



Fatores associados a um impacto na qualidade de vida pós-revascularização miocárdica

Factors associated with impacts on quality of life after myocardial revascularization

Andressa Rodrigues de Souza¹, Carla Lorena Ferreira de Albuquerque¹, Flávio Antônio Silva¹, Regimar Carla Machado¹

Objetivo: analisar evidências científicas que abordem fatores associados a um impacto na qualidade de vida de pacientes submetidos à revascularização miocárdica. **Métodos:** revisão integrativa, realizada nas bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online/Pubmed*, *Web of Science*, *Scopus*, *Science Direct*, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e *Scientific Electronic Library Online*. **Resultados:** selecionados oito estudos, predominando os coorte prospectivos, publicados nos anos de 2003 a 2013. A piora na qualidade de vida foi determinada pelos instrumentos *Medical Outcomes Short-Form-36 Health Survey - SF-36* e *Item Health Survey - RAND-36*, e os fatores de impacto foram: idade >75 anos, sexo feminino, história prévia de infarto do miocárdio ou angina de peito e associação de comorbidades como diabetes mellitus e depressão. **Conclusão:** fatores como extremo de idade e sexo feminino se destacaram na piora da qualidade de vida de pacientes submetidos à revascularização do miocárdio.

Descritores: Revascularização Miocárdica; Qualidade de Vida; Período Pós-Operatório; Avaliação de Resultado de Intervenções Terapêuticas.

Objective: to analyze the scientific evidence addressing factors associated with impacts on the quality of life of patients submitted to myocardial revascularization. **Methods:** integrative review, conducted in the databases *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online/Pubmed*, *Web of Science*, *Scopus*, *Science Direct*, Latin American and Caribbean Health Sciences and *Scientific Electronic Library Online*. **Results:** eight studies were selected, mostly prospective cohorts, published in the years 2003 to 2013. The worsening of quality of life was determined by the instruments *Medical Outcomes Short-Form-36 Health Survey - SF-36* and *Item Health Survey - RAND-36*, and the impact factors were age above 75, previous history of myocardial infarction or angina pectoris, and association of comorbidities such as diabetes mellitus and depression. **Conclusion:** factors such as extreme age and female gender were highlighted in the worsening of the quality of life of patients who had undergone myocardial revascularization.

Descriptors: Myocardial Revascularization; Quality of Life; Postoperative Period; Evaluation of Results of Therapeutic Interventions.

¹Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, SP, Brasil.

Autor correspondente: Andressa Rodrigues de Souza
Rodovia Washington Luís, km 235 - SP-310. Universidade Federal de São Carlos - CEP: 13565-905. São Carlos, SP, Brasil. E-mail: andressaenf@gmail.com

Introdução

As principais medidas terapêuticas para as doenças cardiovasculares são a farmacológica, a prática de atividade física, nutricional e a cirúrgica cardíaca. Dentre os procedimentos cirúrgicos cardíacos, destaca-se a revascularização do miocárdio que se caracteriza como um procedimento realizado nos casos de obstrução das artérias coronárias e tem como finalidade desobstruir e retomar o fluxo sanguíneo desses vasos⁽¹⁾.

Os principais fatores de risco para doenças coronarianas são a hipertensão arterial sistêmica, o diabetes mellitus, dislipidemias, idade, gênero, hereditariedade, sobrepeso e obesidade, sedentarismo e tabagismo. Estes fatores de risco presentes no mesmo paciente aumentam as chances de ocorrer complicações cardíacas, como as isquemias, necessitando, assim, da cirurgia de revascularização miocárdica⁽²⁾. Contudo, a revascularização do miocárdio pode interferir em diversos aspectos da vida do indivíduo com possíveis implicações em sua qualidade de vida⁽³⁾.

A avaliação da qualidade de vida é uma forma de observar como o indivíduo reconhece e percebe seu estado de saúde. Dessa forma, a utilização desse recurso fornece subsídios para realização de pesquisas, testes de natureza diagnóstica ou até mesmo de cunho investigativo como os exames laboratoriais⁽⁴⁾.

Informações contraditórias são levantadas na literatura científica quanto à melhoria da qualidade de vida do paciente submetido à revascularização do miocárdio. Essas diferenças devem-se principalmente aos diferentes momentos em que os estudos foram conduzidos, pelos recursos terapêuticos disponíveis e também pelas diferentes ferramentas utilizadas na avaliação da qualidade de vida dos pacientes. Ao passo que há melhora de múltiplos componentes, tais como capacidade funcional e limitação física, vitalidade, aspectos emocionais, aspectos sociais e estado geral de saúde⁽⁵⁻⁸⁾, há também a interferência de alguns aspectos essenciais na manutenção da qualidade de vida, como a presença de dor pós-operatória intensa⁽⁹⁾,

complicações pulmonares pós-operatórias (derrame pleural, atelectasia, pneumotórax, embolia pulmonar, insuficiência respiratória pulmonar aguda, e broncopneumonia)⁽¹⁰⁾, *deficit* cognitivo⁽¹¹⁾ e alterações psicológicas como ansiedade e depressão⁽¹²⁾.

