
Artigo original

Avaliação da qualidade de vida em pacientes submetidos à revascularização do miocárdio que realizaram reabilitação cardíaca fase I

Evaluation of quality of life in patients submitted to myocardial revascularization that participated in a phase I cardiac rehabilitation program

Jaime Luiz Nunes de Aguiar, Esp*, Fabiano Souza Barbosa, Esp*, André Luis dos Santos Silva, D.Sc.*, Hélio Ricardo dos Santos, D.Sc.*, Lamara Laguardia V. Rocha, M.Sc.*, Natália Cardoso Lima**, Daniel Almeida da Costa, Esp***, Marcus Vinícius de Mello Pinto, D.Sc.****

Fisioterapeutas, Professores da Faculdade de Minas (FAMINAS – MG), **Graduanda em Fisioterapia da Faculdade de Minas (FAMINAS – MG), *Médico, Professor da Faculdade de Minas. FAMINAS – MG e Mestrando em Ciências da Reabilitação do Centro Universitário de Caratinga – MG, ****Professor e Pesquisador do Laboratório de Inflamação, Dor e Laser – LABIINFLA do Programa de Mestrado em Ciências da Reabilitação do Centro Universitário de Caratinga – MG*

Resumo

O objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade de vida de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio que participaram de um programa de reabilitação cardíaca fase I. Foram incluídos neste estudo 11 indivíduos de ambos os sexos (63,63% do sexo masculino e 36,36% do feminino) com faixa etária variando entre 33 e 73 anos e submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio, com quadro clínico estável, participantes do programa de reabilitação cardíaca fase I. Os dados foram obtidos após realização da cirurgia utilizando como instrumento o questionário WHOQOL-Bref. A análise dos resultados aponta um nível de satisfação elevada em várias modalidades avaliadas; 63,60% dos pacientes classificam sua qualidade de vida como boa e têm capacidade de locomoção funcional. Apesar de revelarem que a dor é um fator limitante de algumas atividades (45,40%) e que houve prejuízo em relação ao sono (45,40%); consideram-se satisfeitos na capacidade de realizar atividades diárias (63,60%). Este estudo sugere os benefícios da reabilitação cardíaca fase I, a qual proporcionou autoconfiança e retorno às atividades diárias.

Palavras-chave: revascularização do miocárdio, qualidade de vida, reabilitação cardíaca.

Abstract

The objective of this study was to evaluate quality of life of patients who underwent myocardial revascularization surgery and participated in a phase I cardiac rehabilitation program. 11 individuals of both genders (63.63% male and 36.36% female), aged 33-73 years old, were submitted to myocardial revascularization surgery, with stable clinical course, and carried out a phase I cardiac rehabilitation program. Data were obtained after a surgery's procedure, by using a questionnaire WHOQOL-Bref. The results suggested a high level of treatments satisfaction; 63.60% of the patients classified their life quality as good and have locomotor capacity. Although they confirm that the most common activity limitation was pain (45.40%) and had some problems to sleep (45.40%) they were satisfied to perform daily activities (63.60%). This study suggests the benefits of phase I cardiac rehabilitation, which have provided self-confidence and return to daily activities.

Key-words: myocardial revascularization, quality of life, cardiac rehabilitation.

Recebido em 12 de março de 2008; aceito em 19 de agosto de 2008.

Endereço para correspondência: Marcus Vinícius de Mello Pinto, E-mail: orofacial@funec.br

Introdução

A reabilitação cardíaca (RC) é o processo de desenvolvimento e manutenção do nível desejável de atividade física, social e psicológica após o início da doença coronária sintomática. Os maiores objetivos são: melhora da capacidade funcional e da qualidade de vida, mudança de hábitos após evento coronário, modificação dos fatores de risco e redução dos índices de mortalidade.

Os benefícios ocorrem a partir de oito semanas, destacando-se os aumentos entre 30% e 40% do consumo máximo de oxigênio e entre 30% e 35% na capacidade de exercício.

