74	0,3625
Vitalidade	65,65 ± 20,01	65,88 ± 22,72	66,36 ± 24,19	61,93 ± 15,47	0,8522
Aspectos sociais	71,19 ± 28,06	72,05 ± 17,41	75,00 ± 19,36	69,48 ± 22,52	0,9192
Limitação aspectos emocionais	53,61 ± 44,65	80,37 ± 31,32	72,71 ± 38,93	62,35 ± 43,66	0,2079

Tabela 7: Valores médios, seguidos dos respectivos desvios-padrão, dos escores dos domínios do SF-36, segundo os níveis socioeconômicos da população estudada

Domínios	Nível socioeconômico					p Valor
	A1	A2	B1	B2	C	
Aspectos físicos						
Capacidade funcional	51,66 ± 18,93	63,63 ± 20,26	61,81 ± 22,86	66,00 ± 19,77	68,84 ± 17,90	0,5334
Estado geral da saúde	63,66 ± 12,58	66,63 ± 19,76	65,90 ± 22,81	70,85 ± 16,31	63,03 ± 15,44	0,7167
Dor	62,66 ± 11,01	64,18 ± 20,74	60,27 ± 26,97	60,75 ± 21,32	56,26 ± 21,69	0,8909
Limitação por aspectos físicos	33,33 ± 57,73	59,09 ± 40,73	50,00 ± 43,64	45,00 ± 41,03	55,76 ± 38,92	0,7853
Aspectos emocionais						
Saúde mental	48,00 ± 39,39	73,09 ± 16,00	68,36 ± 20,54	74,40 ± 18,46	65,23 ± 15,91	0,1510
Vitalidade	55,00 ± 22,91	64,54 ± 15,24	68,86 ± 24,00	65,00 ± 20,77	61,15 ± 15,18	0,6327
Aspectos sociais	62,50 ± 33,07	81,81 ± 17,99	68,75 ± 26,37	75,62 ± 17,89	66,50 ± 22,56	0,2888
Limitação aspectos emocionais	33,33 ± 57,73	72,71 ± 38,93	63,61 ± 39,72	74,99 ± 40,29	58,92 ± 43,52	0,4335

à presença de comorbidades cardiovasculares²⁴, e tempo de tratamento significativamente mais elevado no grupo preventivo em relação ao terapêutico.

Quanto ao nível de escolaridade diferenças significantes podem ser observadas em ambos os grupos, com predominância de indivíduos com mais de 11 anos de estudo, equivalente a nível superior completo, sobre os que se inseriram na faixa de 9 a 11 anos. Já em relação ao paradigma socioeconômico, a prevalência de voluntários de classe média (B1 a C) no grupo te-

rapêutico foi significativamente superior a níveis de renda mensais mais elevados (A1), o mesmo observado no grupo preventivo, todavia com diferença apenas da classe C em relação a A1.

Segundo Skodova et al.²⁵, fatores socioeconômicos, tais como renda familiar e nível de escolaridade, possuem uma associação positiva com o estado de saúde do paciente e seu bem-estar psicológico. De acordo com esses autores, os pacientes cardiopatas que possuíam piores rendas familiares e níveis mais inferiores de estudo foram os mais acometidos na avaliação da QV²⁵.

No trabalho aqui apresentado, não foi encontrada diferença significativa entre essas variáveis e a análise da qualidade de vida.

Quanto à avaliação da QV, maiores valores, porém não significativos, podem ser observados nos aspectos emocionais em relação aos físicos, considerando-se cada grupo individualmente ou a população total. Em geral, pacientes cardiopatas possuem um perfil depressivo²⁶⁻²⁸, condição essa que pode ser amenizada ou eliminada com a realização de programas de exercícios físicos, os quais produzem efeitos benéficos sobre o humor, estado de alerta, ansiedade, depressão, instabilidade emocional e estresse¹. Esses efeitos positivos promovidos pelos programas de exercícios físicos, associados às relações pessoais que se estabelecem com o trabalho em grupo, podem ser responsáveis pelos maiores escores observados nos aspectos emocionais da QV nesses indivíduos.