Com base no exercício profissional, compete à enfermagem realizar a assistência direta aos pacientes em pós-operatório. Em razão disso, estudos sobre a qualidade de vida e a prática clínica nos serviços de saúde têm sido um importante processo para tomada de decisão clínica e determinação do benefício terapêutico, sobretudo após a cirurgia de revascularização miocárdica. Essa questão requer desses profissionais uma avaliação fidedigna dos mecanismos que incidem de forma negativa na qualidade de vida para subsidiar um planejamento de intervenções assertivas na promoção do bem-estar do paciente e contribuir efetivamente para a diminuição do número de reinternações e aumento do índice de sobrevida dessa clientela. Destarte, o objetivo deste estudo foi analisar evidências científicas que abordem fatores associados a um impacto na qualidade de vida de pacientes submetidos à revascularização miocárdica.

Métodos

Trata-se de revisão integrativa da literatura, percorrendo seis fases: 1) Identificação do tema e elaboração da pergunta de pesquisa; 2) Amostragem ou estratégia de busca na literatura; 3) Extração dos dados dos estudos primários; 4) Avaliação dos estudos incluídos; 5) Análise dos resultados; 6) Síntese do conhecimento e apresentação da revisão integrativa⁽¹³⁾.

Inicialmente, utilizou-se a estratégia *P-Population; I-Intervention; C-Comparison; O-Outcome* (PICO) de acordo com as diretrizes do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA)⁽¹⁴⁾. Contudo, uma modificação foi implementada no acrônimo de modo a atender e preencher campos relevantes para a elaboração da pergunta norteadora desta revisão⁽¹⁵⁻¹⁶⁾, compondo: P-População (Pacientes

em pós-operatório de revascularização do miocárdio); I-Fenômeno de interesse (Fatores associados a um impacto negativo na qualidade de vida de pacientes submetidos à revascularização do miocárdio); C-Contexto do estudo (Pacientes acompanhados por até 1 ano após o procedimento cirúrgico); O-Desfechos Primários (Identificação das variáveis de maior impacto na qualidade de vida do paciente submetido à revascularização do miocárdio, mensuradas quantitativamente por escalas validadas) e Secundários (Prevenção de complicações físicas e mentais decorrentes de fatores que impactam negativamente na qualidade de vida e aumentem os índices de morbimortalidade do paciente).

Assim, a pergunta de revisão, elaborada com base na estratégia PICO, foi: Quais os fatores associados a um impacto negativo na qualidade de vida de pacientes submetidos à revascularização do miocárdio, mensurados quantitativamente por escalas validadas?

Os estudos foram identificados em seis bases de dados eletrônicas: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) via *Pubmed*, *Web of Science*, *Scopus*, *Science Direct*, *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). A estratégia de busca avançada foi conduzida em agosto de 2017, seguida de remoção dos estudos primários identificados em duplicidade. Em janeiro de 2018, procedeu-se a uma atualização da estratégia de busca nas respectivas bases de dados eletrônicas.

Foram selecionados descritores dos vocabulá-

rios controlados de cada base de dados, tais como *MeSH terms – Pubmed e* Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) no LILACS e SciELO, assim como descritores não controlados (palavras-chave) nas bases *Web of Science*, *SCOPUS e Science Direct*. Posteriormente, todos os descritores controlados e não controlados foram combinados entre si, utilizando-se os conectores booleanos “AND” e “OR”. Os protocolos de busca são apresentados na Figura 1.

Foram considerados os estudos que apresentassem acompanhamento dos aspectos da qualidade de vida em pacientes submetidos à revascularização do miocárdio, por um período pós-operatório de até um ano; sem delimitação de recorte temporal das publicações; nos idiomas inglês, espanhol e português; que contivessem escalas de qualidade de vida validadas; e que apresentassem fatores conclusivos de impacto negativo da qualidade de vida dos pacientes após revascularização miocárdica. Foram excluídos estudos com abordagem qualitativa; que contivessem pacientes na faixa etária de 0 a 18 anos; duplicados; e os que não incluíssem a revascularização do miocárdio como o único procedimento cirúrgico cardíaco.

Para a seleção dos estudos, dois revisores independentes (A.R.S e C.L.F.A) analisaram os títulos e os resumos das publicações identificadas nas bases de dados. Os estudos primários foram classificados como sendo para a inclusão, eventual inclusão e exclusão. Em caso de dúvida ou discordância, um terceiro revisor (F.A.S) foi solicitado para emitir parecer sobre a inclusão ou não do estudo.