Melhora da qualidade de vida e estabilidade psicológica também são relatadas após período de 3 a 6 meses [1].

A avaliação da qualidade de vida (QV) é de suma importância, uma vez que permite perceber o impacto que a doença e as terapêuticas têm nas diferentes áreas de funcionamento do doente, estendendo-se desde o nível somático, com a avaliação dos sintomas físicos, a capacidade funcional e o sono, até à avaliação das respostas emocionais, da capacidade de recreação e sensação de bem-estar.

A fase I da RC aplica-se ao paciente internado. É o passo inicial em direção a uma vida ativa e produtiva. Devem predominar a combinação de exercício físico de baixa intensidade, técnicas para o controle do estresse e programas de educação em relação aos fatores de risco. O programa, nesta fase, objetiva que o paciente tenha alta hospitalar com as melhores condições físicas e psicológicas possíveis, munido de informações referentes ao estilo saudável de vida.

O presente estudo teve como objetivo avaliar a qualidade de vida em pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio que participaram do programa de reabilitação cardíaca fase I, através do questionário WHOQOL-Bref.

Fatores de risco para doença cardiovascular

A doença cardiovascular (DC) é multifatorial e sistêmica, ligada a fatores hereditários, ambientais e de comportamento [2].

É nesse conjunto de fatores de risco que a RC atua, em nível primário tentando diminuir a incidência da doença arterial coronariana (DAC), e em nível secundário pela redução da morbidade e mortalidade. A prática de exercícios físicos, isoladamente, parece trazer benefício pequeno em relação à morbidade e mortalidade na DAC. Ocorre diminuição mais significativa destas taxas com a associação do exercício à correção dos vários fatores de risco cardiovasculares e mudanças dos hábitos de vida [3].

Um dos principais fatores de risco para complicações cardiovasculares é a hipertensão arterial sistêmica (HAS), pois atua diretamente na parede das artérias, podendo produzir lesões. Daí a importância do tratamento anti-hipertensivo na redução da morbidade e mortalidade cardiovasculares [4].

A HAS é o fator mais importante: 80% das mortes por acidente vascular cerebral estão associadas à hipertensão arte-

rial, enquanto que 40% das mortes por doenças coronarianas se acompanham de hipertensão. Além disso, a doença hipertensiva causa diretamente a morte de 5% dos que morrem por doenças cardiovasculares [5].

Infarto agudo do miocárdio

Entre as doenças cardiovasculares, a de maior incidência é a DAC cujas principais manifestações clínicas são a angina pectoris, o infarto agudo do miocárdio (IAM) e a morte súbita [3].

Aspectos como utilização de novas tecnologias de reconhecida eficácia, admissão em uma unidade de terapia intensiva, tempo decorrido entre o início dos sintomas e o primeiro atendimento têm mostrado importante impacto na redução da letalidade por IAM [6].

A indicação de cirurgia de revascularização do miocárdio (CRVM) precoce, realizada logo após o IAM, tem sido amplamente discutida com base em observações clínicas, sem que haja consenso sobre os riscos e benefícios deste procedimento, bem como, sobre o intervalo de tempo ideal entre o procedimento e o IAM. Durante muito tempo a revascularização precoce foi considerada de risco. Entretanto, mais recentemente, têm sido registrados baixos índices de morbi-mortalidade em pacientes operados nos primeiros dias ou semanas após o IAM [7].

Cirurgia de revascularização do miocárdio

A introdução a CRVM, há mais de duas décadas, possibilitou uma nova e eficaz terapêutica a pacientes com doença arteriosclerótica avançada, com alívio sintomático em grande número de pacientes e aumento da sobrevida em alguns subgrupos [8].

Na CRVM um vaso sangüíneo (geralmente a veia safena e/ou a artéria mamária interna) é anastomosado com a artéria coronária; distal ao ponto ocluído, e a aorta ascendente, de forma a isolar o local do vaso obstruído e restabelecer a perfusão da artéria coronária. O objetivo da revascularização do miocárdio é aliviar a angina e preservar a função do miocárdio [9].

