

QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA

QUALITY OF LIFE OF PATIENTS IN THE POSTOPERATIVE CARDIAC SURGERY PHASE

CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES EN EL POSTOPERATORIO DE CIRURGÍA CARDÍACA

Fernanda Marcela Custódio¹
Renata Cristina Gasparino²

¹ Enfermeira. Jundiaí, SP – Brasil.

² Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Estadual de Campinas. Professora Assistente do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Jundiaí. Jundiaí, SP – Brasil.

Autor Correspondente: Renata Cristina Gasparino. E-mail: regasparino@yahoo.com.br
Submetido em: 04/01/2012 Aprovado em: 25/06/2012

RESUMO

As doenças cardiovasculares estão diretamente relacionadas aos crescentes números de pacientes que precisam ser submetidos a procedimento cirúrgico cardíaco. Tais intervenções afetam diretamente questões físicas, de produtividade, sociais e emocionais, além de trazerem sequelas, que podem acarretar difíceis mudanças de comportamento e hábitos de vida, comprometendo a qualidade de vida dos pacientes. Diante disso, o objetivo com este estudo foi avaliar a qualidade de vida de pacientes em seguimento ambulatorial numa instituição pública do interior de São Paulo. Foram abordados 38 pacientes, com idade média de 59,2 anos, que estavam em pós-operatório de cirurgia cardíaca. Aplicou-se o WHOQOL-Bref (instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde) e o questionário sociodemográfico. Os sujeitos, em sua maioria, eram do sexo masculino (63,2%), casados (76,3%), não completaram o ensino fundamental (63,2%) e recebiam benefício financeiro do governo (50%). Os escores do WHOQOL-Bref foram: domínio físico (62,9), psicológico (76,1), social (74,3), ambiental (69,2), avaliação geral da qualidade de vida (75,0) e satisfação com a saúde (73,7). Observou-se diferença significativa entre a prática de atividades físicas com os domínios físico e social. Houve, ainda, correlação significativa entre o domínio físico e idade. No domínio psicológico, foi observada diferença significativa entre os sexos e no domínio meio ambiente, foram encontradas maiores médias entre os não tabagistas. Concluiu-se que os participantes apresentavam elevada percepção da qualidade de vida quando comparada a outros estudos.

Palavras-chave: Qualidade de Vida; Cirurgia Cardíaca; Período Pós-Operatório.

ABSTRACT

Cardiovascular diseases are directly related to the growing number of patients that need to undergo a cardiac surgery procedure. These interventions have a direct effect on the physical, social and emotional well-being of a patient and also on his/her productivity, not to mention that they cause conditions and require drastic changes in lifestyle, which can jeopardize the patients' quality of life. Considering that, the target of this study was to analyze the quality of life of the patients in ambulatory treatment in a public institution of the countryside of the Brazilian state of São Paulo. Thirty-eight patients were approached. Their ages, on average, were 59.2 years old and they had just been through a cardiac surgery. The WHOQOL-Bref (the international cross-culturally comparable quality of life assessment instrument created by the World Health Organization) and the socio-demographic survey were answered by each patient. The majority of the patients was male (63.2%), married (76.3%), didn't finish Middle School (63.2%) and received a financial benefit from the government (50%). The WHOQOL-Bref scores were: physical issue (62.9), psychological issue (76.1), social issue (74.3), environmental issue (69.2), general evaluation of quality of life (75.0) and satisfaction with his/her health (73.7). Expressive difference was observed between the practice of physical activities and the physical and social issues. There was also significant correlation between the physical and age issues. In the psychological issue, there was a significant difference observed between genders; and in the environmental issue, the higher means were among the non-smoking people. It was possible to conclude that the patients had a positive perception of his/her quality when compared to other studies.

Keywords: Quality of Life; Thoracic Surgery; Postoperative Period.

