



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

FLÁVIO ARAGÃO SILVA

**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADO A SAÚDE, SINTOMAS
DEPRESSIVOS E SENSO DE COERÊNCIA NO PRÉ OPERATÓRIO DE
CIRURGIA CARDÍACA**

Aracaju-SE

Fevereiro 2017

FLÁVIO ARAGÃO SILVA

**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADO A SAÚDE, SINTOMAS
DEPRESSIVOS E SENSO DE COERÊNCIA NO PRÉ OPERATÓRIO DE
CIRURGIA CARDÍACA**

Monografia apresentada ao colegiado do curso de
Medicina da Universidade Federal de Sergipe,
como requisito parcial para obtenção do título de
Bacharel em Medicina.

Orientadora: Prof^a Dr^a. Cristiane Franca Lisboa
Gois

Aracaju-SE

Fevereiro 2017

FLÁVIO ARAGÃO SILVA

**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADO A SAÚDE, SINTOMAS
DEPRESSIVOS E SENSO DE COERÊNCIA NO PRÉ OPERATÓRIO DE
CIRURGIA CARDÍACA**

Monografia apresentada ao colegiado de
Medicina da Universidade Federal de Sergipe,
como requisito parcial para obtenção do título de
Bacharel em Medicina, pela Universidade Federal
de Sergipe.

Aprovada em ____/____/____

Autor: _____
FLÁVIO ARAGÃO SILVA

Orientadora: _____
PROFª DRª. CRISTIANE FRANCA LISBOA GOIS

Examinador: _____
MARCO ANTÔNIO PRADO NUNES

BANCA EXAMINADORA

AGRADECIMENTOS

A meus pais, José Luiz Freire Silva e Maria de Fátima Aragão Silva, por toda dedicação dispensada a mim, além de todo o amor, o carinho e o apoio, quesitos fundamentais para que eu chegasse até aqui.

Aos meus irmãos, Isaque, Tiago e Lucas, por toda ajuda dispensada a mim nesses longos anos de faculdade.

A minha namorada, Soana Marília, pelo incentivo e pela paciência em todos os momentos.

A Dra Cristiane Gois, orientadora, que me acolheu e me deu uma nova chance. Agradeço pela paciência e por toda a disponibilidade em ajudar sempre que necessário.

Agradeço a todos os participantes do grupo de pesquisa pela compreensão e companheirismo durante a execução deste trabalho, em especial à Debora Cunha, Thaynara, Jones, Luiza, Debora Sobral com quem trabalhei muito próximo.

Por fim, agradeço a todos os pacientes e aos seus familiares que aceitaram participar da pesquisa, dando sua parcela de contribuição para alargar o conhecimento científico.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

SD– Sintomas Depressivos

SC- Senso de Coerência

IDB- Inventário de Depressão Beck

QVRS – Qualidade de Vida Relacionada a Saúde

UFS – Universidade Federal de Sergipe

DAC– Doença Arterial Coronariana

CRVM- Cirurgia de Revascularização do Miocárdio

SUMÁRIO

1	REVISÃO DE LITERATURA.....	07
2	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	11
3	NORMAS PARA PUBLICAÇÃO EM REVISTA.....	15
4	ARTIGO ORIGINAL.....	25
	RESUMO.....	26
	INTRODUÇÃO.....	27
	MÉTODO.....	28
	RESULTADOS.....	29
	DISCUSSÃO.....	30
	CONCLUSÃO.....	32
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	32
5	ANEXOS.....	35

1 REVISÃO DE LITERATURA

A Organização Mundial da Saúde (OMS) descreve saúde de um ponto de vista amplo, como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas uma ausência de doença ou enfermidade. (CHAUDHURY et al., 2016)

As patologias do aparelho cardiovascular são responsáveis por altas taxas de morbimortalidade. Em 2013 foram registradas 11.197.159 internações, dessas, 1.133.235 foram decorrentes de doenças do aparelho circulatório, sendo 86.559 por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e 156.636 devido outras doenças isquêmicas do coração. No mesmo período ocorreram 1.208.029 mortes, 336.633 por doenças do aparelho circulatório, sendo 105.993 por doença isquêmica do coração. (BRASIL, 2014)

Segundo Gomes, após ter feito uma análise dos principais estudos sobre o tratamento cirúrgico da doença arterial coronariana (DAC) com ênfase na efetividade do uso ou não da circulação extracorpórea, foi visto que para o tratamento da DAC, a cirurgia de revascularização do miocárdio (CRVM) é a opção, baseado em evidências, que oferece um melhor prognóstico para os indivíduos com maior risco de vida (GOMES, 2012), além de ser eficaz no alívio de angina, com a melhora da sobrevida (BAIG et al., 2013) e da qualidade de vida. (GOIS et al., 2009; DAL BONI et al., 2013; SAMPAIO et al., 2013)

Um estudo realizado em São Paulo com 78 pacientes, no período de 2011 e 2012, visou avaliar a qualidade de vida e sintomas depressivos em pacientes pré e pós cirúrgicos de CRVM com as escalas SF-36 e IDB. Houve uma melhora significativa da qualidade de vida após a CRVM em todos os domínios da SF-36. No entanto, no pré cirúrgico o domínio aspecto físico, que avalia principalmente as atividades diárias, apresentou a pior pontuação mostrando a grande limitação do paciente nessas atividades. Com relação os sintomas depressivos, ficou clara a melhora nos escores de depressão após a CRVM, isso demonstra um impacto positivo na qualidade de vida do paciente com DAC. (DAL BONI et al., 2013)

O sucesso do tratamento cirúrgico pode ser interpretado como um impacto positivo na vida do paciente. Isto ocorre pois anteriormente ao tratamento cirúrgico, o paciente sofre pelo medo constante da morte e pela mudança de hábitos necessárias para prevenção da doença. Com a RM observa-se maior capacidade funcional, diminuição dos sintomas, além de alterações emocionais. (DAL BONI et al., 2013)

O conceito de qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), é abrangente e visa avaliar qual o real impacto que os aspectos da saúde física e mental tem na qualidade de vida (MAYO, 2015) na percepção dos indivíduos com doença arterial coronariana.

Para a avaliação da QVRS existem vários instrumentos, dentre eles cita-se o *Medical Outcomes Study 36 - item Short-Form (SF-36)* (WARE; SHERBOURNE, 1992), o qual é formado por oito domínios sumarizados em dois polos, o físico e o mental (CICONELLI, 1997), tendo sido utilizado para avaliar a QVRS de indivíduos com doença isquêmica do coração, tanto em estudos internacionais (DUEÑAS et al., 2011; SUMIN et al., 2012) quanto nacionais. (GOIS et al., 2009; DAL BONI et al., 2013; SAMPAIO et al., 2013)

Resultados de estudos realizados com indivíduos com DAC sugerem que os domínios da QVRS mais comprometidos antes da CRVM são: Aspectos físicos, Capacidade funcional (GOIS et al., 2009, DAL BONI et al., 2013, SAMPAIO et al., 2013) e Aspectos emocionais. (GOIS et al., 2009)

Outras variáveis relacionadas à QVRS também têm sido avaliadas, como a presença de sintomas depressivos (EKICI et al., 2014) e o senso de coerência (SC) (SILAROVA et al., 2012) no contexto do paciente com DAC.

A depressão é considerada um preditor independente de aumento do tempo de internação após CRVM e de complicações peri-operatórias tardias (BERESNEVAITĖ et al., 2010). A QVRS e os sintomas de ansiedade e depressão estão relacionados com a gravidade da DAC (EKICI et al., 2014). Como a depressão é um fator de risco importante para doença cardiovascular (DCV), um estudo transversal irlandês, com uma amostra de 7872 adultos maiores de 50 anos, avaliou a relação entre sintomas depressivos, ansiedade e DCV e concluiu a importante relação da depressão com risco para desenvolver DCV em torno de 80%. A ansiedade também está associada a fator de risco importante no desenvolvimento de DCV. Os sintomas depressivos individuais mais associados com DCV incluem baixo humor, tristeza, amotivação, fadiga, diminuição do apetite e dificuldades de concentração. (GALLAGHER et al., 2012)

Dentre os instrumentos utilizados para avaliar a presença de sintomas depressivos, o Inventário de Depressão de Beck (IDB) (BECK et al., 1961) tem sido requerido (BONI, 2013; NUNES, 2013). Um estudo realizado em um hospital público de Sergipe com 63 pacientes, avaliou os sintomas depressivos em pacientes portadores de DAC, utilizando o IDB como

screening para depressão, concluíram que de cada 10 pacientes com coronariopatias 6 apresentavam algum grau de depressão e aqueles que apresentavam baixo índice de escolaridade eram mais propensos aos SD. (CUNHAS et al., 2016)

Quanto ao SC, pesquisas realizadas com indivíduos cardiopatas têm identificado associação com melhor QVRS (SILAROVA et al., 2012; KATTAINEN et al., 2006) e diminuição dos sintomas depressivos. (GOIS, 2009)

O SC representa o conceito central da Teoria Salutogênica, a qual auxilia na avaliação de indivíduos em condições crônicas de saúde ou pertencentes a determinados grupos. O SC pode ser mais bem entendido como a capacidade do indivíduo de lidar com situações estressantes (DANTAS, 2007). Para avaliação do SC tem sido utilizado o Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky (QSCA) (ANTONOVSKY, 1987).

