

# AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA CARDÍACA NO ESTADO DE SERGIPE.

Geiza Rabelo de Santana<sup>1</sup>  
Juliana Fontes dos Passos<sup>2</sup>  
Géssica Uruga Oliveira<sup>3</sup>  
Valter Joviniano Santana-Filho<sup>4</sup>  
Amaro Afrânio de Araújo Filho<sup>5</sup>  
Walderi Monteiro da Silva Junior<sup>6</sup>  
Telma Cristina Fontes Cerqueira<sup>7</sup>  
Manoel Luiz de Cerqueira-Neto<sup>8</sup>

Fisioterapia



ISSN IMPRESSO 1980-1769  
ISSN ELETRÔNICO 2316-315

## RESUMO

A cirurgia cardíaca é um procedimento de alto risco relacionado a sérias complicações pós-operatórias. Um dos principais fatores a serem analisados no paciente de pós-cirurgia cardíaca é o impacto em sua QV, que sofre alterações com a perda do equilíbrio entre o binômio saúde/doença. Esta pesquisa foi realizada na Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia, na cidade de Aracaju-SE entre os meses de Abril a Junho de 2013. A amostra foi composta por indivíduos de pré e pós-operatório de cirurgia cardíaca. Foram avaliados três grupos de pacientes: um grupo de pacientes internados em fase de preparação para cirurgia cardíaca (G1) e dois grupos pós-intervenção cirúrgica e alta hospitalar: G2: 30 dias a três meses de alta hospitalar; G3: três meses a um ano de alta hospitalar. Os resultados obtidos pela média aritmética do PSN nos três grupos sugerem uma piora na qualidade de vida com o passar do tempo. Concluímos que, apesar de uma diferença não significativa entre grupos dos domínios do PSN, as médias indicam piora na QV dos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca no período pós-alta hospitalar.

## PALAVRAS-CHAVE

Cirurgia Cardíaca. Qualidade de Vida. Reabilitação. Fisioterapia.

Cardiac surgery is related to high-risk procedures are related to serious postoperative complications. One of the main factors to be analyzed in patient after cardiac surgery is the impact on their QOL changes that suffers the loss of balance between the binomial health/disease. This research was conducted in the Charitable Foundation Surgical Hospital in the city of Aracaju-SE between the months of April to June 2013. The sample was composed of patients with pre and post-cardiac surgery. We evaluated three different groups of patients: one group of patients in preparation for heart surgery (G1) and two groups after surgery and discharged: G2: 30 days to three months in hospital and G3: three months to one year of hospital discharge. The results obtained by the arithmetic mean of the PSN in the three groups suggest a worsening in quality of life over time. We conclude that despite a significant difference between groups in the fields of PSN, the averages indicate impairment in QOL of patients undergoing cardiac surgery in the post-discharge.

## **KEYWORDS**

Cardiac Surgery. Quality of Life. Rehabilitation. Physiotherapy.

## **1 INTRODUÇÃO**

A cirurgia cardíaca está relacionada a procedimentos de alto risco, relacionados a sérias complicações pós-operatórias. Para isso, se faz necessária a intervenção de uma equipe multiprofissional, visando aumentar a sobrevida e a qualidade de vida (QV) dos pacientes (ALMEIDA, 2003). No ano de 2011 foram realizadas no Brasil por volta de 100 mil cirurgias cardíacas em mais de 170 centros, distribuídos em todos os Estados Brasileiros (CACAU, 2013).

Um dos principais fatores a serem analisados no paciente de pós-cirurgia cardíaca é o impacto em sua QV (FAVARATO, 2006). A Organização Mundial da Saúde (OMS) (1995) define qualidade de vida como “a percepção do indivíduo da sua posição na vida, dentro do contexto cultural e dos valores em que ele vive, bem como em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”, devendo a ela valorizar a perspectiva do sujeito em relação às várias dimensões de sua vida e não só em relação à intensidade de sintomas da sua doença.

Dessa forma, a QV sofre alterações com a perda do equilíbrio entre o binômio saúde/doença. O surgimento da doença, seguida das alterações fisiopatológicas impostas ao organismo e consequente intervenções terapêuticas, entre elas os processos cirúrgicos, podem levar a morbidade física e não física, ocasionando o declínio funcional que necessariamente não está estritamente relacionado com o problema de saúde que causou a admissão e não é automaticamente recuperado quando o problema médico é tratado (SCATOLIN; DIOGO; COLOMBO, 2008).

Sendo assim, este artigo tem como objetivo avaliar a QV dos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca e em qual período essas alterações são mais evidentes.