A cirurgia é uma das opções no tratamento cirúrgico destes indivíduos e tem como objetivos: prolongar a vida, promover alívio da dor de angina e melhorar a qualidade de vida dos pacientes [10].

Reabilitação cardíaca

Apesar de ser considerada modalidade terapêutica segura, no Brasil os benefícios dos programas estruturados de reabilitação são ainda pouco mobilizados em prol dos pacientes. [11]

Os estudos atuais permitem afirmar que a RC tem resultados significativos tanto no prolongamento da sobrevida com qualidade, no controle das alterações patológicas, como na

regressão da placa arterosclerótica do indivíduo com DAC. Isso permite o retorno mais rápido às atividades laborativas, redução no número de re-internações hospitalares e redução nos custos a longo prazo [12].

Idealizada inicialmente para portadores de DAC, a RC abrange também os pacientes com HAS, doença arterial periférica, valvopatia, cardiopatia congênita, particularmente na sua fase pós-operatória e, mais recentemente, insuficiência cardíaca e transplante cardíaco [13].

Os programas de reabilitação cardiovascular normalmente compreendem três ou quatro fases distintas de atuação [14].

Inicialmente a fase I compreende o período de convalescença ou fase hospitalar. Esta deve ter sua duração em torno de 7 a 14 dias e tem seu início em até 24 horas após o desaparecimento dos sintomas ou de eventuais complicações. Sua finalidade é inspirar confiança ao paciente, reduzir a tensão e o medo, evitar a ocorrência de trombozes venosas, atelectasias pulmonares e reduzir os malefícios do repouso sobre a capacidade física [15]. Inicia-se após o paciente ter sido considerado compensado clinicamente.

A fase II se inicia quando o paciente tem alta hospitalar e volta para casa. Nesta fase, o paciente deve ser submetido a trabalho de equipe multidisciplinar que objetive, além da prática orientada e supervisionada de exercícios, fornecer orientação nutricional e esclarecimentos [16]. Em relação à fase III da reabilitação cardiovascular, sugere-se também o emprego de atividades para o ganho de flexibilidade, elasticidade muscular, força e resistência muscular, capacidade cardiorespiratória, bem como da melhora da composição corporal. Tais atividades têm como finalidade gerar incrementos nos componentes da aptidão física, facilitando a realização das atividades físicas diárias [17]. A fase IV é considerada como sendo de manutenção a longo prazo. Nesta fase devem ser enfatizados tipos diferentes de exercícios de força e resistência muscular, bem como a independência do paciente [18].

Qualidade de vida

A qualidade de vida (QV) está diretamente relacionada com a recuperação depois da cirurgia cardíaca, em especial à dimensão física. O indicador de uma baixa qualidade de vida após a cirurgia cardíaca é uma deficiente recuperação do estado funcional, ainda no período hospitalar [19].

A QV foi definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” [20].

Assim, inicialmente, foi desenvolvido um instrumento de avaliação de QV com 100 questões (o WHOQOL-100). O desenvolvimento do WHOQOL-100 seguiu a metodologia envolvendo a participação de vários países, representando diferentes culturas, tendo sido desenvolvida uma versão brasileira [21].

A necessidade de instrumentos curtos que demandem pouco tempo para seu preenchimento, mas com características psicométricas satisfatórias, fez com que o Grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolvesse uma versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-Bref [20].

Dados demonstram que o impacto do treinamento físico associado à mudança de estilo de vida diminuiu a mortalidade cardíaca de 20 a 35%. A redução na mortalidade aumenta a longevidade, aumentando a expectativa de vida; com isto a preocupação em estudar a qualidade de vida das pessoas [12].

Materiais e métodos

Onze indivíduos de ambos os sexos com faixa etária compreendida entre 33 e 73 anos que foram submetidos à cirurgia de revascularização Miocárdica participaram do programa de reabilitação cardíaca fase I do Hospital Prontocor, Muriaé – MG.