Em um estudo realizado com 615 indivíduos tratados com CRVM ou Angioplastia Coronariana Transluminal Percutânea (ACTP) também foi observada correlação entre SC e QVRS, indivíduos com fraco ou moderado SC apresentaram pior avaliação da QVRS, quando comparados a indivíduos com forte SC (KATTAINEN et al., 2006), assim como em outro estudo realizado com 179 indivíduos submetidos à ACTP, no qual o SC foi identificado como preditor de QVRS após o procedimento. (SILAROVA et al., 2012)

O SC pode ser um fator de proteção no desenvolvimento de ansiedade e depressão no perioperatório de indivíduos submetidos à cirurgia cardíaca. (TORRATI; GOIS; DANTAS, 2010)

A avaliação da QVRS demonstrou que os participantes apresentaram, sobretudo, dificuldades para realizar atividades profissionais e/ou domésticas em decorrência de sua saúde física (Aspectos físicos), além de apresentar algumas características sociodemográficas, como, idade (GOIS et al., 2009), prevalência do sexo masculino e a maior parte ter companheiro(a). (GOIS et al., 2009; SAMPAIO et.al, 2013; BONI et.al, 2013)

De acordo com a literatura a depressão é um preditor subsequente de pior QVRS física. Tratar a depressão pode contribuir para uma melhor QVRS nesse domínio. (DICKENS et al., 2012)

No contexto do indivíduo que irá ser submetido à CRVM, a presença de sintomas depressivos é uma preocupação, pelo seu potencial de interferir negativamente na recuperação

(BERESNEVAITĖ et al., 2010). Assim, no planejamento da assistência de enfermagem e dos demais profissionais da saúde a este indivíduo, é importante o desenvolvimento de ações que possam interferir positivamente na diminuição dos sintomas depressivos e/ou no seu impacto no perioperatório e reabilitação.

Considerando a relação da QVRS de indivíduos cardiopatas com a presença de sintomas depressivos e o SC, e levando em consideração ainda que a avaliação dessas variáveis pode subsidiar o planejamento da assistência de profissionais da saúde no perioperatório e na reabilitação de indivíduos que irão ser submetidos à CRVM, o objetivo é avaliar a relação entre QVRS, sintomas depressivos e SC de indivíduos no pré-operatório de cirurgia de cirurgia de CRVM.

2 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTONOVSKY, A. **Unraveling the mystery of health**. São Francisco: Jossey-Bass, 1987.

BAIG, K.; HARLING, L.; PAPANIKITAS, J.; ATTARAN, S.; ASHRAFIAN, H.; Casula R, ATHANASIOU T. Does coronary artery bypass grafting improve quality of life in elderly patients? In: **Interact Cardiovasc Thorac Surg. Sep**, v. 3, p. 542–553, 2013.

BECK, A. T.; WARD, C.H.; MENDELSON, M.; MOCK, J.; ERBAUGH, J.; An inventory for measuring depression. In: **Arch Gen Psychiatry**, v.4, p. 561- 571, 1961.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS**. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br>>. Acessado em: 23 de Dez. de 2014.

BERESNEVAITĖ, M.; BENETIS, R.; TAYLOR G. J; JURĖNIENĖ, K.; KINDURIS, Š.; BARAUSKIENĖ, V. Depression predicts perioperative outcomes following coronary artery bypass graft surgery. In: **Scandinavian Cardiovascular Journal**, v. 44, p. 289–294, 2010.

BONI, ALMD.; MARTINEZ, J.E.; SACCONMANN, I.C.R.S.; Qualidade de vida de pacientes submetidos a revascularização do miocárdio. In: **Acta Paul Enferm**, v. 26, p. 575-580, 2013.

CHARLSON, F. J.; STAPELBERG, N. J.; BAXTER, A. J.; WHITEFORD, H. A. **Should global burden of disease estimates include depression as a risk factor for coronary heart disease?** BMC: Medicine, 2011.

CHAUDHURY, S.; SAINI, R.; BAKHLA, A. K.; SINGH, J. Depression and Anxiety following Coronary Artery Bypass Graft: Current Indian Scenario. In: **Cardiology Research and Practice**, v. 2016 , 2016.

CICONELLI, R. M. “**Medical Outcomes 36 Item Short Form Health Survey - SF-36**”. 1997. Tese (Doutorado) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1997. 143 f. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida.

CICONELLI, R. M.; FERRAZ, M B.; SANTOS, W. MEINÃO, I. QUARESMA, M. R. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de

qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). In: **Revista Brasileira de Reumatologia**, v.39, p. 143-50, 1999.

CUNHA, M. da. et al. Depressive symptoms in patients with coronary artery disease. In: **Investigación y Educación en Enfermería**, v. 34, p. 323– 328. 2016.

DAL, B. A. L. M.; MARTINEZ, J.E, SACCOMANN, I. C. R. S.; Qualidade de Vida de pacientes submetidos à revascularização do miocárdio. In: **Acta paul. Enferm.** v. 26, p. 575 – 580, 2013.

DANTAS, R. A. S. Adaptação cultural e validação do Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky em uma amostra de pacientes cardíacos brasileiros. 2007. Tese [livre-docência]. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2007.

DICKENS, C.; CHERRINGTON, A.; MCGOWAN, L.; Depression and health-related quality of life in people with coronary heart diseases: a systematic review. In: **Eur J Cardiovasc Nurs**, v. 11, p. 265 – 275, 2012.

DUEÑAS, M.; RAMIREZ, C.; ARANA, R.; FAILDE, I. Gender differences and determinants of health related quality of life in coronary patients: a follow-up study. In: **BMC Cardiovasc Disord.**, v. 27, p. 11 - 24, 2011.

EKICI, B.; ERCAN, E.A.; CEHRELI, S. Töre HF. The effect of emotional status and health-related quality of life on the severity of coronary artery disease. In: **Kardiol Pol.**, v. 72, p. 617-623. 2014.

GALLAGHER, D.; O'REGAN, C; SAVVA, GM; CRONIN, H.; LAWLOR, B.A.; KENNY, R.A. Depression, anxiety and cardiovascular disease: which symptoms are associated with increased risk in community dwelling older adults? In: **J Affect Disord**, v. 142, p. 132-138, dez. 2012.

GOIS, C. F. L.; DANTAS, R. A. S.; TORRATI, F. G. Qualidade de vida relacionada à saúde antes e seis meses após a revascularização do miocárdio. In: **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 30, p. 700-707, 2009.

GOMES, W.J. **Cirurgia de revascularização miocárdica com e sem circulação extracorpórea. O cirurgião cardíaco deve dominar ambas as técnicas.** In: **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, v. 27, p. v – v iii, 2012.

GORENSTEIN, C. Andrade L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. In: **Rev. Psiquiatr. Clín.**, v. 25, p. 245-250, 1998.

KATTAINEN, E.; MERILÄINEN, P.; SINTONEN, H. Sense of coherence and health-related quality of life among patients undergoing coronary artery bypass grafting or angioplasty. In: **Eur J Cardiovasc Nurs.**, v. 5, p. 21 – 30, 2006.

MAYO, N.E. (Editor). **Dictionary of Quality of Life and Health Outcomes Measurement.** 1st ed. International Society for Quality of Life Research (ISOQOL), 2015.

NUNES, J. K. V. S. et al. Depression after CABG: a prospective study. In: **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, v. 28, p. 491-497, 2013.

SAMPAIO, J. K. V. R.; FIGUEIREDO, N. J. A.; QUEIROZ, L.L.C.; SOUSA, R.M.L. REIS, L.M.C.B.; SILVA, F.M.A.M. Impacto na qualidade de vida pós-angioplastia coronariana ou revascularização do miocárdio. In: **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, v. 26, p. 337-346, 2013.

SILAROVA, B. et al. Sense of coherence as an independent predictor of health-related quality of life among coronary heart disease patients. In: **Qual Life Res.**, v. 21, p. 1863 – 1871, 2012.

SUMIN, A.N.; GAĬFULIN, R.A. MOS'KIN, M. G.; KOROK, E. V.; SHCHEGLOVA, A. V, Ivanov SV, Barbarash OL. Quality of life in patients of different age groups with ischemic heart disease: effect of multifocal atherosclerosis. In: **Adv. Gerontol.**, v.25, p. 668 – 674, 2012.

The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. In: **Soc Sci Med.**, v. 41, p. 1403 – 1409, 1995.

TORRATI, F. G.; GOIS, C. F. L, DANTAS, R. A. S. Estratégia no cuidado ao paciente cardíaco cirúrgico: avaliação do senso de coerência. In: **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, p. 739 – 744, 2010.

WARE, J.E.; SHERBOURNE, C.D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. In: **Medical Care**, v. 30, 473 – 483, 1992.

3 NORMAS PARA PUBLICAÇÃO EM REVISTA

1 - SOBRE A MISSÃO DA REME

A REME - Revista Mineira de Enfermagem é uma publicação periódica técnico-científica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais - EEUFMG que tem por finalidade contribuir para divulgação, acesso e utilização do conhecimento produzido em enfermagem e áreas correlatas, nacional e internacional, abrangendo a educação, a pesquisa e a atenção à saúde.

A REME, em sua política editorial, segue as orientações e/ou recomendações: do Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors, do Committee on Publication Ethics – COPE, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, do International Committee of Medical Journal Editors-ICMJE, da Organização Mundial da Saúde –OMS; da Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde; da Creative Commons Attribution 4.0 International Public License: CC BY 4.0.

A Revista tem periodicidade CONTINUADA, sendo os artigos publicados tão logo sejam aprovados e traduzidos. A numeração dos volumes é sequencial, correspondendo ao ano civil. Cada volume será composto por até 100 artigos. Cada artigo receberá um número sequencial à medida de sua publicação, precedidos pela letra "e". Cada artigo terá numeração própria das páginas de acordo com quantitativo de páginas que compõe o trabalho.

Ex. REME. 2016; 20(e1):1-7; REME. 2016; 20(e2):1-4

Na composição do volume será considerada a tipologia dos artigos na proporção de 80% de pesquisa e revisão e 20% para as demais categorias.

A publicação é bilíngue: português/inglês ou espanhol/inglês.

Os manuscritos poderão ser enviados em português, inglês ou espanhol, com resumos em português, inglês e espanhol.