Base de dados	Protocolo de busca
Medline/PubMed	<i>(Quality of Life OR Life Quality) AND (Myocardial Revascularization OR Internal mammary artery bypass grafts) AND Postoperative Period) AND (Treatment Outcome OR valuation of Results of Therapeutic Interventions)</i>
Web of Science	<i>(“Quality of Life” AND “Myocardial Revascularization” OR “Internal mammary artery bypass grafts” AND “Postoperative Period” AND “Treatment Outcome”)</i>
Science Direct	<i>(“Myocardial Revascularization” OR “Internal mammary artery bypass grafts”) and (“Postoperative Period” AND “quality of life”) AND LIMIT-TO(contenttype, “JL,BS”;Journal”)</i>
Scopus	<i>(“Quality of Life” AND “Myocardial Revascularization” OR “Internal mammary artery bypass grafts” AND “Postoperative Period” AND “Treatment Outcome”) AND (LIMIT-TO (DOCTYPE,“ar”))</i>
Lilacs	<i>(“qualidade de vida” AND “revascularização miocárdica”) AND (instance:“regional”) AND (db:(“LILACS”) AND limit:(“humans” OR “female” OR “male” OR “aged” OR “adult”) AND type:(“article”))</i>
SciELO	<i>“qualidade de vida” AND “revascularização miocárdica” AND type: (“research-article”)</i>

Figura 1 – Protocolos de busca nas diferentes bases de dados utilizadas na revisão integrativa

A extração dos dados e a análise dos estudos requereram a utilização de um formulário desenvolvido pelos autores desta revisão, e duas planilhas independentes foram construídas no *Microsoft Word*, as quais compreendiam informações distribuídas em quatro domínios: i) identificação do estudo: título, periódico, ano de publicação, autores, país do estudo, idioma, tipo de publicação; ii) objetivo e características metodológicas; iii) resultados/desfechos primários e secundários; e iv) conclusões e significância clínico-epidemiológica.

Foram acessados 20 artigos na íntegra para elegibilidade, dentre os quais, 12 foram excluídos mediante leitura exaustiva e detecção da não conformidade com os critérios de inclusão deste estudo (três artigos não avaliaram a qualidade de vida dos pacientes; dois artigos eram de idioma russo e um alemão; quatro artigos não apresentaram fatores conclusivos de impacto negativo na qualidade de vida dos pacientes após a revascularização do miocárdio; e dois artigos não abordaram, exclusivamente, a cirurgia de revascularização do miocárdio), restando, assim, oito artigos para o *corpus* de análise (Figura 2).

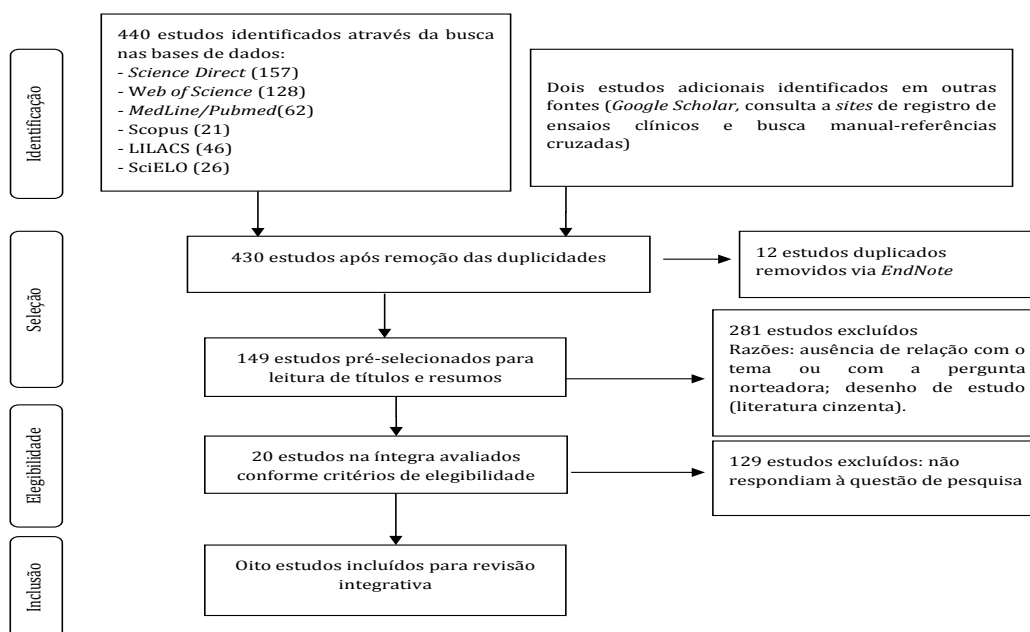


Figura 2 – Fluxograma de seleção dos estudos, conforme recomendação PRISMA⁽¹⁴⁾

Resultados

Inicialmente, 440 artigos foram identificados nas seis bases de dados e outros dois foram inseridos após buscas secundárias manuais via *Google Scholar* e/ou nas referências dos artigos primários selecionados (referências cruzadas). Dessa forma, a busca nas bases de dados rendeu 430 possíveis estudos após a remoção das 12 duplicatas. A maioria dos estudos foi excluída durante o primeiro “*screening*” (281), correspondendo a estudos sem indexação em periódicos (literatura cinzenta); que não abordavam componentes essenciais de interesse deste estudo, tais como

“qualidade de vida” e “revascularização do miocárdio”; e que excederam ao tempo de um ano de acompanhamento dos pacientes submetidos à revascularização miocárdica.