### 2.1 DELINEAMENTO

Trata-se de um estudo transversal, observacional, prospectivo e descritivo, tendo uma abordagem quantitativa, com a finalidade de verificar a qualidade de vida dos pacientes de pré e pós-operatório de cirurgia cardíaca no estado de Sergipe. Esta pesquisa foi realizada na Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia, na cidade de Aracaju-SE entre os meses de Abril a Junho de 2013.

### 2.2 AMOSTRA

A amostra é não probabilística, por conveniência e consecutiva, composta por indivíduos de pré e pós-operatório de cirurgia cardíaca. Os critérios de Inclusão foram: ambos os sexos, maiores de 18 anos; concordar com a pesquisa e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. Os critérios de exclusão foram: presença de condição psiquiátrica, declínio cognitivo ou demência, influenciando o processo de comunicação.

Para o cálculo amostral, foi tomado como base o artigo prévio "Calidad de vida y salud general percebida de pacientes hospitalizados en una entidad de salud en Granada (Espanã)". Sendo assim, para um alfa de 5% e um poder de 80%, foi necessário avaliarmos um total de 31 pacientes por grupo. Foi usada a interface <http://www.lee.dante.br> para o calculo amostral.

### 2.3 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS PARA COLETAS DE DADOS

A Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia foi convidada a participar da pesquisa, por meio dos chefes de equipe. Após o aceite de participação os pacientes atendidos no acompanhamento pré e pós-operatório destes centros foram convidados a participar da pesquisa e receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram avaliados três grupos de pacientes: G1 que incluem os pacientes internados em fase de preparação para cirurgia; G2 pacientes pós 30 dias a 3 meses de alta hospitalar; G3: 3 meses a 1 ano de alta hospitalar. Estas avaliações foram realizadas nas unidades de internamento e/ ou ambulatório do centro participante. Os procedimentos de avaliação foram reservados a um grupo treinado a fim de diminuir a variabilidade dos resultados.

#### 2.3.1 Anamnese Geral

Uma anamnese com objetivo de caracterização do grupo foi aplicada. Nessa anamnese foram coletados dados de identificação, escolaridade, hábitos sociais (fumo e consumo de bebidas alcoólicas), uso de medicamentos, histórico de doenças e dados antropométricos.

#### 2.3.2 Avaliação da Qualidade de Vida

O Perfil de Saúde de Nottingham (PSN) é um instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida, desenvolvido originalmente para avaliar a qualidade de vida em pacientes portadores de doenças crônicas (TEIXEIRA-SALMELA et al., 2004). Trata-se de um questionário autoadministrado, constituído de 38 itens, baseados na classificação de incapacidade

**116 |** dade descrita pela OMS. Utilizando uma linguagem de fácil interpretação, o PSN fornece uma medida simples da saúde física, social e emocional do indivíduo (MCDOWELLI, 2006) sendo considerado clinicamente válido para distinguir pacientes com diferentes níveis de disfunção e para detectar alterações importantes no quadro de saúde do paciente ao longo do tempo (OLIVEIRA; ORSINI, 2008)

### **2.3.3 Questionário Internacional de Nível de Atividade Física (IPAQ)**

O IPAQ é um instrumento de avaliação do nível de atividade física que é composto por sete questões relacionadas à frequência (dias por semana) e a duração (tempo por dia) da realização de atividades físicas moderadas, vigorosas e da caminhada.

## **2.4 ASPECTOS ÉTICOS**

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. A participação na pesquisa foi condicionada à concordância, por meio de assinatura dos voluntários com todas as informações que se encontram no "Termo de Consentimento Livre e Esclarecido". Tal declaração continha informações sobre o tema da pesquisa, objetivo, benefícios e riscos.

Foi explicado que a pesquisa não implicaria dano algum à sua saúde. Ademais, informado quanto ao seu direito de solicitar novos esclarecimentos, dirimir possíveis dúvidas e desistir de participar da pesquisa a qualquer momento que desejasse.

Por conseguinte, o estudo foi procedido de acordo com as normas expressas na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

## **2.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA**

A primeira etapa da análise dos dados foi catalogá-los na forma de arquivos de planilha de cálculo do *Microsoft Excel 2007®*. Subsequentemente, foi procedida a análise estatística, com o uso do programa *BioStat 5.0® 6.0* da *Stat Soft*.

Foi utilizado o teste *Shapiro Wilk* para normalidade das variáveis. Para testar o PSN que se apresentou não paramétrico foi utilizada a Análise de variância de *Kruskal Wallis*. As variáveis nominais sexo e tipo de cirurgia foram comparados, utilizando o teste qui-quadrado.