RESUMEN

Las enfermedades cardiovasculares están directamente relacionadas con los crecientes números de pacientes que precisan ser operados del corazón. Estas intervenciones afectan directamente aspectos físicos, de productividad, sociales y emocionales de los pacientes. Además, tienen secuelas y requieren difíciles cambios de comportamiento y costumbres de vida que pueden comprometer la calidad de vida de los pacientes. Ante tal realidad, este estudio ha buscado evaluar la calidad de vida de los pacientes en seguimiento ambulatorial en una institución pública del estado de San Pablo. Se consideraron treinta y ocho pacientes con edad media de 59,2 años que estaban en postoperatorio de cirugía cardíaca. Se utilizaron el WHOQOL-Bref (instrumento de evaluación de calidad de vida de la Organización Mundial de Salud) y el cuestionario sociodemográfico. La mayoría de los entrevistados era de hombres (63,2%), casados (76,3%), con educación básica incompleta (63,2%) que recibía beneficios del gobierno (50%). Los escores del WHOQOL-Bref fueron: dominio físico (62,9%), psicológico (76,1%), social (74,3%), ambiental (69,2), evaluación general de la calidad de vida (75,0) y satisfacción con la salud (73,7%). Se observó una diferencia significativa entre la práctica de actividades físicas y los dominios físico y social. Además, hubo una correlación significativa entre el dominio físico y la edad. En el dominio psicológico, se observó diferencia

significante entre los sexos y en el dominio medio ambiente, fueron encontrados scores más altos entre los que no fumaban. Podemos concluir que los participantes presentaban elevada percepción de la calidad de vida en comparación con otros estudios.

Palabras clave: Calidad de Vida; Cirugía Torácica; Periodo Postoperatorio.

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCVs) constituem as principais causas de morbimortalidade em países desenvolvidos e em desenvolvimento, dado o aumento da expectativa de vida, diminuição das taxas de mortalidade por doenças infecciosas e mudanças dos hábitos e estilo de vida.¹

Os altos índices de complicações das DCVs, como hospitalizações, intervenções cirúrgicas, dificuldades na realização das atividades diárias, distúrbios de autoimagem e da autoestima e depressão interferem na qualidade de vida dos pacientes.¹

Diante disso, a avaliação da qualidade de vida dos pacientes submetidos a cirurgia cardíaca se mostra de grande relevância, uma vez que vem sendo considerada um importante indicador dos diferentes resultados terapêuticos, em diferentes situações clínicas.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência da doença propriamente dita.² Autores afirmam que para se obter uma avaliação da qualidade de vida, devem ser considerados, além dos aspectos físicos, mentais e sociais, o bem-estar local e o estado de saúde subjetivos dos sujeitos.³

Qualidade de vida é conceituada como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.⁴

Nos últimos anos, vários estudos sobre qualidade de vida foram publicados em periódicos nacionais e internacionais,⁵ porém poucos utilizaram o *World Health Organization Quality of Life Assessment Bref* (WHOQOL-Bref) para avaliar a qualidade de vida de pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca. Dentre as pesquisas que utilizaram esse instrumento, uma contou com pacientes em pós-operatório de transplante cardíaco⁶ e outra com pacientes valvopatias cirúrgicos.⁷ Nenhuma delas utilizou o WHOQOL-Bref para avaliar outras modalidades de cirurgia cardíaca.

Diante do exposto, o objetivo com este estudo foi avaliar, por meio do WHOQOL-Bref, a qualidade de vida de pacientes no pós-operatório de diversas modalidades de cirurgia cardíaca, pois o resultado poderá auxiliar os profissionais de saúde a melhor planejar a assistência prestada, elaborando estratégias que busquem maximizar os efeitos da reabilitação cardíaca e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

MÉTODO

A pesquisa, de caráter descritivo e transversal, foi desenvolvida numa instituição pública e de ensino do interior do Estado de São Paulo que presta assistência médico-hospitalar aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Jundiaí (Protocolo nº 88/2011) e pela diretoria da instituição onde foi realizado o estudo.

Os dados foram coletados no período de junho a agosto de 2011 e a amostra foi composta por pacientes que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: estar em tratamento ambulatorial e no pós-operatório de cirurgia cardíaca, possuir mais de 18 anos, concordar em participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para a coleta de dados, os pacientes receberam uma ficha de caracterização sociodemográfica e um instrumento desenvolvido pela OMS para avaliação da qualidade de vida.