Para os manuscritos enviados em português e espanhol, o(s) autor(es) deverá(ão) comprometer-se em providenciar a tradução para inglês, após a aprovação para publicação, por tradutores credenciados pela REME.

Para os manuscritos encaminhados em inglês o(s) autor(es) deverá(ão) comprometer-se em providenciar a revisão do inglês e a tradução para o português pelos tradutores credenciados da REME, com ônus para o(s) autor(es);

A submissão e a publicação de manuscritos são realizadas mediante pagamento de taxas de "submissão" e de "publicação", a partir da aprovação desse regimento em conformidade com as datas de recebimento e aprovação dos manuscritos.

Os valores das taxas são compostos de acordo com a planilha de custos e aprovados pelo Conselho Deliberativo. Os valores adotados para 2017 são: Taxa de Submissão: R\$ 150,00 (Cento e cinquenta reais); Taxa de Publicação: R\$ 880,00 (oitocentos e oitenta reais).

A taxa de submissão não será devolvida no caso de rejeição do manuscrito.

Os valores das taxas deverão ser recolhidos à:

Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa-FUNDEP - Projeto 4828 *1,

Banco do Brasil S/A

Agência: 1615-2

Conta Corrente: 480109-1

Código Identificador: 4828011

Obs.: O depósito não é realizado por transferência ou em caixas eletrônicos, somente diretamente no caixa do banco.

2 - SOBRE AS SEÇÕES DA REME E A TIPOLOGIA DOS ARTIGOS

Cada volume, editado no decorrer do ano, em periodicidade continuada, tem a seguinte estrutura:

Editorial: refere-se a temas de relevância do contexto científico, acadêmico e político-social (limitado a 3 páginas, cerca de 2.500 caracteres sem espaço, e até 5 referências);

Pesquisas: comunicações de resultados de pesquisas originais e inéditas, com abordagem metodológica qualitativa e/ou quantitativa, que contribuem para a construção do conhecimento em enfermagem e áreas correlatas. Devem conter: introdução, objetivo(s), método, resultados, discussão e conclusão (Limitado a 15 páginas, cerca de 27.000 caracteres sem espaço, com até 25 referências);

Revisão Sistemática: avaliações críticas da literatura em relação a temas de importância para a enfermagem e áreas correlatas. A revisão Sistemática deve conter síntese rigorosa de estudos originais, com objetivo de responder a uma questão específica e de relevância para a área de enfermagem/saúde. Metanálises e metassínteses são também incluídas. Segue rigor metodológico, clareza na apresentação dos resultados e responde à uma pergunta PICO

(problema, intervenção, controle e resultado) claramente colocada. (Limitada a 20 páginas, cerca de 36.000 caracteres sem espaço, com até 40 referências);

Relatos: descrições de intervenções, experiências ou casos abrangendo a atenção em saúde, em enfermagem e educação em saúde. Deve conter introdução, descrição da experiência, discussão e conclusão. (Limitado a 10 páginas, cerca de 18.000 caracteres sem espaço, com até 10 referências);

Reflexão: são textos reflexivos de especial relevância que trazem contribuições à evolução do pensamento e conhecimento em Enfermagem e Saúde (Limitado a 10 páginas, 18.000 caracteres sem espaço, com até 15 referências).

3 - SOBRE O JULGAMENTO DOS MANUSCRITOS

Os manuscritos recebidos serão analisados quanto à apresentação e conteúdo científico pelos Conselhos Editorial, Editores Associados, Revisores e Consultores ad hoc que se reservam o direito de aceitá-los ou recusá-los.

Os manuscritos deverão ser submetidos à apreciação de, no mínimo, dois consultores indicados pelos Editores Associados, em conformidade com a especialidade/assunto. Em casos de uma aprovação e uma rejeição o manuscrito será encaminhado para um terceiro revisor.

O Editor Científico, pautado nos pareceres emitidos pelos revisores, se reserva o direito de emitir o parecer final de aceitação ou rejeição.

As indicações de correção sugeridas aos autores pelos revisores deverão ser enviadas aos autores e devolvidas aos revisores até o aceite ou rejeição definitiva.

O processo de submissão e revisão por pares - peer review - ocorre em ambiente online, em sistema duplo cego (sem conhecimento de autores/revisores e vice versa) constando das etapas a seguir, nas quais os manuscritos serão:

- a) cadastrados no sistema SGP-Sistema de Gestão de Periódico, de submissão online que emitirá o n° de protocolo (código de fluxo) e a declaração de recebimento;
- b) avaliados pelo editor executivo quanto à apresentação física - revisão inicial quanto aos padrões mínimos de exigências da REME - (identificação e afiliação dos autores, títulos e partes do trabalho, resumos nos três idiomas, citações e referências bibliográficas de acordo com o padrão Vancouver) e a documentação; podendo ser devolvido ao autor para adequação às normas, antes do encaminhamento ao editor científico. Os manuscritos são encaminhados para a revisão de conteúdo somente se estiverem de acordo com as normas adotadas;

- c) encaminhados ao Editor Associado da área que ficará responsável pela indicação de dois consultores em conformidade com as áreas de atuação e qualificação;
- d) remetidos a dois revisores especialistas na área pertinente, mantidos em anonimato, selecionados de um cadastro de revisores, sem identificação dos autores dos dados da Instituição e do local de origem do manuscrito. Os revisores serão sempre de instituições diferentes da instituição de origem do autor do manuscrito;
- e) após receber os pareceres, o Editor Associado avalia e emite parecer final e este, é encaminhado ao Editor Científico que decide pela aceitação do artigo sem modificações, pela recusa ou pela devolução aos autores com as sugestões de modificações. Cada versão é sempre analisada pelo Editor Científico, responsável pela aprovação final.

4 - SOBRE A APRESENTAÇÃO DOS MANUSCRITOS

4.1 Apresentação gráfica

Os manuscritos devem ser elaborados em programa "Word for Windows", versão 6.0 ou superior, fonte "Times New Roman", tamanho 12, digitados em espaço 1,5, padrão A4 (212 x 297 mm), margens de 25 mm, limitando-se ao número de laudas e referências indicadas para os diversos tipos de trabalhos, incluindo as páginas preliminares, texto, agradecimentos, referências e ilustrações (máximo de 5).

4.2 As partes dos manuscritos

Todos os manuscritos devem ter a seguinte estrutura e ordem:

Parte 1:

Título e subtítulo nos idiomas: português, inglês, espanhol;

Autor(es): nome completo, maior titulação, função, nome da instituição, com até 3 níveis hierárquicos - maior para o menor, cidade, estado e país.

Ex.:

Tânia Couto Machado Chianca1

1 Doutora. Professora Titular. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Básica. Belo Horizonte, MG - Brasil.

Autor correspondente: nome e endereço eletrônico do autor responsável para correspondência;

Indicação da Categoria do artigo: Pesquisa, Revisão Sistemática, Relato de Experiência, Artigo reflexivo/Ensaio.

Parte 2:

Palavras-chave; Keywords; Palabras Clave.

As palavras-chave, keywords e palabras clave (de três a seis), devem ser indicadas de acordo com o DECS - Descritores em Ciências da Saúde/BIREME), disponível em: <<http://decs.bvs.br/>>, que é uma tradução do MESH do PubMed/Medline <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>>.

Parte 3:

Resumo; Abstract; Resumen.

O resumo deve conter até 250 palavras, com espaçamento simples e em fonte com tamanho 10.

Parte 4:

Carta de apresentação do manuscrito (opcional)

Não deve conter dados que identifiquem o autor e/ou a Instituição.

Parte 5:

A partir desta parte apresenta-se o conteúdo do manuscrito que inclui, quando pertinente:

- introdução;
- desenvolvimento (material e método ou descrição da metodologia, resultados, discussão e/ou comentários);
- conclusões ou considerações finais;
- Agradecimentos (opcional);
- Referências como especificado no item 4.3;
- Anexos, se necessário.

Parte 6

Ilustrações:

Fotografias, desenhos, figuras e gráficos devem ser inseridas no formato jpg, png, psd ou tif.

Tabelas devem ser inseridas diretamente no texto.

4.3 Sobre a normalização dos manuscritos:

Para efeito de normalização, serão adotadas as diretrizes do Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals - URM do International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE - (Norma de Vancouver) disponível na íntegra nos endereços:

em português: . Link: <<http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html>>

em espanhol: . Link: <<http://www.enfermeriaencardiologia.com/formacion/vancouver.htm>>

em inglês: . Link: <http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html>

Modelos e exemplos podem ser conferidos em "Samples of Formatted References for Authors of Journal Articles" em: . Link: https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

As citações no texto devem ser indicadas mediante número arábico, sobrescrito, sem parênteses, depois do ponto, correspondendo às referências indicadas no final do artigo.

As referências são numeradas consecutivamente, na ordem em que são mencionadas pela primeira vez no texto.

Os títulos das revistas são abreviados de acordo com o "Journals Database"- Medline/Pubmed, disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=Journals>> ou com o Catálogo de Revistas Científicas em Saúde (Bireme/OPAS/OMS) disponível em: <<http://portal.revistas.bvs.br/?lang=pt>>

As ilustrações devem ser apresentadas imediatamente após a referência a elas, em conformidade com a norma de apresentação tabular do IBGE, 3ª ed. de 1993. Dentro de cada categoria deverão ser numeradas sequencialmente durante o texto.

Exemplo: (TAB. 1, FIG. 1, GRÁF. 1).

Cada ilustração deve ter um título e a fonte (de onde foi extraída). Cabeçalhos e legendas devem ser suficientemente claros e compreensíveis sem necessidade de consulta ao texto. As referências às ilustrações no texto deverão ser mencionadas entre parênteses, indicando a categoria e o número da ilustração. Ex. (TAB. 1).