Quando a análise da qualidade de vida foi feita de acordo com o gênero da população, os resultados mostraram que os escores encontram-se mais elevados no âmbito emocional com valores inferiores para o sexo feminino, o que pode ser explicado pela maior vulnerabilidade das mulheres em apresentarem quadros depressivos em relação aos homens²⁹. Os resultados convergem o estudo realizado por Norris et al.³⁰ que observaram o mesmo déficit psicológico em cardiopatas do sexo feminino com persistência após um ano do evento cardíaco. Os autores atribuem o achado à menor suscetibilidade feminina de acometimento cardíaco, tornando-o mais impactante para esse tipo de população, levando ao aumento de sintomas depressivos³⁰.

Quanto à variável idade, as análises não mostraram diferenças entre os escores de QV nas diferentes faixas etárias, o que também foi observado por Favarato et al.¹⁴ em seu estudo comparativo de gênero e qualidade de vida em cardiopatas o qual não encontrou associação significativa entre faixas etárias, estratificadas de 40 a 50, 51 a 65 e maior que 65 anos, com os escores do SF-36.

Apesar de não ocorrer diferenças entre as diferentes faixas etárias consideradas e a QV,

observam-se maiores valores para os escores dos participantes entre 61 a 70 anos, e mais inferiores, para os dos indivíduos com idade superior a 71 anos. Em relação à qualidade de vida e a idade, Lima et al.³¹ avaliaram os domínios do SF-36 em sujeitos acima de 60 anos e observaram um declínio da QV com o avançar da idade, semelhante aos resultados observados neste estudo.

O tempo de tratamento não influenciou a QV dos indivíduos estudados, já que os resultados demonstraram que um maior tempo de terapia não repercutiu em valores mais elevados dos escores do questionário. Trabalho relacionando tempo de tratamento e QV em RC foi realizado por Cavalcante et al.⁸ em pacientes hipertensos, os quais relataram que, mesmo sem diferença estatística significativa, escores mais elevados de QV foram observados no grupo que estavam sob tratamento há cinco anos, quando comparados aos recém admitidos no programa de reabilitação proposto.

Como limitação deste estudo, pode-se citar seu caráter transversal o qual impossibilitou a avaliação do grau de melhora da QV ao longo do programa. Adicionalmente, como a intensidade de esforço executada durante o programa é prescrita de forma individual, observa-se diferença desse item entre os pacientes analisados, o que pode ter influenciado as respostas na qualidade de vida. Por fim, o quadro clínico dos pacientes inseridos no estudo não foi uma variável considerada para as análises, influenciando, talvez, os escores da QV desses indivíduos.

Conclusão

Os resultados deste estudo sugerem que aspectos sociodemográficos, tipo de diagnóstico e tempo de tratamento são variáveis que não influenciam a QV de pacientes cardiopatas submetidos a um programa ambulatorial supervisionado de RC. Além disso, foram observados maiores valores dos escores que avaliam aspectos emocionais em todas as associações realizadas.