Em todos os testes estatísticos, como nível de significância foi considerado o valor de 5% ( $p < 0,05$ ).

Os grupos não apresentaram diferença significativa quanto à idade, sexo, tipo de cirurgia e quanto à adesão ao programa de reabilitação cardíaca fase II. A amostra foi composta por 40 pacientes no G1, G2: 18 pacientes e G3: 19 pacientes. Os resultados quanto a caracterização da amostra encontram-se na Tabela 1.

**Tabela 1 – Apresentação da caracterização da população estudada**

	G1	G2	G3	p
<b>Idade (anos) *</b>	50.3 ±2,2	52.88 ±3,17	53.1± 3	0,68
<b>Sexo</b>				
Masculino	26	6	11	
Feminino	14	12	8	
<b>Cirurgia</b>				
Revascularização do miocárdio	17	6	5	
Troca de Válvula	23	12	14	
<b>Reabilitação Cardíaca Fase II</b>	-	0	0	

Fonte: Dados da Pesquisa.\* (p < 0,05). Teste de Qui-quadrado.

As informações pessoais quanto a estado civil, moradia, escolaridade e situação profissional da amostra são descritas na Tabela 2.

**Tabela 2 – Apresentação das informações pessoais da população estudada**

	G2	G3
<b>Estado Civil</b>		
Casado	55,7%	50%
Solteiro	27,7%	38,9%
Divorciado/Separado	11,1%	11,1%
Viúvo	5,5%	-
Mora com		
Cônjuge/Companheiro	61,1%	52,9%
Outros	27,7%	35,3%
Sozinho	11,1%	5,9%
<b>Escolaridade</b>		
Superior Completo	-	5,5%
Superior Incompleto	5,5%	5,5%
Ensino médio	5,5%	16,7%
Ensino fundamental	88,9%	66,7%
Nenhum		5,5%
<b>Situação Profissional</b>		
Empregado	11,1%	25%
Desempregado	27,7%	43,75%
Aposentado	61,1%	31,25%

Fonte: Dados da Pesquisa

Os resultados quanto aos antecedentes pessoais que caracterizam a amostra encontram-se descritos na Tabela 3.

**Tabela 3 - Antecedentes pessoais da população estudada**

	<b>G2</b>	<b>G3</b>
Ex tabagista	50%	50%
Etilista		5,5%
Ex etilista	44,4%	27,8%
Dislipidemia	38,9%	27,8%
HAS	44,4%	55,5%
Diabetes	22,2%	27,8%
AVC		5,5%
DPOC	5,5%	16,7%
DC reumática	33,3%	55,5%
IAM	11,1%	16,7%

Fonte: Dados da Pesquisa

Quanto ao conhecimento da população sobre a reabilitação cardíaca e sua intenção em participar de um programa de reabilitação cardíaca, obteve-se os resultados descritos na Tabela 4, observando-se que a maior parte da população estudada nunca ouviu falar nem mesmo sabe o que é reabilitação cardíaca, mas teria intenção de participar de um programa.

**Tabela 4 – Conhecimento da população estudada sobre reabilitação cardíaca**

	<b>G2</b>		<b>G3</b>	
	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Já ouviu falar sobre reabilitação cardíaca?	33%	67%	11%	89%
Você sabe o que é reabilitação cardíaca?	11%	89%	0%	100%
Tem intenção em participar de algum programa de reabilitação cardíaca?	82%	18%	83%	17%

Fonte: Dados da Pesquisa.

Quanto à prática de atividades físicas, segundo o IPAQ, a amostra foi classificada em quatro das possíveis classificações sugeridas pelo questionário. A descrição da classificação da amostra encontra-se na Tabela 5.