As abreviaturas, grandezas, símbolos e unidades devem observar as Normas Internacionais de Publicação. Ao empregar pela primeira vez uma abreviatura, esta deve ser precedida do termo ou expressão completa, salvo quando se tratar de uma unidade de medida comum.

As medidas de comprimento, altura, peso e volume devem ser expressas em unidades do sistema métrico decimal (metro, quilo, litro) ou seus múltiplos e submúltiplos. As temperaturas,

em graus Celsius. Os valores de pressão arterial, em milímetros de mercúrio. Abreviaturas e símbolos devem obedecer padrões internacionais.

Agradecimentos devem constar de parágrafo à parte, colocado antes das referências.

5 - SOBRE O ENCAMINHAMENTO DOS MANUSCRITOS

A submissão dos manuscritos é realizada no site da REME <www.reme.org> pelo Sistema SGP, Versão 3.0 da GN1, de acordo com as instruções do SGP e o "Passo a passo para submissão de Manuscritos".

Ao submeter um manuscrito o autor correspondente deverá firmar eletronicamente, por meio do "Copyright" (modelo) que deve conter:

- a) Compromisso de que o manuscrito não está sendo submetido a outro periódico e que, caso seja aceito, concorda(m) com a transferência dos direitos autorais para a REME;
- b) A responsabilidade por parte de todos o(s) autor(es) acerca da autoria e da originalidade;
- c) Declaração de conhecimento das normas da REME quanto às responsabilidades do pagamento da taxa de publicação e dos custos da tradução do trabalho para o idioma INGLÊS, por tradutores credenciados pela REME;

Os manuscritos submetidos à publicação devem vir acompanhados dos seguintes documentos todos em formato digital:

- a) "Copyright", conforme descrito acima, que deve ser assinado por todos os autores;
- b) Documento de aprovação do Comitê de Ética em atendimento à Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos, quando couber;
- c) Declaração de Conflitos de Interesse (modelo)
- d) Cópia digital do comprovante de pagamento da taxa de submissão;
- e) Registro de Pesquisa Clínica, quando for o caso.

Para ensaios clínicos é necessário indicar o número de identificação em um dos registros de Ensaio Clínico, validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis na url: <http://www.icmje.org>. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

6 - SOBRE A RESPONSABILIZAÇÃO EDITORIAL

A REME não se responsabiliza pelas opiniões emitidas nos artigos.

Os casos omissos serão resolvidos pelo Conselho Editorial.

ORIENTAÇÕES AOS AUTORES

PASSO A PASSO PARA A SUBMISSÃO DE ARTIGOS www.reme.org.br

a) Acessar o sistema e se cadastrar como autor:

PASSO 1: Selecione a classificação do artigo.

Por favor leia as instruções da REME (clique aqui)

Escolher a seção: EDITORIAL, PESQUISA, REVISÃO SISTEMÁTICA, RELATO, REFLEXÃO

PASSO 2: Informar o título do trabalho (português, inglês e espanhol) e os descritores (palavras-chave) (português, inglês e espanhol) para o manuscrito.

PASSO 3: inserir/editar/excluir o(s) autor(es) do manuscrito.

Exs.:

Em Português:

Enfermeira. Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Hospital das Clínicas, Centro Jenny Faria de Assistência à Saúde do Idoso e da Mulher. Belo Horizonte, MG - Brasil.

Mestre. Professor. Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Básica. Belo Horizonte, MG - Brasil.

Doutor. Professor. Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Básica. Belo Horizonte, MG - Brasil.

Acadêmico. Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Escola de Enfermagem, Curso de Enfermagem. Belo Horizonte, MG - Brasil.

Mestrando. Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Escola de Enfermagem, Programa de Pós Graduação. Belo Horizonte, MG - Brasil.

Doutorando. Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Escola de Enfermagem, Programa de Pós Graduação. Belo Horizonte, MG - Brasil.

Em Inglês:

NR. Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Hospital das Clínicas, Centro Jenny Faria de Assistência à Saúde do Idoso e da Mulher. Belo Horizonte, MG - Brazil.

MSc. Professor. Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Básica. Belo Horizonte, MG - Brazil.

PHD. Professor. Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Básica. Belo Horizonte, MG - Brazil.

Undergraduate. Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Escola de Enfermagem, Curso de Enfermagem. Belo Horizonte, MG - Brazil.

Master's student. Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Escola de Enfermagem, Programa de Pós Graduação. Belo Horizonte, MG - Brazil.

Doctoral student. Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Escola de Enfermagem, Programa de Pós Graduação. Belo Horizonte, MG - Brazil.

OBS.: EM NENHUM CASO AS AFILIAÇÕES DEVEM VIR ACOMPANHADAS DAS TITULAÇÕES OU MINI CURRÍCULO DOS AUTORES.

PASSO 4: Informar o resumo, dados para correspondência e opcionalmente redigir uma carta para o editor.

PASSO 5: CONTEÚDO

Inserir todo o trabalho: da introdução até a listagem das referências.

Tabelas e quadros podem ser inseridos à medida que são mencionados no texto.

PASSO 6: inserir as ilustrações: gráficos, fotos, figuras

Fotografias, desenhos, figuras e gráficos devem ser inseridas no formato jpg, png, psd ou tif.

Tabelas devem ser inseridas diretamente no texto.

PASSO 7 - Inserir a documentação solicitada:

- a) Cópia digital do comprovante de pagamento da taxa de submissão;
- b) Copyright assinado por todos os autores;
- c) Declaração de conflitos de interesse assinada por todos os autores;
- d) Aprovação do Comitê de Ética da instituição quando a pesquisa envolver seres humanos;
- e) Registro de Pesquisa Clínica, quando for o caso.

f) Conferir se todos os itens foram inseridos corretamente, conforme checklist abaixo e ENVIAR.

- Indicação do tipo do artigo;
- Título em português, inglês e espanhol;
- Inclusão de todos os autores e suas respectivas afiliações;
- indicação das palavras-chave, keywords e palabras clave;
- Resumos em português, inglês e espanhol;
- Conteúdo completo do trabalho, incluindo as referências;
- Referências em número sequencial em conformidade com a ordem de citação;
- Anexos e ilustrações;
- Documentação requerida;
- Comprovante da taxa de submissão.

4 ARTIGO ORIGINAL

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE, SINTOMAS DEPRESSIVOS E SENSO DE COERÊNCIA DE CORONARIOPATAS

Health-related Quality of life, depressing feelings and sense of coherence in Coronary Artery disease patients

Cualidad de vida con relación a salud, síntomas de depresión y senso de coherencia de coronariopatas

Cristiane Franca Lisboa Gois¹, Flávio Aragão Silva², Luísa Vale Carvalho³, Jones de Carvalho³, Débora Maria Mendonça da Cunha³, Thaynara Silva dos Anjos³, Débora Almeida Silveira Sobral³, Rosana Aparecida Spadoti Dantas⁴.

1 Doutora. Professora Titular. Universidade Federal de Sergipe. Enfermagem Fundamental, Departamento de Enfermagem. Aracaju, SE – Brasil.

2 Acadêmico do Curso de Medicina. Universidade Federal de Sergipe. Aracaju, SE – Brasil.

3 Enfermeira (o). Universidade Federal de Sergipe. Aracaju, SE – Brasil.

4 Doutora. Professora Titular. Universidade de São Paulo Enfermeira. Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, SP – Brasil.

Autor para correspondência: Cristiane Franca Lisboa Gois. E-mail: cristiane^{flg}@hotmail.com

Categoria do Artigo: Pesquisa

Palavras-chave: Revascularização miocárdica, depressão, senso de coerência, enfermagem.

Key-words: coronary artery bypass surgery, depression, sense of coherence, nursing.

Palabras-clave: Revascularización miocárdica, depresión, senso de coherencia, enfermagem.

Resumo

O presente estudo teve como objetivo avaliar a relação entre Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), sintomas depressivos e Senso de Coerência (SC) de indivíduos com doença coronariana com indicação de cirurgia de cirurgia de revascularização do miocárdio (CRVM). **Método:** Estudo descritivo, exploratório, de abordagem quantitativa, desenvolvido com 63 indivíduos internados em hospital beneficente de Aracaju, Sergipe. Os participantes foram avaliados segundo a QVRS (*Medical Outcomes Study 36* – item, SF-36), sintomas depressivos (Inventário de Depressão de Beck) e SC (Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky). Teste de correlação de Spearman foi usado para avaliar correlações entre as medidas de interesse. Nível de significância adotado foi de 0,05. **Resultados:** Observamos correlações estatisticamente significantes entre as medidas dos sintomas depressivos e os domínios Saúde mental ($r = -0,47$), Aspectos emocionais ($r = -0,44$), Dor ($r = -0,39$) e Estado geral de saúde ($r = -0,38$) do SF-36 e entre as medidas do SC e os domínios Saúde mental ($r = 0,47$), Vitalidade ($r = 0,44$), Aspectos emocionais ($r = 0,38$), Estado geral de saúde ($r = 0,36$) e Capacidade funcional ($r = 0,31$). Correlação forte e negativa foi obtida entre a medida de depressão e de senso de coerência ($r = -0,514$; $p < 0,01$). **Conclusão:** Há correlações entre os domínios relacionados à saúde mental do SF-36 e as medidas de sintomas depressivos e SC na avaliação de pacientes que aguardam o tratamento cirúrgico da coronariopatia. Os aspectos emocionais destes pacientes precisam ser enfocados no planejamento da assistência de enfermagem e médica.