Foi entregue a todos os participantes o questionário autopreenchível, WHOQOL-Bref, composto de 26 questões, após a realização da CRVM.

O questionário utilizado consta de 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original [20]. Estas 24 questões são agrupadas em quatro domínios: físico (7 itens), psicológico (6 itens), relações sociais (3 itens) e meio ambiente (8 itens).

O instrumento não admite um escore total de QV, portanto cada domínio é pontuado de forma independente, entretanto o questionário permite a obtenção de um escore bruto para cada domínio.

Assim, após o cálculo do escore bruto é possível obter uma média geral de cada domínio e dessa forma, o escore pode variar de zero a cem, sendo que quanto maior o valor, melhor é o domínio de qualidade de vida avaliado.

A pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Hospital Prontocor e da Faculdade de Minas – FAMINAS.

Resultados

A média de idade da população de estudo foi de 57,72 anos, sendo 63,64% do sexo masculino com média de idade de 61,85 anos e o restante 36,36% pertencentes ao sexo feminino com média de idade de 50,5 anos.

Em relação ao preenchimento correto do questionário WHOQOL-Bref, 36,40% dos participantes foram capazes de realizar o preenchimento sem auxílio. Já 63,60% necessitaram do auxílio do entrevistador.

Nas tabelas abaixo, pode-se observar a análise das perguntas presentes no questionário de acordo com as opções de resposta.

Ao serem questionados sobre como avaliavam sua qualidade de vida, 63,6% dos pacientes classificam sua qualidade de vida como boa (Tabela I).

Tabela I - Distribuição percentual frente à primeira questão do WHOQOL- Bref.

Situação	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito Boa
Como você avaliaria sua qualidade de vida	0%	0%	27,3%	63,6%	9,1%

Tabela II - Distribuição percentual frente à segunda questão do WHOQOL-Bref.

Situação	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
Satisfação com a sua saúde	0%	0%	9,1%	63,6%	27,3%

Tabela III - Distribuição percentual frente às questões de 3 a 9 do WHOQOL-Bref.

Situação	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
Dor como fator limitante	0%	27,30%	27,30%	45,40%	0%
Necessidade tratamento médico	0%	18,20%	18,20%	54,50%	9,10%
O quanto você aproveita a vida	0%	27,30%	36,30%	27,30%	9,10%
Sua vida tem sentido	0%	9,10%	9,10%	36,40%	45,40%
Capacidade de concentração	0%	9,10%	54,50%	27,30%	9,10%
Segurança com vida diária	0%	36,30%	27,30%	27,30%	9,10%
Quão saudável é o seu ambiente físico	0%	0%	18,20%	36,40%	45,40%

Tabela IV - Distribuição percentual frente às questões de 10 a 14 do WHOQOL-Bref.

Situação	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Energia suficiente para seu dia-a-dia	0%	0%	63,60%	36,40%	0%
Você é capaz de aceitar sua aparência física	9,10%	0%	27,30%	36,30%	27,30%
Dinheiro suficiente para suas necessidades	0%	27,30%	45,40%	18,20%	9,10%
Informações disponíveis para seu dia-a-dia	0%	0%	9,10%	63,30%	27,30%
Oportunidades de atividade de lazer	9,10%	27,30%	9,10%	54,40%	10,00%

Tabela V - Distribuição percentual frente à décima quinta questão do WHOQOL-Bref.

Situação	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
Capacidade de locomoção	0%	0%	18,20%	18,20%	63,30%

Tabela VI - Distribuição percentual frente às questões 16 a 25 do WHOQOL-Bref.