A ficha de caracterização sociodemográfica foi desenvolvida pelas pesquisadoras e foram abordadas as seguintes características dos pacientes, dentre outras: idade, sexo, estado civil, renda familiar, doenças associadas, utilização de medicamentos, tipo de cirurgia.

O instrumento genérico da Organização Mundial da Saúde, WHOQOL-Bref, para avaliação da qualidade de vida é adaptado e validado para a cultura brasileira.⁸ É um instrumento autoaplicável, composto por 26 questões sendo duas gerais, que abordam a percepção de qualidade de vida e a satisfação com a saúde, e as demais 24 estão divididas em quatro domínios: físico (sete itens), psicológico (seis itens), relações sociais (três itens) e meio ambiente (oito itens).⁸

O domínio físico (itens 1, 2, 3, 9, 10, 11 e 12) envolve os questionamentos a respeito da incapacidade de realizar atividades pela dor, necessidade de tratamento médico, energia suficiente para as atividades de vida diária, capacidade de locomoção e trabalho e padrão de sono.

O domínio psicológico (itens 4, 5, 6, 7, 8 e 24) é caracterizado por questões que buscam mostrar o sentido e o modo de aproveitar a vida, a capacidade de concentração, a aceitação da aparência física, a satisfação consigo mesmo e a frequência de sentimentos negativos. O domínio relações sociais (itens 13, 14 e 15) retrata as relações pessoais e o apoio recebido de amigos e familiares, bem como a satisfação com a vida sexual. O domínio meio ambiente (itens 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 e 23) retrata o sentimento de segurança em re-

lação à vida, ao ambiente físico saudável e às condições de moradia, à renda, à disponibilidade de informações, à oportunidades de lazer, ao meio de transporte e ao acesso aos serviços de saúde.

As questões são avaliadas por uma escala tipo *Likert* com cinco pontos, em que o participante é solicitado a marcar sua percepção nas últimas duas semanas. Quanto menor a pontuação, pior é a percepção de qualidade de vida e quanto maior a pontuação, melhor a percepção.⁸

Para a análise, foram calculadas as médias de cada domínio. Não houve pontos de corte e a interpretação foi baseada em quanto maior a pontuação, melhor é a percepção de qualidade de vida do sujeito.⁸

Os pacientes foram abordados de forma individual, antes do atendimento médico ambulatorial, para a explicação dos objetivos da pesquisa e aqueles que concordaram em participar assinaram o TCLE. Os participantes, após a assinatura, receberam um envelope contendo a ficha de caracterização e o WHO-QOL-Bref. Os envelopes contendo os formulários foram entregues às pesquisadoras imediatamente após serem preenchidos.

Os dados foram analisados utilizando-se o *Statistical Analysis Software (SAS)*, versão 9.2. Para as variáveis categóricas, foi utilizada análise descritiva e para as contínuas foram calculadas as medidas de posição.

Para o estudo dos domínios, nas variáveis sem distribuição normal, em relação às variáveis nominais com duas categorias, foi utilizado o teste de Mann-Whitney e para as variáveis com três ou mais categorias, o teste de Kruskal-Wallis.

Para as que apresentaram distribuição normal, em relação às variáveis nominais de duas categorias, foi utilizado o teste T de Student e para aquelas com três ou mais categorias, o modelo Anova.

O coeficiente de correlação de Spearman foi utilizado entre os domínios e as variáveis de natureza intervalar. A confiabilidade do instrumento foi avaliada por meio do cálculo do coeficiente de alfa de Cronbach, no qual se considerou como limite inferior aceitável o valor de 0,70 e o nível de significância, 0,05.

RESULTADOS

Dos 38 pacientes que compuseram a amostra, 28 estavam em pós-operatório de revascularização do miocárdio, nove em troca de válvula e um em pós-operatório de correção de comunicação inter atrial. A idade média dos participantes foi de 59,2 anos (dp ± 11,9) e o tempo médio de pós-operatório, de seis meses (dp ± 0,5 ano).