Abstract

This study aims to evaluate the connection of Health-related Quality of life (HRQL), depressing feelings and the Sense of Coherence (SC) of coronary artery disease patients who have been indicated to coronary artery bypass surgery. Method: Descriptive, exploratory and quantitative study, developed with 63 study subjects hospitalized in a charity hospital in Aracaju, Sergipe. The participants were evaluated according to HRQL (*Medical Outcomes Study 36* - item, SF-36), depressing feelings (Beck's Depression Inventory) and SC (Antonovsky's Sense of Coherence questionnaire). Spearman's correlation test was used to evaluate interconnection between the measures of interest. The statistical significance of the research was 0.05. Results: Statistically significant correlations were observed between the measures of depressing symptoms and the SF-36 domains Mental health ($r = -0.47$), Emotional aspects ($r = -0.44$), Pain ($r = -0.39$) and Overall health ($r = -0.38$); and between SC measures and the domains Mental health ($r = 0.47$), Vitality ($r = 0.44$), Emotional aspects ($r = 0.38$), Overall health ($r = 0.36$) and Functional capacity ($r = 0.31$). Strong and negative correlation was found between the measure of depression and the sense of coherence ($r = -0.514$; $p < 0.01$). Conclusion: There are correlations between SF-36 health-related domains and depressing symptoms and SC measures in the evaluation of patients waiting for surgical treatment for coronary artery disease. These patients' emotional aspects need to be addressed in doctor nursing assistance planning.

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo evaluar la relación entre Calidad de vida relacionada a la salud (QVRS), síntomas de depresión y Senso de Coherencia (SC) de los individuos con enfermedad coronariana con indicación de cirugía de revascularización del miocardio (CRVM). **Método:** Estudio descriptivo, exploratorio, de abordaje cuantitativo, desarrollado con 63 individuos internados en un hospital de caridad de la ciudad de Aracaju, Sergipe. Los participantes fueron evaluados segundo la QVRS (*Medical Outcomes Study 36* – ítem, SF-36), síntomas de depresión (Inventario de Depresión Beck) y SC (Cuestionario de Senso de Coherencia de Antonovsky). Teste de correlación de Spearman fue utilizado para evaluar correlaciones entre las medidas de interés. Nivel de significación adoptado fue de 0,05. **Resultados:** Observamos correlaciones estadísticamente significantes entre las medidas de los síntomas de depresión y dominio Salud mental ($r = -0,47$), Aspectos emocionales ($r = -0,44$), Dolor ($r = -0,39$) y Estado general de salud ($r = -0,38$) de lo SF-36 y entre las medidas de lo SC y los dominios Salud mental ($r = 0,47$), Vitalidad ($r = 0,44$), Aspectos emocionales ($r = 0,38$), Estado general de salud ($r = 0,36$) y Capacidad funcional ($r = 0,31$). Correlación fuerte y negativa fue obtenida entre la medida de depresión y de senso de coherencia ($r = -0,514$; $p < 0,01$). **Conclusión:** Hay correlaciones entre los dominios relacionados a salud mental de lo SF-36 y las medidas de síntomas de depresión y SC en la evaluación de los pacientes que aguardan lo tratamiento quirúrgico de la coronariopatia. Los aspectos emocionales de estos pacientes precisan ser enfocados en lo planeamiento de la asistencia de enfermagén e médico.

INTRODUÇÃO

As doenças do aparelho circulatório são responsáveis por elevadas taxas de morbimortalidade. Em 2013 foram registradas 11.197.159 internações, dessas, 1.133.235 foram decorrentes de doenças do aparelho circulatório, sendo 86.559 por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e 156.636 devido outras doenças isquêmicas do coração. No mesmo período ocorreram 1.208.029 mortes, 336.633 por doenças do aparelho circulatório, sendo 105.993 por doença isquêmica do coração.¹

Como tratamento para a doença arterial coronariana (DAC), a cirurgia de revascularização do miocárdio (CRVM) é a opção que oferece melhor prognóstico para indivíduos com maior risco de vida², além de ser eficaz no alívio de angina, com a melhora da sobrevida³ e da qualidade de vida (QV).^{4, 5, 6}

No presente estudo utilizamos o conceito de qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), pois temos como foco avaliar qual o impacto que os aspectos da saúde física e mental tem na qualidade de vida⁷ na percepção dos indivíduos com doença arterial coronariana.

Para a avaliação da QVRS existem vários instrumentos, dentre eles cita-se o *Medical Outcomes Study 36 - item Short-Form (SF-36)*⁸, o qual é formado por oito domínios sumarizados em dois polos, o físico e o mental⁹, tendo sido utilizado para avaliar a QVRS de indivíduos com doença isquêmica do coração, tanto em estudos internacionais^{10,11} quanto nacionais.^{4, 5, 6}

Resultados de estudos realizados com indivíduos com DAC sugerem que os domínios da QVRS mais comprometidos antes da CRVM são: Aspectos físicos, Capacidade funcional^{4, 5, 6} e Aspectos emocionais.⁴

Outras variáveis relacionadas à QVRS também têm sido avaliadas, como a presença de sintomas depressivos^{12, 13} e o senso de coerência (SC)¹⁴ no contexto do paciente com DAC.

A depressão é considerada um preditor independente de aumento do tempo de internação após CRVM e de complicações perioperatórias tardias.¹⁵ A QVRS e os sintomas de ansiedade e depressão estão relacionados com a gravidade da DAC, como foi identificado em estudo realizado com pacientes submetidos à angiografia coronariana eletiva.¹³

Estudos realizados com indivíduos com DAC, antes de serem submetidos à CRVM, associaram a presença de sintomas depressivos a algumas variáveis sociodemográficas ou clínicas. Indivíduos que possuíam baixo nível de escolaridade apresentaram mais sintomas depressivos.¹⁶ O número de comorbidades e o aumento da idade foi relacionado à maior probabilidade de sintomas depressivos.¹²

Quanto ao SC, estudos realizados com indivíduos cardiopatas têm identificado associação dessa variável com melhor QVRS^{14,17} e diminuição dos sintomas depressivos.⁴ Indivíduos que apresentam melhor SC são capazes de adotar comportamentos saudáveis e são mais propensos a mudanças de estilo de vida, melhorando assim sua QVRS, além de diminuir fatores de riscos para DAC.¹⁸

Considerando a relação da QVRS de indivíduos cardiopatas com a presença de sintomas depressivos e o SC, e levando em consideração ainda que a avaliação dessas variáveis pode subsidiar o planejamento da assistência de enfermagem e médica no perioperatório e na reabilitação de indivíduos que irão ser submetidos à CRVM, o presente estudo teve como objetivo avaliar a relação entre QVRS, sintomas depressivos e SC de indivíduos com doença coronariana com indicação de CRVM.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, de corte transversal, desenvolvido em um hospital beneficente localizado em Aracaju, estado de Sergipe, o qual assiste indivíduos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com pacientes internados para o tratamento cirúrgico da doença arterial coronariana.

A amostra foi composta por 63 indivíduos que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: possuir 18 anos ou mais, não ter sido submetido à CRVM anteriormente, ter indicação para ser submetido apenas à CRVM, estar internado na enfermaria ou apartamento há, no máximo, 28 dias e possuir condições cognitivas para responder ao questionário.

Para a avaliação da condição cognitiva foi avaliado se o indivíduo sabia o dia da semana e onde estava internado. Foi estabelecido tempo máximo de internação de 28 dias, considerando que as questões que compõem o SF-36, instrumento utilizado para mensurar a QVRS, abordam aspectos da saúde física e emocional referentes às últimas quatro semanas. Pacientes internados há 29 dias ou mais não estariam desenvolvendo as atividades mensuráveis pelo instrumento e, por isso, não foram inseridos no estudo.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe (CAAE – 0144.0107.000-11). A coleta de dados ocorreu no período de outubro de 2012 a dezembro de 2013. Foi realizada por meio de entrevistas individuais e consulta aos prontuários dos participantes. Foram utilizados quatro instrumentos, um para a caracterização sociodemográfica e clínica; o SF-36⁹ para avaliar a QVRS; o BDI¹⁹ para avaliar a presença de sintomas depressivos e o QSCA²⁰, versões traduzidas para o português do Brasil e validadas.

O SF-36 é um instrumento multidimensional formado por 36 itens englobados em oito componentes: Capacidade funcional (com 10 itens), Aspectos físicos (“*role – physical*”) (4 itens), Dor (2 itens), Estado geral de saúde (5 itens), Vitalidade (4 itens), Aspectos sociais (2 itens), Aspectos emocionais (*role – emotional*) (3 itens) e Saúde mental (5 itens) e mais uma questão para a avaliação comparativa do estado geral de saúde atual e a de um ano atrás. O instrumento aborda as últimas quatro semanas e avalia tanto os aspectos negativos (doença/enfermidade) quanto os positivos (bem-estar) do sujeito. Para a avaliação dos resultados, as respostas aos seus itens são computadas em seus respectivos domínios, e esses valores são normalizados em uma escala de zero a 100. Valores menores que 50 refletem uma percepção de saúde precária e dor, enquanto altos valores refletem uma percepção de boa saúde, ausência de déficits funcionais e de dor.^{8,21}

O BDI é um instrumento de auto avaliação da presença de sintomas depressivos composto por 21 itens, cuja pontuação pode variar de 0 a 73. Os itens incluem sintomas e atitudes que se referem a tristeza, sensação de fracasso, pessimismo, sensação de culpa, falta de satisfação, sensação de punição, auto depreciação, autoacusações, crises de choro, intenções suicidas, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para trabalho, distúrbio do sono, perda de apetite, fadiga, perda de peso, preocupação somática e diminuição da libido.^{22,19}

O QSCA é composto por 29 itens que são respondidos em uma escala de sete pontos, com frases âncoras nos valores extremos (1 e 7), sendo que o valor um representa o senso de coerência mais fraco e o valor sete, um senso de coerência mais elevado. Altos escores indicam forte senso de coerência em um intervalo possível de 29 a 203.^{23,24}

Para a análise dos dados foram realizadas análises estatísticas descritivas de frequência simples para variáveis categóricas, de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio-padrão) para as variáveis contínuas. Para avaliar a associação entre a medida de QVRS, sintomas depressivos e SC, SC, foi aplicado o teste de correlação de *Sperman* e o teste *Mann Whitney*. O nível de significância foi de 0,05.