Situação	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
Satisfação com sono	0%	27,30%	45,40%	18,20%	9,10%
Satisfação no desempenho atividades vida diária	0%	18,20%	63,60%	18,20%	0%
Capacidade para trabalho	18,20%	27,30%	36,30%	18,20%	0%
Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo	0%	0%	0%	90,90%	9,10%
Satisfação com suas relações pessoais	0%	0%	9,10%	54,40%	36,40%
Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual	0%	18,20%	18,20%	9,10%	0%
Satisfação com apoio dos amigos	0%	0%	9,10%	54,40%	36,40%
Satisfação com moradia	0%	0%	0%	63,60%	36,40%
Satisfação com acesso ao serviço de saúde	0%	0%	27,30%	45,40%	27,30%
Satisfação com meio de Transporte	0%	0%	27,40%	36,30%	36,30%

Tabela VII - Distribuição percentual frente a vigésima sexta questão do WHOQOL-Bref.

Situação	Nunca	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito freqüentemente	Sempre
Freqüência de sentimentos negativos	45,40%	45,40%	9,20%	0%	0%

Em relação à satisfação com sua saúde, os pacientes revelam satisfação, já que 63,3% assinalaram essa alternativa e 27,3% se consideram muito satisfeitos (Tabela II).

As questões de 3 a 9 apresentam como opção de resposta nada-muito-mais ou menos-bastante e extremamente. O percentual geral obtido em cada questão se apresenta na Tabela III.

As questões de 10 a 14 têm como opção de resposta: nada-muito pouco-médio-muito e completamente, assim, na Tabela IV, apresentamos os percentuais gerais obtidos nessas questões.

Em relação à capacidade de locomoção, esse não foi um fator que obteve prejuízo após a CRVM, já que 63,60% dos pacientes revelaram que sua capacidade para locomoção está muito boa (Tabela V).

As questões de 16 a 25 têm como opção de resposta muito insatisfeito-insatisfeito-nem satisfeito, nem insatisfeito-satisfeito-muito satisfeito. As respostas obtidas se mostram na forma de percentuais gerais, conforme Tabela VI.

Quando questionados em relação à frequência com que sentem sentimentos negativos, tais como ansiedade e depressão, observa-se que apenas 9,20% dos pacientes têm esses sentimentos frequentemente e 45,40% nunca ou algumas vezes. (Tabela VII)

Em relação à pontuação frente aos domínios do questionário utilizado, realizou-se a distribuição da pontuação obtida por cada indivíduo (Tabela VIII).

Tabela VIII - Distribuição absoluta dos escores brutos frente a cada domínio.

	Físico	Psicológico	Relações sociais	Meio ambiente
Indivíduo 1	21	26	8	40
Indivíduo 2	25	23	12	37
Indivíduo 3	18	24	8	27
Indivíduo 4	18	24	8	27
Indivíduo 5	26	22	11	25
Indivíduo 6	19	21	6	25
Indivíduo 7	23	25	12	33
Indivíduo 8	18	23	11	29
Indivíduo 9	20	21	10	30
Indivíduo 10	23	22	10	31
Indivíduo 11	22	21	16	32

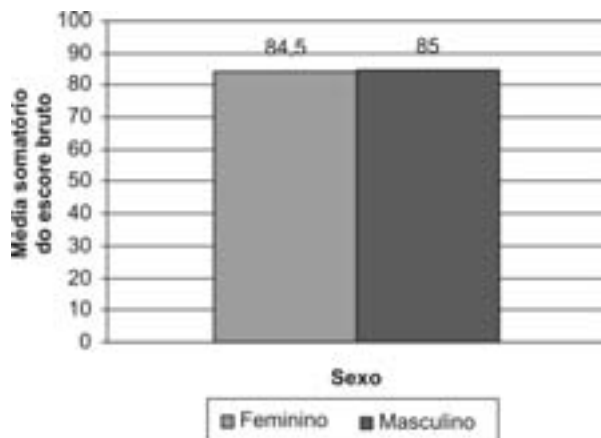
A Tabela IX mostra a média do escore bruto obtido em cada domínio de acordo com o sexo.

Tabela IX - Média (desvio padrão) do escore bruto de cada domínio, segundo sexo.