A Tabela 1 apresenta uma síntese das principais características dos estudos incluídos na revisão integrativa⁽¹⁷⁻²⁴⁾. Os estudos foram publicados entre os anos de 2003 e 2013, originários de variados países, como característica do interesse mundial pela investigação na temática de “qualidade de vida”. Dois estudos foram conduzidos nos Estados Unidos da América^(18,23), dois na Finlândia⁽²¹⁻²²⁾, um no Brasil⁽¹⁷⁾, um na Noruega⁽¹⁹⁾, um na Polônia⁽²⁰⁾, e um no Irã⁽²⁴⁾.

Tabela 1 – Caracterização dos estudos incluídos na revisão integrativa

Autoria/País	Amostra (n)/Média de idade (anos)	Instrumento de Qualidade de Vida	Avaliação/Período	Nível de Evidência
Nunes et al. ⁽¹⁷⁾ /Brasil	57/60	SF-36	Pré-operatório e seis meses pós-cirurgia	4
Martin el al. ⁽¹⁸⁾ /EUA	496/64	SF-12	Pré-operatório e seis meses pós-cirurgia	4
Lie et al. ⁽¹⁹⁾ /Noruega	185/62	SF-36	Pré-operatório e seis meses pós-cirurgia	4
Krzychet al. ⁽²⁰⁾ /Polônia	50/54	MacNew QoL	Pré-operatório, 5-7 dias, seis semanas e 10 semanas pós-cirurgia	4
Järvinenet al. ⁽²¹⁾ /Finlândia	508/63	RAND-36	Pré-operatório e 12 meses pós-cirurgia	4
Jarvinenet al. ⁽²²⁾ /Finlândia	508/63	RAND-36	Pré-operatório e 12 meses pós-cirurgia	4
Kereszteset al. ⁽²³⁾ /EUA	80/63	QLI (versão cardíaca)	Pré-operatório, um e três meses pós-cirurgia	4
Taghipouret al. ⁽²⁴⁾ /Irã	112/61	SF-36	12 meses pós-cirurgia	6

SF-36: *Medical Outcomes Short-Form-36 Health Survey*; SF-12: *Medical Outcomes Short Form-12 Health Survey*; MacNew QoL: *MacNew Quality of Life*; RAND-36: *Item Health Survey*; QLI: *Quality of Life Index*

Os estudos selecionados foram classificados segundo o nível de evidência⁽¹⁶⁾, em que se consideraram sete níveis: 1) evidências apresentadas em revisão sistemática ou metanálise de ensaios clínicos randomizados controlados ou diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; 2) evidências de um ensaio clínico randomizado controlado; 3) evidências de ensaios clínicos sem randomização; 4) evidências de estudos de coorte e de caso-controle; 5) evidências de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; 6) evidências de único estudo descritivo ou qualitativo; 7) evidências de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas.

Em 100,0% dos estudos se utilizou a abordagem quantitativa. Predominaram os estudos de coorte prospectivos, compondo sete dos oito artigos (87,5%)⁽¹⁷⁻²³⁾ e apenas um estudo observacional prospectivo descritivo (12,5%)⁽²⁴⁾, demonstrando um perfil majoritariamente longitudinal prospectivo de escolha metodológica para a avaliação da qualidade de vida de indivíduos. Assim, os artigos selecionados apontam, em sua grande maioria, o nível de evidência 4, e ainda que apresentem média evidência científica, segundo o referencial adotado neste estudo⁽¹⁶⁾, configuram o mais adequado desenho metodológico a ser utilizado em investigações de acompanhamento do estilo de vida e/ou satisfação pessoal de indivíduos por longo tempo.

O tamanho amostral dos estudos incluídos variou de 50 a 508 pacientes, com predominância da faixa etária em torno dos 63 anos, caracterizando o cenário atual de prevalência de doenças cardiovasculares, muitas vezes com indicação de cirurgia de revascularização do miocárdio, na faixa etária da terceira idade.