RESULTADOS

Dos 63 participantes do estudo tinham em média 58.2 ± 13.0 anos, a maioria era do sexo masculino (60.3%), tinha companheiro(a) (81%) e baixa escolaridade, 71.4% estudaram até o ensino fundamental. A maior parte era sedentária (73%), tinha história de angina e IAM (76%).¹⁶

Quanto à avaliação da QVRS, observou-se que quatro domínios do SF-36 apresentaram valores medianos inferiores a 50, que corresponde à metade do escore máximo para cada componente que é 100, demonstrando assim maior comprometimento nos domínios: Aspectos físicos (0,00; desvio padrão de 27,87), Aspectos emocionais (33,33; desvio padrão de 40,16), Capacidade funcional (40,00; desvio padrão de 28,24) e Dor (41,00; desvio padrão de 28,99). Enquanto que o domínio melhor avaliado foi Estado geral de saúde (67,00; desvio padrão de 21,46).

Observamos correlações estatisticamente significantes entre as medidas dos sintomas depressivos e os domínios Saúde mental, Aspectos emocionais, Dor e Estado geral de saúde do SF-36 e entre as medidas do SC e os domínios Saúde mental, Vitalidade, Aspectos emocionais, Estado geral de saúde e Capacidade funcional. Correlação forte e negativa foi obtida entre a medida de depressão e de SC (TAB.1).

Tabela 1. Correlações entre as medidas de QVRS (SF-36), depressão (BDI) e SC (QSCA) (n=63). Aracaju, outubro de 2012 a dezembro de 2013.

Variáveis	BDI	QSCA
SF-36	r (p)*	r (p)*
Aspectos físicos	-0,112 (> 0,05)	0,121 (> 0,05)
Aspectos emocional	-0,444 (< 0,05)	0,383 (< 0,05)
Dor	-0,398 (< 0,05)	0,280 (> 0,05)
Capacidade funcional	- 0,285 (> 0,05)	0,313 (< 0,05)
Vitalidade	-0,282 (> 0,05)	0,443 (< 0,05)
Saúde mental	-0,471 (< 0,05)	0,472 (< 0,05)
Aspectos sociais	-0,098 (> 0,05)	0,210 (> 0,05)
Estado geral de saúde	-0,377 (< 0,05)	0,357 (< 0,05)
BDI	1	-0,514 (< 0,05)

*Valores de *p* provenientes do teste de correlação de *Spearman*

DISCUSSÃO

A avaliação da QVRS demonstrou que os participantes apresentaram, sobretudo, dificuldades para realizar atividades profissionais e/ou domésticas em decorrência de sua saúde física (Aspectos físicos), assim como em outro estudo realizados no Brasil, cujos indivíduos

apresentavam algumas características sociodemográficas semelhantes às do presente estudo, como, idade⁴, prevalência do sexo masculino e a maior parte ter companheiro(a).^{4, 6, 25}

A presença de sintomas depressivo, avaliado com o BDI, apresentou correlação negativa com domínios do SF-36. O aumento desses sintomas se correlacionou com nervosismo, depressão, desânimo e com menos tranquilidade e felicidade (Saúde mental); com maior comprometimento para realização de atividades profissionais e/ou domésticas devido alterações emocionais (Aspectos emocionais); com maior queixa de dor e de sua interferência para a realização do trabalho dentro e fora de casa (Dor) e com pior avaliação da saúde (Estado geral de saúde). Embora no presente estudo o domínio Aspecto físico não tenha se correlacionado com a medida que avaliou sintomas depressivos, BDI, de acordo com a literatura a depressão é um preditor subsequente de pior QVRS física. Tratar a depressão pode contribuir para uma melhor QVRS nesse domínio.²⁶

No contexto do indivíduo que irá ser submetido à CRVM, a presença de sintomas depressivos é uma preocupação, pelo seu potencial de interferir negativamente na recuperação.¹⁵ Assim, no planejamento da assistência de enfermagem e médica a este indivíduo é importante o desenvolvimento de ações que possam interferir positivamente na diminuição dos sintomas depressivos e/ou no seu impacto no perioperatório e reabilitação.

O SC, avaliado com o QSCA, apresentou correlação positiva com domínios do SF-36. Assim, maior SC se correlacionou com menos nervosismo, depressão, desânimo e com maior tranquilidade e felicidade (Saúde mental); com maior disposição e energia e com menos cansaço e esgotamento (Vitalidade); com menor comprometimento para a realização de atividades profissionais e/ou domésticas devido alterações emocionais (Aspectos emocionais); com melhor avaliação da saúde (Estado geral de saúde) e com menor dificuldade para realização de atividades, desde as mais vigorosas como correr e levantar objetos pesados, até tomar banho ou vestir-se (Capacidade funcional).

Em um estudo realizado 615 indivíduos tratados com CRVM ou Angioplastia Coronariana Transluminal Percutânea (ACTP) também foi observada correlação entre SC e QVRS, indivíduos com fraco ou moderado SC apresentaram pior avaliação da QVRS, quando comparados a indivíduos com forte SC¹⁷, assim como em outro estudo realizado com 179 indivíduos submetidos à ACTP, no qual o SC foi identificado como preditor de QVRS após o procedimento.¹⁴

O SC também apresentou correlação negativa com a medida que avaliou presença de sintomas depressivos, sugerindo que quanto maior o SC, menos sintomas depressivos o

indivíduo apresentará. O SC pode ser um fator de proteção no desenvolvimento de ansiedade e depressão no perioperatório de indivíduos submetidos à cirurgia cardíaca.²⁷

CONCLUSÃO

Os participantes demonstraram que a DAC comprometeu a QVRS, sendo essa interferência maior para a realização de atividades profissionais e/ou domésticas em decorrência da saúde física (Aspecto físico). A presença de sintomas depressivos e o SC interferiram na QVRS, sugerindo que quanto mais sintomas depressivos, pior será a QVRS, enquanto que quanto mais forte SC melhor será a QVRS. Um mais forte SC também se correlacionou a menos sintomas depressivos.

Espera-se que esses dados possam contribuir para o planejamento da assistência à saúde de indivíduos que irão ser submetidos à CRVM, com o objetivo de direcionar ações que promovam uma melhor QVRS, considerando a presença de sintomas depressivos e o SC.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil, Ministério da Saúde. *Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS*. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br>>. Acessado em 23 de dezembro de 2014.
2. Gomes WJ. Cirurgia de revascularização miocárdica com e sem circulação extracorpórea. O cirurgião cardíaco deve dominar ambas as técnicas. *Rev Bras Cir Cardiovasc*. 2012; 27(2):v-viii.
3. Baig K, Harling L, Papanikitas J, Attaran S, Ashrafian H, Casula R, Athanasiou T. Does coronary artery bypass grafting improve quality of life in elderly patients? *Interact Cardiovasc Thorac Surg*. 2013; 17(3): 542–53.
4. 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.
5. Dal Boni ALM, Martinez JE, Saccomann ICRS. Qualidade de Vida de pacientes submetidos à revascularização do miocárdio. *Acta paul. enferm*. 2013; 26(6): 575-80.
6. Sampaio JKVR, Figueiredo Neto JA, Queiroz LLC, Sousa RML, Reis LM CB, Silva FMAM. Impacto na qualidade de vida pós-angioplastia coronariana ou revascularização do miocárdio. *Rev Bras Cardiol*. 2013; 26(5): 337-46.
7. MAYO, N.E. (Editor). *Dictionary of Quality of Life and Health Outcomes Measurement*. 1st ed. International Society for Quality of Life Research (ISOQOL), 2015.

8. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, United States. 1992; 30(6): 473-83.
9. Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “Medical Outcomes 36 Item Short Form Health Survey - SF-36”. São Paulo, 1997. 143f. Tese (Doutorado) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1997.
10. Dueñas M, Ramirez C, Arana R, Failde I. Gender differences and determinants of health related quality of life in coronary patients: a follow-up study. *BMC Cardiovasc Disord*. 2011; 11: 24.
11. Sumin AN, Gaifulin RA, Mos'kin MG, Korok EV, Shcheglova AV, Ivanov SV, Barbarash OL. Quality of life in patients of different age groups with ischemic heart disease: effect of multifocal atherosclerosis. *Adv Gerontol*. 2012; 25(4): 668-74.
12. Nunes JKVS, Figueiredo JA Neto, Sousa RML, Costa VLXC, Silva FMAM, Hora AFLT, *et al*. Depression after CABG: a prospective study. *Rev Bras Cir Cardiovasc*. 2013; 28(4): 491-7.
13. Ekici B, Ercan EA, Cehreli S, Töre HF. The effect of emotional status and health-related quality of life on the severity of coronary artery disease. *Kardiol Pol*. 2014; 72(7): 617-23.
14. Silarova B, Nagyova I, Rosenberger J, Studencan M, Ondusova D, Reijneveld SA, *et al*. Sense of coherence as an independent predictor of health-related quality of life among coronary heart disease patients. *Qual Life Res*. 2012; 21(10): 1863-71.
15. Beresnevaitė M, Benetis R, Taylor GJ, Jurėnienė K, Kinduris Š, Barauskienė V. Depression predicts perioperative outcomes following coronary artery bypass graft surgery. *Scandinavian Cardiovascular Journal*. 2010; 44(5): 289–94.
16. Cunha M da, Maria D, Anjos D, Silva T, Franca Lisboa Gois C, Mattos T de, *et al*. Depressive symptoms in patients with coronary artery disease. *Investigación y Educación en Enfermería*. 2016; 34(2): 323–8.
17. Kattainen E, Meriläinen P, Sintonen H. Sense of coherence and health-related quality of life among patients undergoing coronary artery bypass grafting or angioplasty. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2006; 5(1): 21-30.
18. Silarova B, Nagyova I, Rosenberger J, Studencan M, Ondusova D, Reijneveld SA, *et al*. Sense of coherence as a predictor of health-related behaviours among patients with