Domínios	Sexo	
	Masculino	Feminino
Físico	20 (2.08)	23.2 (3.09)
Psicológico	23.4 (1.90)	22 (0.81)
Relações sociais	10.4 (2.93)	9.7 (2.62)
Meio ambiente	31.1 (4.52)	29. (5.74)

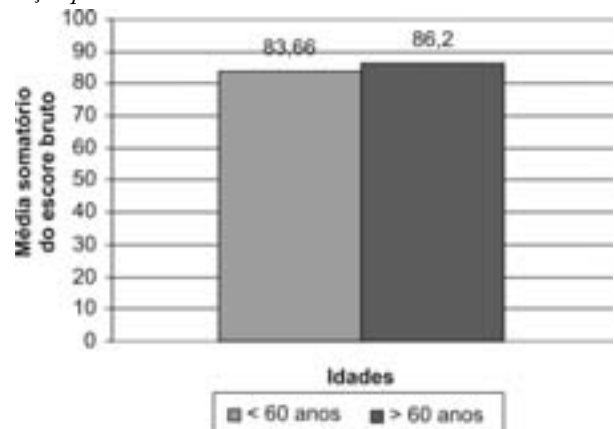
Ao estratificar por gênero percebe-se que os indivíduos do sexo masculino mostraram índices maiores de qualidade de vida com relação ao sexo oposto, entretanto esses valores permaneceram muito próximos demonstrando qualidade de vida adequada para ambos os sexos (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Média geral do somatório dos domínios, estratificado por sexo.



Ao dicotomizar por faixa etária percebe-se que os indivíduos acima de 60 anos relataram melhor qualidade de vida em relação aos menores que 60 anos (Gráfico 2).

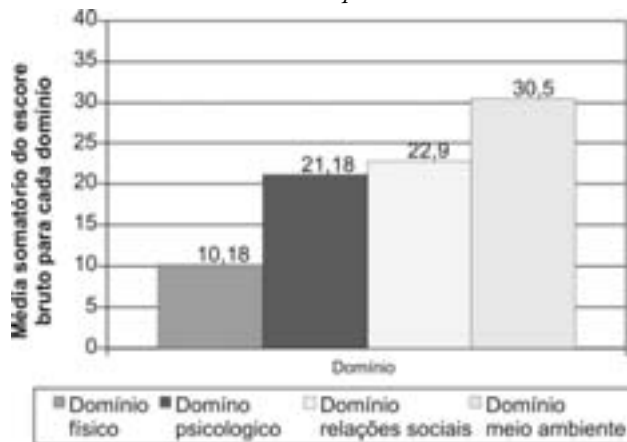
Gráfico 2 - Média geral do somatório dos domínios após dicotomização por idade.



Ao examinar cada dimensão, observa-se que o maior escore dentre os domínios foi alcançado pelo escore meio ambiente, com média de 30,5%. Logo após, o domínio relações pessoais com média 22,5%. O domínio psicológico e o domínio

físico se mostram posteriormente com médias de 20,18% e 10,18%, respectivamente.

Gráfico 3 - Média do escore bruto para cada domínio.



A média e a mediana do escore geral foram 84,81 (dp = 8,37) e 84 pontos, respectivamente, demonstrando boa qualidade de vida entre os participantes. A faixa de pontuação obtida nos escores brutos do WHOQOL variou de 71 a 97.

Discussão

Apesar dos receios provenientes da cirurgia e de todo o processo pós-operatório, observou-se, após a realização da cirurgia, que os pacientes sentiam-se satisfeitos de forma geral. Estes resultados suportam os achados, que estudaram 862 pacientes provenientes de CRVM e submetidos à fase I da RC [22]. Em relação à satisfação com sua saúde, este estudo identifica a mesma porcentagem em relação à satisfação com a qualidade de vida. O autor ainda revela que tais pacientes haviam retornado às atividades diárias mais rapidamente por sentirem-se preparados fisicamente para este retorno e emocionalmente estáveis, semelhantes aos nossos resultados.