Referências

- Moraes, RS, editor. Diretriz de Reabilitação Cardíaca. Arq Bras Cardiol. 2005;84(5):431-40.
- I Consenso Nacional de Reabilitação Cardiovascular. Arq Bras Cardiol. 1997;69(4):267-91.
- Milani M, Kozuki RT, Crescêncio JC, Papa V, Santos MDB, Bertini CQ et al. Efeito do treinamento físico aeróbico em coronariopatas submetidos a um Programa de Reabilitação Cardiovascular. Medicina. 2007;40(3):403-11.
- Ricardo DJ, Araújo CGS. Reabilitação cardíaca com ênfase no exercício: uma revisão sistemática. Rev Bras Med Esporte. 2006;12(5):279-85.
- Onishi T, Shimada K, Sato H, Seki E, Watanabe Y, Sunayama S et al. Effects of phase III cardiac rehabilitation on mortality and cardiovascular events in elderly patients with stable coronary artery disease. Circ J. 2010;74(4):709-14.
- Seki E, Watanabe Y, Sunayama S, Iwama Y, Shimada K, Kawakami K et al. Effects of phase III cardiac rehabilitation programs on health-related quality of life in elderly patients with coronary artery disease. Circ J. 2003;67(1):73-7.
- Winkelmann ER, Manfroi WC. Qualidade de vida em cardiologia. Rev HCPA. 2008;28(1):49-53.
- Cavalcante MA, Bombig MTN, Filho BL, Carvalho ACC, Paola AAV, Pova R. Quality of life of hypertensive patients treated at an outpatient clinic. Arq Bras Cardiol. 2007;89(4):222-7.
- Martins MRI, Cesarino CB. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. Rev Latinoam Enferm. 2005;13(5):670-6.
- Ware Jr J, Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). Med Care. 1992;30(6):473-83.
- Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). Rev Bras Reumatol. 1999;39(3):143-50.
- Toscano JJO, Oliveira ACC. Qualidade de vida em idosos com distintos níveis de atividade física. Rev Bras Med Esporte. 2009;15(3):169-73.
- McKee G. Are there meaningful longitudinal changes in health related quality of life SF36, in cardiac rehabilitation patients? Eur J Cardiovasc Nurs. 2009;8(1):40-7.
- Favarato MECS, Favarato D, Hueb WA, Aldrighi JM. Qualidade de vida em portadores de doença arterial coronária: comparação entre gêneros. Rev Assoc Med Bras. 2006;52(4):236-41.
- Favarato MECS. Qualidade de vida em portadores de doença arterial coronária submetidos a diferentes tratamentos: comparação entre gêneros. [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2004.
- Morales RR, Morales NMO, Rocha FCG, Fenelon SB, Pinto RMC, Silva CHM. Qualidade de vida em portadores de esclerose múltipla. Arq Neuropsiquiatr. 2007;65(2-B):454-60.
- Franca RNM, Lobato MG, Belfort R, Souza CB, Gomes JAP. Qualidade de vida dos pacientes portadores de síndrome de Stevens-Johnson. Arq Bras Oftalmol. 2003;66(1):67-70.
- Castro M, Caiuby AVS, Draibe AS, Canziani MEF. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36. Rev Assoc Med Bras. 2003;49(3):245-9.
- Almeida PM, Wickerhauser A. O critério ABA/ABIPEME – em busca de uma atualização. São Paulo: [s.n.]; 1991.
- I Diretriz Brasileira sobre Prevenção de Doenças Cardiovasculares em Mulheres Climatéricas e a Influência da Terapia de Reposição Hormonal (TRH) da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e da Associação Brasileira do Climatério (SOBRAC). Arq Bras Cardiol. 2008;91(suppl 1):1-23.
- AHA; ACC; National Heart, Lung, and Blood Institute. AHA/ACC guidelines for secondary prevention for patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease: 2006 update endorsed by the National Heart, Lung, and Blood Institute. J Am Coll Cardiol. 2006;47:2130-9.
- Maué CR, Paschoal SMP, Jaluul O, França CC, Filho WJ. Avaliação da qualidade de vida: comparação entre idosos jovens e muito idosos. Revista Brasileira de Clínica Médica. 2010;8(5):405-10.
- Associação Brasileira para o estudo da obesidade e da síndrome metabólica. III Diretrizes Brasileiras de Obesidade. 2009/2010:7-83.
- Salinas AM, Coca A. Obesidad, actividad física y riesgo cardiovascular: clasificación ergoantropométrica, variables farmacológicas, biomarcadores y paradoja del obeso. Med Clin. 2010;134(11):492-8.

25. Skodova Z, Nagyova I, Dijk JPV, Sudzinova A, Vargova H, Rosenberger J et al. Socioeconomic inequalities in quality of life and psychological outcomes among cardiac patients. *Int J Public Health*. 2009;54(4):233-40.
26. Lemos C, Gottschall ACM, Pellanda AC. Associação entre depressão, ansiedade e qualidade de vida após infarto do miocárdio. *Psic Teor Pesq*. 2008;24(4):471-6.
27. Huffman JC, Celano CM, Januzzi JL. The relationship between depression, anxiety and cardiovascular outcomes in patients with acute coronary syndromes. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2010;6(6):123-36.
28. Kerins M, McKee G, Bennett K. Contributing factors to patient non-attendance at and non-completion of Phase III cardiac rehabilitation. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2010 [Epub ahead of print]. doi:10.1016/j.ejcnurse.2010.03.006
29. Schindler BA. The psychiatric disorders of midlife. *Med Clin North Am*. 1987; 71(1):71-85.
30. Norris CM, Hegadoren K, Pilote L. Depression symptoms have a greater impact on the 1-year health-related quality of life outcomes of women post-myocardial infarction compared to men. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2007;6(2):92-8.
31. Lima MG, Barros MBA, César CLG, Goldbaum M, Carandina L, Ciconelli RM. Health related quality of life among the elderly: a population-based study using SF-36 survey. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(10): 2159-2167.