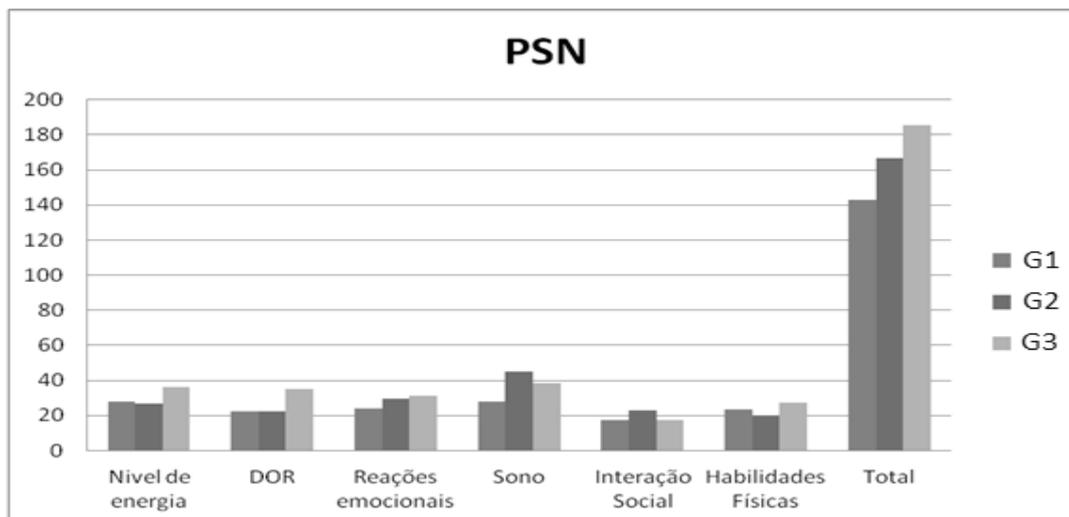
**Tabela 5 – Classificação da amostra quanto ao nível de atividade física segundo o IPAQ**

	<b>G2</b>	<b>G3</b>
Ativo	5,9%	5,9%
Irregularmente Ativo A	23,5%	35,3%
Irregularmente Ativo B	35,3%	29,4%
Sedentário	35,3%	29,4%

Fonte: Dados da Pesquisa.

As questões abordadas pelo PSN se dividem em 6 domínios, que representam áreas que exercem papel importante na qualidade de vida do indivíduo, sendo estes: nível de energia, dor, reações emocionais, sono, interação social e habilidades físicas. Em relação aos resultados do PSN entre os grupos, numa abordagem geral e as diferenças em seus domínios, demonstrou-se que não houve alteração significativa em nenhum domínio nem no total do PSN, mas uma tendência à elevação nos scores entre os grupos G1, G2 e G3 (Figura 1).

**Figura 1 – Média aritmética do resultado geral do PSN e em cada um dos seus domínios**



Fonte: Dados da Pesquisa. \* ( $p < 0,05$ ) Análise de variância de Kruskal Wallis. G1(n=40): Pacientes em preparação para cirurgia cardíaca; G2(n=18): 30 dias a 3 meses de alta hospitalar; G3(n=18): 3 meses a 1 ano de alta hospitalar. Quanto aos domínios avaliados na correlação entre grupos tem-se para Nível de Energia  $p=0,7$ ; Dor  $p=0,14$ ; Reações emocionais  $p=0,39$ ; Sono  $p=0,21$ ; Interação social  $p=0,76$ ; Habilidades físicas  $p=0,57$ . Na comparação entre grupos dos resultados do PSN tem-se  $p=0,19$ .

## 4 DISCUSSÃO

Avaliando-se os resultados obtidos pela média aritmética do PSN nos 3 grupos, pode-se observar que uma tendência à elevação da média foi crescente, indicando uma piora na qualidade de vida com o passar do tempo. Esses resultados são contrários aos obtidos por Favarato (2006), que ao observar 203 pacientes submetidos à cirurgia cardíaca encontrou uma melhora progressiva quanto avaliação da QV aos 6 e 12 meses, após o procedimento cirúrgico, nestes pacientes que realizavam adequadamente o programa de reabilitação fase II, composto por fisioterapia com a prática de exercício físico regular e supervisionado.

Titoto (2006) relata que entre as alterações que seguem após a alta hospitalar, está o descondicionamento físico, podendo ser medido no PSN, por meio do domínio nível de energia. Avaliando-se a influência da cirurgia cardíaca neste domínio, observa-se que os dados sugerem que após um longo período pós-alta hospitalar, os pacientes elevaram seu nível de descondicionamento físico. Atribui-se esse resultado a não adesão dos pacientes ao programa de reabilitação cardíaca fase II, uma vez que Titoto (2006) afirma que aqueles que aderem um programa de condicionamento obtiveram aumento na resistência física.

Resultado semelhante, também, foi observado no estudo de Nery e outros autores

120 | (2007) que avaliou 55 pacientes submetidos à cirurgia cardíaca e verificou que esta tem influência positiva sobre a prática de hábitos saudáveis, incluindo atividades físicas, pois seus pacientes do pós-operatório e pós-alta eram orientados a praticar no mínimo 30 minutos de atividades físicas moderadas.

No domínio habilidade física, o estudo observou que assim como no domínio nível de energia, nesse, também, houve uma diminuição da QV no G3, corroborando com o que relata Calsamiglia (2005), onde afirma que um dos marcadores para a habilidade física é a tolerância ao exercício, portanto, o grupo que obteve menor nível de energia, também obteve menor habilidade física e conseqüentemente piora ou redução da QV.