O período de acompanhamento dos pacientes submetidos à revascularização miocárdica e coleta de dados da qualidade de vida percorreu desde o período pré-operatório até 12 meses do pós-operatório. Um estudo avaliou os momentos de 5-7 dias pós-cirurgia⁽¹⁰⁾, assim como 6 e 10 semanas⁽²⁰⁾, outro avaliou os momentos de 1 e 3 meses pós-cirurgia⁽²³⁾; no entanto, os períodos de avaliação que se destacaram foram de 6 meses pós-cirurgia, conduzidos em três estudos⁽¹⁷⁻¹⁹⁾, e de 12 meses também conduzidos em outros três estudos^(21-22,24).

Nesta revisão foram encontrados trabalhos com variação do tipo de instrumento aplicado. Três artigos utilizaram o instrumento SF-36 (*Short-Form-36*)^(17,19,24), sendo um instrumento amplamente aplicado em pesquisas para obtenção de dados objetivos de qualidade de vida dos indivíduos, com 36 questões que versam sobre o estado de saúde geral das pessoas, em subunidades que abordam função física, componentes físicos, dor corpórea, saúde geral, vitalidade, função social, papel emocional e saúde mental; um artigo usou uma versão resumida do SF-36, chamado de SF-12 (*Short Form-12*)⁽¹⁸⁾, com 12 questões de fácil

aplicação, permeando os 8 domínios do SF-36, porém com uma sumarização dos domínios em dois tópicos de “resumo dos componentes físicos” e “resumo dos componentes mentais”; dois artigos trabalharam com o instrumento RAND-36⁽²¹⁻²²⁾, sendo dois estudos desmembrados de um estudo científico original desenvolvido na Finlândia, em que a qualidade de vida é avaliada com valores de referência direcionados à população finlandesa, e que aborda 8 domínios, tais como a saúde geral, função física, componente físico, dor corpórea, bem-estar emocional, componente emocional, função social e energia; um estudo lidou com a escala *MacNew QoL*⁽²⁰⁾, relativo a doenças cardíacas, com 27 questões que permeiam características emocionais dos indivíduos em 14 questões, assim como físicas e sociais em 13 questões; e um artigo aplicou o instrumento *Quality of Life Index (QLI)*⁽²³⁾, com o uso da versão cardíaca desse instrumento, que aborda 32 itens em 4 subescalas de capacidade funcional e saúde, componentes socioeconômicos, componentes psicológicos/espirituais, e família.

Dentre os fatores associados a um impacto negativo na qualidade de vida dos pacientes submetidos à revascularização miocárdica, destacam-se componentes físicos intrínsecos ao paciente, como sexo e idade, em que o sexo feminino mostrou-se mais suscetível a comorbidades no momento da cirurgia cardíaca, o que por si só o caracteriza como um preditor independente de baixa qualidade de vida no pós-operatório⁽¹⁸⁾ pela detecção de menores níveis de atividade física, vitalidade e estado geral da saúde, assim como maiores níveis de falta de ar e depressão⁽²⁴⁾. Apesar disso, outro estudo mostrou que o sexo masculino era mais propenso à depressão, de tal forma a interferir na qualidade de vida no pós-operatório de revascularização do miocárdio⁽¹⁷⁾.

Em relação ao componente idade, verificou-se que o extremo de idade (acima de 75 anos) não somente leva a maiores índices de mortalidade e morbidade pós-operatória cardíaca como também a menores benefícios da cirurgia de revascularização do miocárdio em termos de qualidade de vida⁽²²⁾.

Um estudo que avaliou qualidade de vida nos primeiros dias do pós-operatório de revascularização do miocárdio, assim como algumas semanas depois, verificou que a qualidade de vida piorava consideravelmente nos primeiros dias do pós-operatório, porém com gradual melhora ao longo do tempo⁽²⁰⁾, inferindo que o menor tempo decorrido da cirurgia é um fator de interferência na qualidade de vida do paciente. No entanto, nas semanas subsequentes pós-cirurgia, os aspectos de influência negativa na qualidade de vida foram as presenças de história prévia de infarto agudo do miocárdio e sintomas de angina, além da idade avançada e de riscos pré-operatórios.

Quando a avaliação da qualidade de vida foi feita no período de 6 meses do pós-operatório de revascularização do miocárdio, detectou-se relação de piora da qualidade de vida com o *status* de relacionamento do paciente como “vivendo sozinho”, assim como associação à hospitalização por infarto do miocárdio e presença da isoenzima creatina quinase (CK-MB) no soro sanguíneo. No componente mental, houve piora da qualidade de vida quando o paciente tinha ansiedade e/ou depressão, além da presença de dreno pleural⁽¹⁹⁾.

Já quando decorriam 12 meses do pós-operatório de revascularização do miocárdio, os estudos mostraram que os pacientes apresentavam piora de alguns aspectos avaliados nos instrumentos de qualidade de vida, como dor corpórea, estado geral da saúde, vitalidade, função social e saúde mental⁽²⁴⁾, e que o diabetes mellitus era um fator associado ao impacto negativo na qualidade de vida, uma vez que pacientes diabéticos apresentaram leve redução da qualidade de vida em relação a não diabéticos⁽²¹⁾.