- coronary heart disease. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2014; 13(4): 345–56.
19. Gorenstein C, Andrade L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Rev Psiquiatr Clín*. 1998; 25(5): 245-50.
 20. Spadoti Dantas RA, Silva FS e, Ciol MA. Psychometric properties of the Brazilian Portuguese versions of the 29- and 13-item scales of the Antonovsky's Sense of Coherence (SOC-29 and SOC-13) evaluated in Brazilian cardiac patients. *J Clin Nurs*. 2014; 23(1–2): 156–65.
 21. 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). *Revista Brasileira de Reumatologia*. 1999; 39(3): 143-50.
 22. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961; 4: 561-71.
 23. Antonovsky A. *Unraveling the mystery of health*. São Francisco: Jossey-Bass; 1987.
 24. Dantas RAS. Adaptação cultural e validação do Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky em uma amostra de pacientes cardíacos brasileiros [tese livre-docência]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2007.
 25. Boni ALMD, Martinez JE, Sacconmann ICRS. Qualidade de vida de pacientes submetidos a revascularização do miocárdio. *Acta Paul Enferm*. 2013; 26(6): 575-80.
 26. Dickens C, Cherrington A, McGowan L. Depression and health-related quality of life in people with coronary heart diseases: a systematic review. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2012; 11(3): 265-75.
 27. Torrati FG; Gois CFL, Dantas, RAS. Estratégia no cuidado ao paciente cardíaco cirúrgico: avaliação do senso de coerência. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2010; 44(3): 739-44.

5 ANEXOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
CAMPUS DA SAÚDE PROF. JOÃO CARDOSO NASCIMENTO JR
Rua Cláudio Batista S/N- Centro de Pesquisas Biomédicas - Bairro Sanatório
CEP: 49060-100 Aracaju -SE / Fone:(79) 2105-1805
E-mail: cephu@ufs.br

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que o Protocolo de Pesquisa intitulado: **“QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE, DEPRESSÃO E ADESÃO AO TRATAMENTO, ANTES E APÓS REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO”** – Nº CAAE –0144.0.107.000-11, sob orientação da pesquisadora **Prof. Dra. Cristiane Franca Lisboa Gois**, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe- CEP/UFS em reunião realizada dia **03/06/2011**.

Cabe ao pesquisador apresentar ao CEP/UFS os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Res. CNS 196/96).

Aracaju, 10 de junho de 2011.

Anita Herminia Oliveira Souza
Prof. Ms. Anita Herminia Oliveira Souza
Coordenadora do CEP/UFS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome da pesquisa: “Qualidade de vida relacionada à saúde, depressão e senso de coerência de pacientes, antes e após revascularização do miocárdio.”

Pesquisador responsável: Profa. Dra. Cristiane Franca Lisboa Gois (COREN-SE 81679).

Promotora da pesquisa: Universidade Federal de Sergipe

Estamos realizando uma pesquisa com pacientes cardíacos antes e após serem submetidos à cirurgia cardíaca a fim de avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde desses pacientes, assim como a presença de depressão e a capacidade de enfrentamento de cada um. A sua participação neste estudo é **voluntária**. Decidindo participar, você irá responder a algumas questões sobre como a sua saúde tem influenciado sua vida, sobre aspectos que podem estar ligados aos sentimentos de tristeza e depressão e como você tem enfrentado as alterações na sua saúde, com a cirurgia inserida neste contexto. Estas perguntas são pessoais, caso você se sinta constrangido ou incomodado em respondê-las pode recusar-se a participar do estudo ou interrompê-lo a qualquer momento. O tempo da entrevista é de meia hora. Este estudo não oferece qualquer risco ou desconforto e asseguramos que você não será identificado. Embora sua participação não lhe traga nenhum benefício diretamente, os resultados deste estudo nos ajudarão a conhecer como vivem os pacientes antes e após a cirurgia de Revascularização do Miocárdio, que são atendidos neste hospital. Futuramente poderemos propor um atendimento que ajude a melhorar a qualidade de vida destas pessoas. **Se decidir não participar da nossa pesquisa, ou resolver parar no meio da entrevista, sua decisão não acarretará nenhuma mudança no seu atendimento pelos profissionais deste hospital.**

Pesquisadora responsável:

Profa. Dra. Cristiane Franca Lisboa Gois

Contato:cristiane_flg@hotmail.com

Fone: (79) 9816-6564

EU _____,

RG _____, abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, e ciente dos meus direitos abaixo relacionados, concordo em participar.

1.	A garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida a respeito dos procedimentos, riscos, benefícios e de outras situações relacionadas com a pesquisa e o tratamento a que serei submetido.
2.	A liberdade de retirar o meu consentimento e deixar de participar do estudo, a qualquer momento, sem que isso traga prejuízo à continuidade do meu tratamento.
3.	A segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada a minha privacidade.
4.	O compromisso de que me será prestada informação atualizada durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade de continuar dele participando.

5.	O compromisso de que serei devidamente acompanhado e assistido durante todo o período de minha participação no projeto, bem como de que será garantida a continuidade do meu tratamento, após a conclusão dos trabalhos da pesquisa.
6.	O compromisso de que será comunicada à equipe médica responsável pelo meu tratamento a presença de depressão, caso se suspeite, após ter respondido o instrumento para sua avaliação.

Aracaju, _____ de _____ de _____

Assinatura do participante

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS ID _____

1. Data 1ª entrevista: _____

Dados a serem coletados no prontuário do paciente

1ª ENTREVISTA

Antes da Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (RM)

4. Registro: _____ **5. Data internação:** _____ **6. Data nascimento:** _____

7. Peso: _____ **8. Estatura:** _____ **9. Sexo:** () 1. M () 2.F

10. Já fez algum tratamento anterior para a DAC: 1. Medicamentoso ()

2. Angioplastia coronária transluminal percutânea (ACTP) () 3. Não fazia tratamento ()

11. Presença de coronariopatia prévia:

Angina: () 0. Não () 1. Sim Infarto Aguda do Miocárdio (IAM): () 0. Não () 1. Sim

12. Presença de doenças associadas/fatores de risco (alguns itens também terão que ser perguntados ao paciente):

1. Hipertensão arterial () 2. Acidente vascular cerebral (derrame) () 3. Dislipidemias ()

4. Câncer () 5. Insuficiência cardíaca () 6. Diabetes () 7. Insuficiência renal () 8. Tabagismo

() 9. Etilismo () 10. Outros () _____

Dados a serem coletados com o paciente

Antes da Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (RM)

21. Estado civil: 1. Solteiro () 2. Casado () 3. Separado () 4. União estável () 5. Viúvo(a) ()

22. Grau de escolaridade: Quantos anos frequentou o ensino formal: _____

23. Situação profissional: 1- Ativo () 2. Aposentado ()

3- Aposentado, mas desempenha atividade remunerada ()

4. Aguardando aposentadoria devido ao problema cardíaco

5- Desempenha atividades em casa (dona de casa, auxilia na casa) 6- desempregado ()

7-Outro: _____

24. Renda mensal: Individual: R\$ _____ **Familiar:** R\$ _____

25. Nº de pessoas que dependem da renda familiar: _____

26. Atividade física semanal até um mês antes da internação: () 0.Não () 1.Sim _____

27. Faz uso de medicação controlada (utilizada para algum distúrbio mental):

() 0.Não () 1.Sim _____ (nome, frequência e concentração)

***Observação: o preenchimento tem que ser pelo mesmo sujeito em todas as entrevistas.**

MEDICAL OUTCOMES STUDY 36 - ITEM SHORT-FORM (SF-36)

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda a cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro (a) em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

SF1. Em geral, você diria que sua saúde é: (circule uma)

- Excelente.....1
- Muito boa.....2
- Boa.....3
- Ruim.....4
- Muito ruim.....5

SF2. Comparada há um ano atrás, como você classificaria sua saúde geral, **agora?** (circule uma)

- Muito melhor agora do que há um ano atrás.....1
- Um pouco melhor agora do que há um ano atrás.....2
- Quase a mesma coisa de um ano atrás.....3
- Um pouco pior agora do que há um ano atrás.....4
- Muito pior agora do que há um ano atrás.....5

SF3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum.

Devido à sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

Atividades	Sim. Dificulta muito.	Sim. Dificulta um pouco.	Não. Dificulta de modo algum.	Não

a. Atividades vigorosas , que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b. Atividades moderadas , tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c. Levantar ou carregar mantimentos.	1	2	3
d. Subir vários lances de escada.	1	2	3
e. Subir um lance de escada	1	2	3
f. Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g. Andar mais de um quilômetro	1	2	3
h. Andar vários quarteirões	1	2	3
i. Andar um quarteirão	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

SF4. Durante as **últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou alguma atividade diária regular, **como consequência da sua saúde física?**

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c. Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d. Teve dificuldades de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex.: necessitou de um esforço extra)?	1	2

SF5. Durante as **últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, **como consequência de algum problema emocional** (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

SF6. Durante as **últimas 4 semana**, de que maneira a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, aos vizinhos, aos amigos ou em grupo?

(circule uma)

- De forma nenhuma.....1
- Ligeiramente.....2
- Moderadamente.....3
- Bastante.....4
- Extremamente.....5

SF7. Quanta **dor no corpo** você teve durante as **últimas 4 semanas**?

(circule uma)

- Nenhuma.....1
- Muito leve.....2
- Leve.....3
- Moderada.....4
- Grave.....5
- Muito grave.....6

SF8. Durante as **últimas 4 semanas**, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora de casa e dentro de casa)?