Os pacientes, em sua maioria, eram do sexo masculino (63,2%), casados (76,3%), não completaram o ensino fundamental (63,2%), recebiam benefício financeiro do governo (50%), não praticavam atividade física (89,5%) e possuíam renda familiar menor que três salários mínimos (73,7%), com uma média de 2,7 (dp ± 1,3) pessoas vivendo dessa renda.

Dentre as doenças associadas, a de maior prevalência foi a insuficiência cardíaca (76,3%), seguida por hipertensão arterial (73,7%) e dislipidemia (52,6%). Verificou-se o hábito de fumar em 7,9% da amostra e a ingestão de bebida alcoólica não foi referida por nenhum paciente. Quanto à utilização de medicamentos, 97,4% faziam uso, com uma média de 5,8 (dp ± 3,3) medicamentos por paciente.

As médias e o desvio-padrão de cada subescala do instrumento estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 - Média e desvio-padrão das subescalas do Whoqol-Bref – Jundiá, 2011

Variáveis	Média	Desvio-Padrão
Domínio físico	62,9	19,0
Domínio psicológico	76,1	18,5
Domínio Relações sociais	74,3	21,0
Domínio Meio ambiente	69,2	18,2
Avaliação da qualidade de vida	75,0	20,1
Satisfação com a saúde	73,7	25,3

Fonte: Dados da pesquisa.

Observou-se diferença significativa entre o domínio físico e a prática de atividade física: quem praticava atividade física obteve médias superiores àqueles que não praticavam ($p=0,03$). Com relação ao domínio relações sociais, novamente observou-se que aqueles que praticavam atividade física obtiveram maiores médias ($p=0,03$).

No domínio psicológico, foi observada diferença significativa entre os sexos: os homens obtiveram maiores médias em relação às mulheres ($p=0,01$). Em relação à subescala meio ambiente, foram encontradas maiores médias entre os não tabagistas ($p=0,01$).

Não foram encontradas diferenças significativas entre as variáveis do estudo e as questões gerais do instrumento.

A análise da confiabilidade do instrumento foi calculada pelo coeficiente alfa de Cronbach e os seguintes resultados foram obtidos: 0,84 para o domínio físico; 0,81 para o domínio psicológico; 0,86 para o domínio relações sociais e 0,83 para o domínio meio ambiente. Para as duas questões gerais, os resultados foram 0,84 para a qualidade de vida e 0,83 para a satisfação com a saúde. Para o total de itens do instrumento, o alfa encontrado foi de 0,86, mostrando uma boa consistência interna.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo apontaram que a amostra possui uma idade semelhante à de outras pesquisas que avaliaram a qualidade de vida de pacientes cardiopatas.⁹⁻¹² Esse dado pode ser explicado pelo fato de as doenças cardiovasculares, em sua maioria, serem representadas por doenças crônicas e,

por isso, manifestarem-se principalmente em pessoas com idade mais avançada.⁶

Vários autores afirmam que a prevalência do tratamento cirúrgico em pacientes cardíacos se dá no sexo masculino,^{6,9,11-12} assim como nesta pesquisa, pois o sexo masculino se mostra mais resistente em procurar o serviço e não dá a devida atenção ao seu verdadeiro estado de saúde.⁶ Outro ponto a ser considerado, é que ser homem constitui um fator de risco para doenças cardiovasculares. Segundo estudo sobre fatores de risco cardiovasculares,¹³ a incidência de doença arterial coronária é menor entre as mulheres, tanto antes como depois da menopausa, dado o fator de proteção hormonal nessa fase.

No que tange à escolaridade, outros estudos confirmaram a prevalência de pacientes com baixo nível de instrução.^{9,11,14} Talvez isso possa explicar por que a maioria dos pacientes depende da ajuda do governo, visto que, em razão da baixa escolaridade, o sujeito tende a trabalhar em atividades que exigem maior esforço físico e, por causa do ato cirúrgico, os pacientes, muitas vezes, são impedidos de voltar a realizar tais atividades.¹¹

A maioria dos pacientes relatou que não realiza atividades físicas. Com o procedimento cirúrgico, espera-se que a capacidade física do paciente seja restabelecida lentamente. Em estudo com pacientes em pós-operatório de revascularização do miocárdio, porém, foi constatado que a realização do exercício físico exerce função de estressor fisiológico para o organismo, dado o aumento da demanda energética comparada com a do repouso.¹⁵ Neste estudo, não foi abordada a realização da atividade física antes do ato cirúrgico, porém ressalte-se que o sedentarismo consiste em grande fator de risco para doenças cardiovasculares.