É relatado que os pacientes que passaram pela reabilitação cardíaca não perceberam benefícios além daqueles decorrentes do procedimento cirúrgico [23]. Tais pacientes foram entrevistados 6 meses e 1 ano após a cirurgia e tiveram suas respostas equiparadas aos pacientes que não passaram pela reabilitação.

Em nosso estudo, observa-se que a dor física ainda é um limitante das atividades. A dor do paciente reduz a movimentação, evita respiração profunda, e interrompe o sono, provocando desgaste físico e menor motivação para o tratamento [24].

Observou-se que os pacientes que passaram pela reabilitação cardíaca no período hospitalar, relataram ganhos no campo emocional mesmo tendo sido entrevistados 6 meses após a cirurgia [25].

De acordo com um determinado estudo, os pacientes relataram (12%) comprometimento de funções intelectuais,

como a memória [14]. Em nosso estudo, esta não foi uma variável que mostra insatisfação por parte dos pacientes.

Com relação à alteração no padrão de humor, relatada no grupo estudado como tristeza, depressão e desânimo, alguns autores referem que no período pós-operatório do paciente revascularizado são comuns crises de choro e momentos de tristeza por se tratar de um tempo de reflexão para o doente que costuma analisar sua vida anterior [26]. Em nosso estudo a grande maioria revela nunca ter sentimentos negativos. Este é um resultado que leva em consideração o bom nível de satisfação revelado em outros aspectos, tais como: segurança no dia-a-dia, condições favoráveis de moradia e transporte, acesso aos serviços de saúde e apoio de amigos e familiares.

Na categoria locomoção, os pacientes revelam que estão satisfeitos. Por isso, a importância da reabilitação cardíaca em todos os aspectos, incluindo realização de um plano educacional e orientação para alta hospitalar, além disso, o paciente ao receber alta hospitalar, deve estar confiante em sua capacidade de enfrentar a situação doméstica [13].

No presente estudo os pacientes revelam insatisfação moderada em relação à capacidade de trabalho por não estarem aptos ao retorno de suas atividades.

Quanto às atividades sexuais, revela-se que após cirurgia de RVM, há tendência ao não retorno à vida sexual na população estudada [18]. Esta situação pode ser evidenciada em nosso estudo, já que entre aqueles que responderam esse quesito, apenas uma pequena parcela mostra-se satisfeito com sua vida sexual.

Conclusão

Após um mês da realização da cirurgia de revascularização miocárdica, a avaliação de qualidade de vida dos participantes deste estudo revela que a autoconfiança foi devolvida, trazendo melhor perspectiva de vida e segurança para a retomada das atividades da vida diária.

Os participantes encontravam-se física e emocionalmente melhores, referindo benefícios trazidos pela reabilitação cardíaca. Isto leva a concluir a importância de estudos qualitativos e quantitativos para orientar a elaboração de demais estratégias que maximizem os efeitos da reabilitação cardíaca em todos os grupos de pacientes.

Referências

1. Carvalho T. Diretriz de reabilitação cardiopulmonar e metabólica: aspectos práticos e responsabilidades. *Arq Bras Cardiol* 2006;86(1):313-18.
2. Silva MAD, Souza AGMR, Schargodsky H. Fatores de risco para infarto do miocárdio no Brasil: estudo FRICAS. *Arq Bras Cardiol* 1998;71(5):667-75.
3. Colombo RCR, Aguillar OM. Estilo de vida e fatores de risco de pacientes com primeiro episódio de infarto agudo do miocárdio. *Rev Latinoam Enfermagem* 1997;5(2):69-82.