(circule uma)

- De forma nenhuma.....1
- Um pouco.....2
- Moderadamente.....3
- Bastante.....4
- Extremamente.....5

SF9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as **últimas 4 semanas**. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxima da maneira como você se sente em relação às **últimas 4 semanas** (circule um número em cada linha)

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca

a. Quanto tempo você tem se sentido cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c. Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f. Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g. Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i. Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

SF10. Durante as **últimas 4 semanas**, quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

(circule uma)

- Todo o tempo.....1
- A maior parte do tempo.....2
- Alguma parte do tempo.....3
- Uma pequena parte do tempo.....4
- Nenhuma parte do tempo.....5

SF11. O quanto **verdadeira** ou **falsa** é cada uma das afirmações para você?

	Definitiva mente verdadeir o	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
--	---------------------------------------	--------------------------------------	---------	---------------------------------	-----------------------

a. Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas.	1	2	3	4	5
b. Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço.	1	2	3	4	5
c. Eu acho que minha saúde vai piorar.	1	2	3	4	5
d. Minha saúde é excelente.	1	2	3	4	5

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK

Instrução: Este questionário consiste de 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0,1,2 ou 3) diante da afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira como você tem se sentido nesta semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

1. 0 Não me sinto triste
 - 1 Eu me sinto triste
 - 2 Estou sempre triste e não consigo sair disso
 - 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar

2. 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro
 - 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro
 - 2 Acho que nada tenho a esperar
 - 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar

3. 0 Não me sinto um fracasso
 - 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum
 - 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos
 - 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso

4. 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes
 - 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes
 - 2 Não encontro um prazer real em mais nada
 - 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo

5. 0 Não me sinto especialmente culpado
 - 1 Eu me sinto culpado às vezes
 - 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo
 - 3 Eu me sinto sempre culpado

6. 0 Não acho que esteja sendo punido

- 1 Acho que posso ser punido
 - 2 Creio que vou ser punido
 - 3 Acho que estou sendo punido
7. 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo
- 1 Estou decepcionado comigo mesmo
 - 2 Estou enojado de mim
 - 3 Eu me odeio
8. 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros
- 1 Sou crítico em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros
 - 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas
 - 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece
9. 0 Não tenho quaisquer ideias de me matar
- 1 Tenho ideias de me matar, mas não as executaria
 - 2 Gostaria de me matar
 - 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade
10. 0 Não choro mais que o habitual
- 1 Choro mais agora do que costumava
 - 2 Agora, choro o tempo todo
 - 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira
11. 0 Não sou mais irritado agora de que já fui
- 1 Fico molesto ou irritado mais facilmente do que costumava
 - 2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo
 - 3 Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me
12. 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas
- 1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas
 - 2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas
 - 3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas
13. 0 Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época
- 1 Adio minhas decisões mais do que costumava
 - 2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes
 - 3 Não consigo mais tomar decisões
14. 0 Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser
- 1 Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos
 - 2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos
 - 3 Considero-me feio
15. 0 Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes
- 1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa
 - 2 Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa
 - 3 Não consigo fazer nenhum trabalho

16. 0 Durmo tão bem quanto de hábito
 1 Não durmo tão bem quanto costumava
 2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir
 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir
17. 0 Não fico mais cansado que de hábito
 1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava
 2 Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa
 3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa
18. 0 Meu apetite não está pior do que de hábito
 1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser
 2 Meu apetite está muito pior agora
 3 Não tenho mais nenhum apetite
19. 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente
 1 Perdi mais de 2,5 Kg
 2 Perdi mais de 5,0 Kg
 3 Perdi mais de 7,5 Kg
 Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos: Sim () Não ()
20. 0 Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde
 1 Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre
 2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso
 3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa
21. 0 Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual
 1 Estou menos interessado por sexo que costumava
 2 Estou bem menos interessado em sexo atualmente
 3 Perdi completamente o interesse por sexo

QUESTIONÁRIO DE SENSO DE COERÊNCIA DE ANTONOVSKY

Instrução: Aqui está uma série de questões relacionadas a vários aspectos de nossas vidas. Cada questão tem sete respostas possíveis. Por favor, marque o número que expressa sua resposta, com números de 1 a 7. Se você estiver de acordo com as palavras abaixo do número 1, circule o número 1. Se você estiver de acordo com as palavras abaixo do número 7, circule o número 7. Se sua resposta for diferente, circule o número que melhor expressa seus sentimentos. Por favor, marque só uma resposta para cada questão (Mostrar exemplo de preenchimento de acordo com o sexo do paciente).

1. Quando você conversa com outras pessoas tem a sensação de que elas não te entendem?
- | | | | | | | |
|---------------------------------|---|---|---|---|---|----------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Nunca
tenho essa
sensação | | | | | | Sempre
tenho essa
sensação |

2. Quando você precisou fazer algo que dependia da colaboração de outros, você teve a sensação de que:

1	2	3	4	5	6	7
Com certeza não seria feito						Com certeza seria feito

3. Pense nas pessoas com quem você tem contato diariamente e das quais não se sente muito próximo, pois não são seus familiares e amigos íntimos (vizinhos, pessoas que trabalham no mesmo local ou que frequentam os mesmos lugares, como, por exemplo, sua igreja). Como você acha que conhece a maioria dessas pessoas?

1	2	3	4	5	6	7
Você sente que não as conhece						Você as conhece muito bem

4. Com que frequência você tem a sensação de que não se importa com o que está se acontecendo ao seu redor:

1	2	3	4	5	6	7
Raramente ou nunca						Com muita frequência

5. Alguma vez já aconteceu de você se surpreender com o comportamento de pessoas que você achava que conhecia bem?

1	2	3	4	5	6	7
Nunca aconteceu						Sempre aconteceu

6. Já aconteceu das pessoas com quem você contava te decepcionarem?

1	2	3	4	5	6	7
Nunca aconteceu						Sempre aconteceu

7. A vida é:

1	2	3	4	5	6	7
Muito interessante						Muito rotineira

8. Até agora, sua vida tem sido:

1	2	3	4	5	6	7
Sem qualquer objetivo ou finalidade						Com finalidade e objetivos claros

9. Com que frequência você tem a sensação de que está sendo tratado injustamente?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

- Com muita frequência
10. Nos últimos dez anos sua vida tem sido:
- 1 2 3 4 5 6 7
- Cheia de mudanças sem que você soubesse o que iria acontecer em seguida
- Raramente ou nunca
- Completamente previsível (esperada)
11. A maior parte das coisas que você fará no futuro provavelmente será:
- 1 2 3 4 5 6 7
- Completamente fascinante
- Extremamente chata
12. Com que frequência você tem a sensação de que está numa situação desconhecida (nunca vivida antes) e não sabe o que fazer?
- 1 2 3 4 5 6 7
- Com muita frequência
- raramente ou nunca
13. Como você vê a vida?
- 1 2 3 4 5 6 7
- Sempre se pode achar uma solução para os sofrimentos da vida
- Não há solução para os sofrimentos da vida
14. Quando você pensa na sua vida, frequentemente você:
- 1 2 3 4 5 6 7
- Sente o quanto é bom estar vivo
- Pergunta a si mesmo por que você existe
15. Quando você enfrenta um problema difícil, a escolha de uma solução é:
- 1 2 3 4 5 6 7
- Sempre confusa e difícil de encontrar
- Sempre completamente clara e fácil de encontrar
16. Fazer as coisas que você faz todos os dias é:
- 1 2 3 4 5 6 7
- Uma fonte de grande
- Uma fonte de

prazer e
satisfação

sofrimento
e chatice

17. Sua vida no futuro provavelmente será:

1	2	3	4	5	6	7
Cheia de mudanças sem que você saiba o que acontecerá em seguida						Completamente previsível (esperada)

18. Quando algo desagradável aconteceu, sua tendência foi:

1	2	3	4	5	6	7
Ficar se “remoendo de raiva” sobre o acontecido						Dizer “está tudo bem, tenho que viver com isso” e seguir em frente

19. Com que frequência você tem sentimentos e ideias bastante confusas?

1	2	3	4	5	6	7
Com muita frequência						Raramente ou nunca

20. Quando você faz algo que lhe dá uma sensação boa, o que você sente:

1	2	3	4	5	6	7
Com certeza você continuará sentindo-se bem						Com certeza algo acontecerá para estragar essa sensação

21. Com que frequência acontece de você ter sentimentos que você preferiria não sentir?

1	2	3	4	5	6	7
Com muita frequência						Raramente ou nunca

22. Você acha que sua vida pessoal no futuro será:

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente sem significado e finalidade						Cheia de significado e finalidade

23. Você acha que sempre existirão pessoas com quem você poderá contar no futuro?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

- Você está certo de que essas pessoas existirão
- Você duvida que essas pessoas existirão
24. Com que frequência você tem a sensação de que não sabe exatamente o que está para acontecer?
- 1 2 3 4 5 6 7
- Com muita frequência Raramente ou nunca
25. Muitas pessoas - mesmo aquelas muito fortes - algumas vezes se sentem como fracassadas em certas situações. Com que frequência você já se sentiu dessa maneira?
- 1 2 3 4 5 6 7
- Nunca Com muita frequência
26. Quando alguma coisa acontece a você, em geral você acha que:
- 1 2 3 4 5 6 7
- Você deu muita ou pouca importância para o que aconteceu
- Você viu as coisas na medida certa
27. Quando você pensa nas dificuldades que provavelmente terá que enfrentar em aspectos importantes de sua vida, você tem a sensação de que:
- 1 2 3 4 5 6 7
- Sempre terá sucesso em superar as dificuldades
- Não terá sucesso em superar as dificuldades
28. Com que frequência você tem a sensação de que há pouco significado nas coisas que faz na sua vida diária?
- 1 2 3 4 5 6 7
- Com muita frequência Raramente ou nunca
29. Com que frequência você tem a sensação de que você não consegue manter seu auto-controle?
- 1 2 3 4 5 6 7
- Com muita frequência Raramente ou nunca