Discussão

A análise dos estudos incluídos nesta revisão forneceu informações relevantes acerca da avaliação da qualidade de vida de pacientes submetidos à revascularização miocárdica. As escalas validadas alicerçadas em evidências científicas consistem em ferramen-

tas objetivas de dados quantitativos com diferentes domínios para essa avaliação.

Adicionalmente, esta revisão apresenta limitação referente ao número restrito de estudos com pacientes brasileiros, contudo maiores estudos possivelmente retratariam os impactos negativos da revascularização miocárdica na qualidade de vida, associando as peculiaridades socioeconômicas e culturais inerentes ao país.

Dando enfoque ao impacto negativo na qualidade de vida, destaca-se os componentes intrínsecos ao paciente, como o sexo e a idade^(17-18,22). Estudo apontou resultados semelhantes ao comparar o sexo feminino com o masculino em termos de qualidade de vida relatada após a cirurgia de revascularização do miocárdio, majoritariamente verificou a suscetibilidade de mulheres a maiores complicações pós-operatórias⁽²⁵⁾. Outro estudo ressalta o impacto afetado no domínio físico referente aos níveis de atividade física, vitalidade e capacidade respiratória⁽²³⁾.

Particularmente no quesito atividade física, uma pesquisa realizada com 55 pacientes submetidos à revascularização miocárdica observou que aqueles que realizavam atividade física antes da cirurgia cardíaca apresentavam menos tempo de hospitalização e menores complicações pós-operatórias, ao ponto que, contrariamente, pacientes que apresentavam estilo de vida sedentário no período pré-operatório obtiveram impacto significativamente negativo no aspecto físico no período pós-operatório⁽²⁶⁾.

Ao avaliar a idade como um fator para a redução da qualidade de vida ao longo do processo de recuperação clínica, pode-se observar em especial os pacientes em faixa etária de extrema idade, como relatado em estudo que abordou pacientes com idade acima dos 75 anos, os quais obtiveram menos benefícios ao apresentarem maiores índices de mortalidade pós-operatória⁽²²⁾. Em vista disso, a população idosa costuma ser avaliada criteriosamente para a indicação de cirurgia de revascularização do miocárdio visando-se proporcionar uma recuperação mais eficaz e segura, interferindo menos nos aspectos relacionados à quali-

dade de vida dessa população⁽²⁷⁾.

Outros componentes associados aos fatores “sexo feminino e idade extrema” que se apresentaram como impactantes na qualidade de vida de pacientes pós-revascularização miocárdica foram as comorbidades no momento da cirurgia, como o infarto agudo do miocárdio reportado em dois estudos desta revisão^(19,21). Estes estudos demonstraram que os pacientes avaliados em poucos dias após a cirurgia e por até seis meses depois apresentaram forte influência da história prévia de infarto agudo do miocárdio na piora da qualidade de vida.

O diabetes mellitus foi considerado como um componente limitante de melhoria da qualidade de vida do paciente pós-revascularização miocárdica em um dos estudos selecionados⁽²¹⁾. Dados semelhantes foram encontrados em outro estudo da literatura, em que se percebeu que o diabetes foi uma das variáveis mais significativas associadas à qualidade de vida prejudicada, no domínio físico, com repercussões nas dimensões que descrevem energia, mobilidade e dor⁽¹⁷⁾. Todavia, para esses pacientes, a literatura demonstra que a cirurgia pode ser melhor em termos de qualidade de vida quando comparada ao tratamento clínico, principalmente em pacientes insulínodos dependentes ou que foram submetidos a enxertos de artérias mamárias⁽²⁸⁾.

Verificou-se que a qualidade de vida poderá ser pior nos primeiros dias após a cirurgia em relação ao pré-operatório⁽²⁰⁾. Tal achado pode ser atribuído ao período de recuperação pós-cirúrgico, que na maioria das vezes está acompanhada de dor acentuada, desconforto físico e insegurança, influenciando diretamente na qualidade de vida. Contudo, outro estudo encontrou resultados divergentes, em que a avaliação da qualidade de vida no domínio físico apresentou pior pontuação antes da revascularização miocárdica, com melhora na pontuação desse domínio no pós-operatório⁽³⁾. Esse resultado pode ser justificado pela melhora nas funções diárias antes desempenhadas com certo grau de limitação.

Relativo ao fator mental de impacto na qualida-

de de vida do paciente submetido à revascularização miocárdica, destaca-se um estudo com enfoque para o componente saúde mental, sinalizando o papel da depressão na interferência negativa sobre a qualidade de vida, principalmente do paciente do sexo masculino⁽¹⁸⁾. Para que tais índices sejam reduzidos, o estudo refere a necessidade de um maior acompanhamento e intervenção psicossocial durante a triagem de rotina ao paciente candidato à cirurgia de revascularização do miocárdio em geral e mais especificamente na atenção ao sexo masculino.