4. Loliol CA, Pereirall JCR, Lotufoll PA, Souza JMP. Hipertensão arterial e possíveis fatores de risco. *Rev Saúde Pública* 1993;27(5):357-62.
5. Iglézias JCR, Oliveira JL, Fels KW, Dallan LA, Stolf NAG, Oliveira SA, et al. Fatores prognósticos na revascularização do miocárdio em pacientes idosos. *Rev Bras Cir Cardiovasc* 1997;12(4):325-34.
6. Melo ECP, Travassos CMR, Carvalho MS. Infarto agudo do miocárdio no Município do Rio de Janeiro: qualidade dos dados, sobrevida e distribuição espacial. *Epidemiol Serv Saúde* 2007;16(2):121-23.
7. Jatene FB, Nicolau JC, Hueb AC, Atik FA, Barafiole LM, Murta CB, et al. Fatores prognósticos da revascularização na fase aguda do infarto agudo do miocárdio. *Rev Bras Cir Cardiovasc* 2001;16(3):195-202.
8. Costa IA. Conferência História da cirurgia cardíaca brasileira. *Rev Bras Cir Cardiovasc* 1998;13(1):1-7.
9. Galdeano LE. Diagnóstico de enfermagem de pacientes no período transoperatório de cirurgia cardíaca. *Rev Latinoam Enfermagem* 2003;11(2):199-206.
10. Kalil RAK. Coronary artery surgery in patients with diabetes mellitus. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2007;51(2):143-6.
11. Oliveira ALB, Vanderlei LCM. A importância da fase de aquecimento em programas ambulatoriais de exercícios físicos para pacientes cardíacos. *Rev Soc Cardiol* 2002;12 Suppl 5:10-15.
12. Borges JBC, Ferreira DLMP, Carvalho SMR, Martins AS, Andrade RR, Silva MAM. Avaliação da intensidade de dor e da funcionalidade no pós-operatório recente de cirurgia cardíaca. *Braz J Cardiovasc Surg* 2006;21(4):393-402.
13. Regenga MM. *Fisioterapia em Cardiologia: da unidade de terapia intensiva à reabilitação*. São Paulo: Roca; 2000.
14. Dantas RAS, Aguillar OM. Problems during the recovery of patients following coronary artery bypass surgery: the follow-up by nurses in the first month after hospital discharge. *Rev Latinoam Enfermagem* 2001;9(6):31-36.
15. Carvalho T. Cardiovascular rehabilitation of patients with ischemic heart disease undergoing medical treatment, percutaneous transluminal coronary angioplasty, and coronary artery bypass grafting. *Arq Bras Cardiol* 2001;88(1):2468-82.
16. Cortez AA. Reabilitação cardiopulmonar e metabólica: aspectos práticos e responsabilidades. *Rev Bras Med Esporte* 2005;(11)6:313-8.
17. Silva LHF, Nascimento CS, Viotti LAP. Revascularização do miocárdio em idosos. *Rev Bras Cir Cardiovasc* 1997;12(2):132-40.
18. Dantas RAS, Aguillar OM, Barbeira CBS. Retorna as atividades ocupacionais e sexuais após cirurgia de revascularização do miocárdio. *Rev Latinoam Enfermagem* 2001;9(4): 26-31.
19. Zannon CLMC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Pública* 2004;20(2):580-588.
20. Fleck MPA. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev Saúde Pública* 2000;34(2):178-83.
21. Fleck MPA. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2003;37(6):793-9.
22. Pasquali SK, Alexander KP, Coobs LP, Lytle BL, Peterson ED. Effect of cardiac rehabilitation on functional outcomes after coronary revascularization. *Am Heart J* 2003; 145(3):445-51.
23. Rigotto AM. *Contextualizando e repensando qualidade de vida em cardiologia [dissertação]*. Cascavel: Faculdade Assis Gurgacz; 2006.
24. Lion LAC, Cruz PM, Albanesi FM. Estudo retrospectivo dos efeitos de um programa de reabilitação. *Arq Bras Cardiol* 1997;68(1):13-19.
25. Duarte GM, Alfieri RG. *Exercício e o coração*. 2a ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 1993.
26. Senra DF, Iasbech JA, Oliveira. Pós-operatório em cirurgia cardíaca de adultos. *Rev Soc Cardiol* 1998;8(3):446-54.