Dentre as doenças associadas, a de maior prevalência foi a insuficiência cardíaca, seguida por hipertensão arterial e dislipidemia. De acordo com o aumento da expectativa de vida, temos cada vez mais pessoas com doenças coronarianas e comorbidades associadas, visto que, alguns fatores de risco não estão relacionados somente aos hábitos de vida dos pacientes, mas também com outros fatores, como herança genética e condições ambientais. Atualmente um importante fator de risco cardiovascular modificável é a hipertensão arterial, sendo mais frequente em idosos e estando associada, principalmente, à doença arterial coronária e à insuficiência cardíaca.¹⁶

O número de pacientes que fazia uso de medicações mostrou-se alto, o que leva a concluir que, independentemente da situação clínica, é referido por parte deles o controle do regime terapêutico. Estudo realizado sobre a aderência medicamentosa e não medicamentosa de pacientes cardiopatas¹⁷ mostrou que os pacientes, em sua maioria, aderiram mais à terapia medicamentosa, pois talvez não estivessem convencidos da real importância de mudar seus hábitos e acreditar somente na adesão aos medicamentos.

Vale ressaltar que, após um evento cardíaco e para preveni-lo, é necessária a implantação de medidas que visem não somente à adesão ao tratamento medicamentoso, mas também à modificação no estilo de vida, uma vez que a melhor terapêutica é a prevenção, combatendo os fatores de risco.¹⁶

No domínio físico, a média encontrada nesta amostra foi praticamente equivalentemente a outro estudo que avaliou a qualidade de vida de pacientes valvopatas cirúrgicos.¹⁷ Apesar de não ter sido mensurada a qualidade de vida no pré-operatório, acredita-se que todos os pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico possuem melhor percepção de qualidade de vida nesse domínio, pois a intervenção diminui as limitações físicas progressivamente, proporcionando ao paciente maior capacidade para desempenhar suas atividades no pós-operatório.¹¹

No domínio relações sociais, os resultados deste estudo foram semelhantes aos de outra pesquisa.⁷ Pacientes que praticavam atividade física referiram melhor percepção de qualidade de vida nesse domínio, talvez pelo fato de que a prática de atividade física aproxima os pacientes de amigos e por meio dessas relações sociais os pacientes recebem apoio para vencer essa fase da doença.⁶

No domínio psicológico, a amostra obteve pontuação superior à outro estudo.⁷ As mulheres demonstraram pior percepção da qualidade de vida do que os homens, pois elas trazem consigo as consequências de uma criação voltada para os papéis domésticos, de boa mãe e esposa, necessitando, então, de maior apoio psicológico durante a doença e o tratamento.¹⁸

No domínio meio ambiente, a percepção de qualidade de vida mostrou-se superior em relação ao estudo com valvopatas.⁷ Foi observado, nesse domínio, que os não tabagistas possuem melhor percepção de qualidade de vida do que os fumantes. Isso pode ser explicado pelo fato de que os não tabagistas consideram que vivem num ambiente físico mais saudável e não sentem restrição ao frequentar ambientes de lazer e meios de transporte.¹⁹

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A qualidade de vida dos pacientes submetidos a cirurgia cardíaca, neste estudo, alcançou a média de 62,9 pontos para o domínio físico; 76,1 para o domínio psicológico; 74,3 para o domínio relações sociais; 69,2 para o domínio de meio ambiente; 75 para avaliação geral da qualidade de vida e 73,7 para satisfação com a saúde, revelando-se melhor do que em outro estudo nacional.

O questionamento a respeito da qualidade de vida dos pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca possibilitou a reflexão sobre a real necessidade do paciente em relação à sua condição de saúde, qualidade de vida e satisfação consigo mesmo, o que diretamente pode auxiliar o enfermeiro no planeja-

mento do processo de reabilitação, fornecendo subsídios necessários para a implantação de uma assistência voltada para as reais necessidades de cada paciente.