A associação dos fatores apresentados nesta revisão reforça a concepção de que indivíduos submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica sofrem diversas consequências no pós-operatório que impactam sobremaneira na qualidade de vida. Dessa forma, percebe-se a relevância das equipes de enfermagem em atentar para a maneira como as pessoas que viveram a revascularização miocárdica dão continuidade à sua vida após o procedimento, de modo a facilitar a adaptação do paciente a sua nova rotina dentro dos limites impostos pelo tratamento cirúrgico.

O sucesso da cirurgia depende dos cuidados imediatos prestados pela equipe de saúde no trans e pós-operatório, assim como do modo que o indivíduo vai conduzir a sua vida, após a alta hospitalar. Portanto, o período de reabilitação cardíaca é de fundamental importância para que o indivíduo retome suas atividades, como retorno ao trabalho, atividades de lazer, vida sexual, e adote uma atitude de independência mesmo após realizar a cirurgia.

A compreensão dos aspectos determinantes de piora clínica, muitas vezes desencadeada pela redução da qualidade de vida do paciente revascularizado, auxilia na visualização das carências intervencionistas do profissional de saúde para com essa clientela, seja por meio de orientações ou no suporte emocional necessário na fase de reabilitação, incentivo à busca da autonomia e reconstrução de sua identidade após esse evento impactante que é a cirurgia de revascularização do miocárdio.

Conclusão

A revisão aponta fatores físicos e mentais determinantes para a piora da qualidade de vida de pacientes submetidos à revascularização do miocárdio, com destaque para componentes intrínsecos do paciente, como extrema idade (maior que 75 anos) e do sexo feminino. Soma-se a isso a presença de comorbidades do paciente no momento da cirurgia, como história prévia de infarto agudo do miocárdio, sintomas de angina, diabetes mellitus e depressão, que impactam negativamente na qualidade de vida ao longo do pós-operatório.

Colaborações

Souza AR, Albuquerque CLF, Silva FA e Machado RC contribuíram para a concepção e projeto, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Silva BA, Calles ACN, Freire RF. Perfil dos pacientes em pós-operatório de cirurgia de revascularização do miocárdio em um hospital de Maceió. *Cad Grad Ciênc Biol Saúde* [Internet]. 2014 [citado 2018 abr. 13]; 2(2):67-76. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiosauade/article/view/1500>
2. Lima FET, Araújo TL, Lopes MVO, Silva LF, Monteiro ARM, Oliveira SKP. Fatores de risco da doença coronariana em pacientes que realizaram revascularização miocárdica. *Rev Rene* [Internet]. 2012 [citado 2018 mar 13]; 13(4):853-60. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4047/3173>
3. Dal Boni AL, Martinez JE, Saccomann IC. Quality of life of patients undergoing coronary artery bypass grafting. *Acta Paul Enferm*. 2013; 26(6):575-80. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000600011>