A menor pontuação obtida pela amostra no que se refere à área física e ambiental, ressalta a necessidade de maior atenção em relação a esses domínios durante o período de reabilitação do paciente, como também o seguimento de uma linha de pesquisa nessa área, uma vez que a realização de uma cirurgia desse porte interfere diretamente na capacidade física e, conseqüentemente, na manutenção de hábitos saudáveis.

REFERÊNCIAS

1. Gasperi PD, Randuz V, Prado ML. Procurando reeducar hábitos e costumes: o processo de cuidar da enfermeira no pré e pós-operatórios de cirurgia cardíaca. *Cogitare Enferm.* 2006; 11(3):252-7.
2. Organização Mundial da Saúde. Constituição de Nova Iorque: OMS; 1946. [Citado em 2011 maio 05]. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>.
3. Farias GM, Mendonça AEO. Comparando a qualidade de vida de pacientes em hemodiálise e pós-transplante renal pelo "WHOQOL – BREF". *REME Rev Min Enferm.* 2009; 13(4):565-73.
4. The Whoqol Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (The Whoqol). *Quality of life assessment: international perspectives.* Heidelberg: Springer Verlag; 1994. p 41-60.
5. Kluthcovsky ACGC, Kluthcovsky FA. O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul.* 2009; 31(3). [Citado em 2011 Maio 05] Disponível em: www.scielo.br/pdf/rprs/v31n3s0/v31n3a07s1.pdf
6. Aguiar MIFA, Farias DR, Pinheiro ML, Chaves ES, Rolim ILTP, Almeida PC. Qualidade de vida de pacientes submetidos ao transplante cardíaco: aplicação da escala Whoqol-Bref. *Arq Bras Cardiol.* 2011; 96(1):60-7.
7. Guimarães CPA. Qualidade de vida, depressão e ansiedade em pacientes valvopatias cirúrgicas [monografia]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2003.
8. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev Saúde Pública.* 2000; 34(2):178-83.
9. 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.
10. Nogueira CRSR, Hueb W, Takiuti ME, et al. Qualidade de vida após revascularização cirúrgica do miocárdio com e sem circulação extracorpórea. *Arq Bras Cardiol.* 2008; 91(4):238-44.
11. Gois CFL. Qualidade de vida relacionada à saúde, depressão e senso de coerência de pacientes, antes e seis meses após revascularização do miocárdio [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2009.
12. Dantas RAS, Rossi LA, Costa MCS, Vila VSC. Qualidade de vida após revascularização do miocárdio: avaliação segundo duas perspectivas metodológicas. *Acta Paul Enferm.* 2010; 23(2):163-8.
13. Kannel WB, Hjortland MC, Mcnamara PM, Gordon T. Menopause and risk of cardiovascular disease: the Framingham study. *Ann Intern Med.* 1976; 85(4):447-52.
14. Vila VC, Rossi LA, Costa MCS. Experiência da doença cardíaca entre adultos submetidos à revascularização do miocárdio. *Rev Saúde Pública.* 2008; 42(4):750-6.
15. Titoto L, Sansão MS, Marino LHC, Lamari NM. Reabilitação de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio: atualização da literatura nacional. *Arq Ciênc Saúde.* 2005; 12(4):216-9.
16. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol.* 2010; 95(supl.1):1-51.
17. Lunelli RP, Portal VL, Esmério FG, Moraes MA, Souza EN. Adesão medicamentosa e não-medicamentosa de pacientes com doença arterial coronariana. *Acta Paul Enferm.* 2009; 22(4):367-73.
18. Silvério CD, Dantas RAS, Carvalho ARS. Avaliação do apoio social e da auto-estima por indivíduos coronariopatas, segundo o sexo. *Rev Esc Enferm USP.* 2009; 43(2):407-14.
19. Castro MRP, Matsuo T, Nunes SOV. Características clínicas e qualidade de vida de fumantes em um centro de referência de abordagem e tratamento do tabagismo. *J Bras Pneumol.* 2010; 36(1):67-74.