4. Sampaio JKVR, Figueiredo Neto JA, Queiroz LLC, Sousa RML, Reis LMCB, Silva FMAM. Impacto na qualidade de vida pós-angioplastia coronariana ou revascularização do miocárdio. *Rev Bras Cardiol [Internet]*. 2013 [citado 2018 mar 13]; 26(5):337-46. Disponível em: <http://www.onlineijcs.org/sumario/26/pdf/v26n5a05.pdf>
5. Moraes CCA, Vidal TMS, Batista BR, França EET, Carneiro Júnior J. Avaliação da capacidade funcional e da limitação física em sujeitos pós-revascularização miocárdica. *Rev Bras Ci Saúde*. 2014; 18(4):297-302. doi: <http://dx.doi.org/10.4034/RBCS.2014.18.04.03>
6. Gois CFL, Dantas RAS, Torрати FG. Qualidade de vida relacionada à saúde, antes e seis meses após a revascularização do miocárdio. *Rev Gaúcha Enferm*. 2009; 30(4):700-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472009000400017>
7. Bittar OJNV. Qualidade de vida após revascularização do miocárdio. *Rev Bras Cir Cardiovasc [Internet]*. 1992 [citado 2018 mar 13]; 7(1):1-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbccv/v7n1/v7n1a01>
8. Takiuti ME, Hueb W, Hiscock SB, Nogueira CRSR, Girardi P, Fernandes F, et al. Quality of life after surgical myocardial revascularization, angioplasty or medical treatment. *Arq Bras Cardiol*. 2007; 88(5):537-44. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2007000500007>
9. Fonseca GGP, Parcianello MK, Zamberlan C, Marinho MGR, Carmo DRP, Siqueira HCH. Pain in the post-operative of myocardial revascularization and its inter-relation with the quality of life. *Rev Pesqui Cuid Fundam Online*. 2013; 5(2):3636-44. doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2013v5n2p3636>
10. Calles ACN, Lira JLF, Granja KSB, Medeiro JD, Farias AR, Cavalcanti RC. Pulmonary complications in patients undergoing coronary artery bypass grafting at a hospital in Maceio, Brazil. *Fisioter Mov*. 2016; 29(4):661-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5918.029.004.ao01>
11. Carrazedo MA, Accetta GG, Pinto RASR, Costa FAA. Avaliação cognitiva em pacientes submetidos à revascularização cirúrgica cardíaca. *Rev Bras Cardiol [Internet]*. 2014 [citado 2018 mar 13]; 27(4):254-9. Disponível em: <http://www.onlineijcs.org/english/sumario/27/pdf/v27n4a04.pdf>
12. Lima FET, Araújo TL, Serafim ECG, Custódio IL. Nursing consultation protocol for patients after myocardial revascularization: influence on anxiety and depression. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2010; 18(3):331-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000300006>
13. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008; 17(4):758-64. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
14. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. The PRISMA group: preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med*. 2009; 6(7):e1000097. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
15. Karino ME, Felli VEA. Enfermagem baseada em evidências: avanços e inovações em revisões sistemáticas. *Ciênc Cuid Saúde*. 2012; 11(suppl):11-5. doi: <http://dx.doi.org/10.4025/cienc-cuidsaude.v11i5.17048>
16. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
17. Nunes JKVRS, Figueiredo Neto JAD, Sousa RMLD, Costa VLXDC, Silva FDMAM, Hora AFLTD, et al. Depression after CABG: a prospective study. *Rev Bras Cir Cardiovasc*. 2013; 28(4):491-7. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1678-9741.20130080>
18. Martin LM, Holmes SD, Henry LL, Schlauch KA, Stone LE, Roots A, et al. Health-related quality of life after coronary artery bypass grafting surgery and the role of gender. *Cardiovasc Revasc Med*. 2012; 13(6):321-7. doi: <https://doi.org/10.1016/j.carrev.2012.09.002>

19. Lie I, Arnesen H, Sandvik L, Hamilton G, Bunch EH. Predictors for physical and mental health 6 months after coronary artery bypass grafting a cohort study. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2010; 9(4):238-43. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2010.02.001>
20. Krzych ŁJ, Woźnica A, Pawlak A, SkaryszJ, Eysymontt Z, Chromańska-Matera B, et al. Quality of life in young, professionally active men undergoing on-pump coronary artery bypass grafting—short-term follow-up results. *Kardiol Pol* [Internet]. 2009 [cited 2018 Mar. 13]; 67(10):1078-85. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20017073>
21. Järvinen O, Julkunen J, Saarinen T, Laurikka J, Tarkka MR. Effect of diabetes on outcome and changes in quality of life after coronary artery bypass grafting. *Ann Thorac Surg*. 2005; 79(3):819-24. doi: <https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2004.08.030>
22. Järvinen O, Saarinen T, Julkunen J, Huhtala H, Tarkka MR. Changes in health-related quality of life and functional capacity following coronary artery bypass graft surgery. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2003; 24(5):750-6. doi: [https://doi.org/10.1016/S1010-7940\(03\)00413-5](https://doi.org/10.1016/S1010-7940(03)00413-5)
23. Keresztes PA, Merritt SL, Holm K, Penckofer S, Patel M. The coronary artery bypass experience: gender differences. *Heart Lung J Acut Critic Care*. 2003; 32(5):308-19. doi: [https://doi.org/10.1016/S0147-9563\(03\)00101-8](https://doi.org/10.1016/S0147-9563(03)00101-8)
24. Taghipour HR, Naseri MH, Safiarian R, Dadjoo Y, Pishgoo B, Mohebbi HA, et al. Quality of life one year after coronary artery bypass graft surgery. *Iran Red Crescent Med J* [Internet]. 2011 [cited 2018 Mar. 13]; 13(3):17-1. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3371947/>
25. Amato VL, Timerman A, Paes AT, Baltar VT, Farsky PS, Farran JA, et al. Immediate results of myocardial revascularization. Comparison between men and women. *Arq Bras Cardiol*. 2004; 83(esp.):14-20. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2004001900004>
26. Nery RM, Barbisan JN, Mahmud MI. Influence of the practice physical activity in the coronary artery bypass graft surgery results. *Rev Bras Cir Cardiovasc*. 2007; 22(3):297-302. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-76382007000300005>
27. Sá MPBDO, Lima LP, Rueda FGD, Escobar RRD, Cavalcanti PEF, Escobar MASD, et al. Comparative study between on-pump and off-pump coronary artery bypass graft in women. *Rev Bras Cir Cardiovasc*. 2010; 25(2):238-44. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-76382010000200018>
28. Kalil RAK. Coronary artery surgery in patients with diabetes mellitus. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2007; 51(2):345-51. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302007000200026>