A dor é um dos importantes marcadores para se avaliar os danos físicos e psicológicos dos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. Segundo Pimenta, (2001), a dor pós-operatória é um fenômeno comum, que além de causar sofrimento pode expor o paciente a riscos desnecessários. Neste estudo, verificou-se que as alterações na qualidade de vida, referentes à dor, foram maiores nos pacientes do grupo G3 em relação ao G2 e o grupo G1.

Os resultados do presente estudo apresentaram-se diferentes dos resultados de Giacomazzi, Lagni e Monteiro (2006), que em seu estudo encontrou índices de dor persistentes somente até o 5º dia pós-operatório. Na atual pesquisa, encontramos alterações na qualidade de vida relacionadas a dor em todos os grupos analisados. O elevado índice de alteração da QV em relação à dor no G3 pode ser atribuído à generalidade do questionário aplicado onde as perguntas relacionadas a este domínio não são específicas para esternotomia, permitindo ao paciente correlacionar a pergunta a qualquer outro sensação dolorosa.

Favarato (2006) afirma que as doenças cardíacas trazem fortes impactos nos âmbitos emocionais e sociais, o que compromete significativamente a QV, mas, também, afirma que após os procedimentos terapêuticos, há melhora nestes âmbitos. Em contrapartida, no presente estudo, as reações emocionais e sociais ainda demonstraram-se alteradas no pós-alta. Oliveira, Sharousky e Ismael (1995) referem, em seu estudo, que no período pós-operatório do paciente revascularizado são comuns crises de choro e momentos de tristeza.

Segundo Burke (1989), a fase pós-alta é tempo de reflexão para o doente que costuma analisar sua vida anterior. A sensação de culpa e de ter provocado a sua doença cardíaca com comportamentos e hábitos pouco saudáveis, pode atormentar o paciente neste período. Também, atribuímos as alterações encontradas nestes domínios ao fato de nessas fases os pacientes apresentarem declínio das habilidades físicas e nível de energia, uma vez que Stella e outros autores (2002) relataram, em seu estudo, que a atividade física, quando regular e bem planejada, contribui para a minimização do sofrimento psíquico, além de oferecer elevação da autoestima.

Quanto ao domínio sono, observa-se que em todos os grupos houve piora na qualidade do sono, que está afetada pela doença ou cirurgia cardíaca. Nota-se um aumento no valor das médias após a cirurgia, no momento pós-alta, que pode ser atribuído à dor e conseqüente redução da mobilidade do paciente, uma vez que, Dantas (2001), em seu estudo que tinha o objetivo de determinar problemas apresentados por 25 sujeitos no primeiro mês, após a alta hospitalar, observou que os pacientes de sua amostra atribuíam à dor torácica a dificuldade de encontrar posições confortáveis para induzir e manter o sono.

Segundo Müller e Guimarães (2007), os distúrbios do sono são responsáveis por várias

consequências na vida das pessoas, pois diminui seu funcionamento diário, propicia ao surgimento e agravamento de problemas de saúde e compromete a QV.

No decorrer desta discussão, atribuiu-se a piora da QV em alguns domínios à inatividade física dos pacientes, que pode ser observada pelos resultados do IPAQ, onde na amostra estudada, apenas um paciente do G2 e um do G3 foram classificados como ativos, ou seja, para a grande maioria não houve adesão à prática de atividade física como parte continuada ao tratamento cardíaco.

De acordo com o I Consenso Nacional de Reabilitação Cardiovascular (SBC, 1997), os pacientes submetidos à cirurgia cardíaca têm indicação para realização de um programa de reabilitação cardíaca e que este deve compreender atividades que vão desde o âmbito hospitalar até o preparo para a realização de atividades físicas de forma independente, após a alta hospitalar. Para isso, é necessário a presença de uma equipe interdisciplinar que possa promover sua inserção na rotina de vida familiar, laboral e de lazer.

Segundo Beckie e Beckstead (2011) a adesão do paciente a um programa de reabilitação cardíaca melhora sua percepção quanto à própria saúde e essa melhor percepção estimula a prática de hábitos saudáveis e consequentemente a melhor QV.

## **5 CONCLUSÃO**

Com o presente estudo, conclui-se que houve uma tendência à piora na QV dos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, no período pós-alta hospitalar, e que esta piora está relacionada com as alterações físicas sofridas pelo paciente que tem repercussão em vários domínios da QV. Com base nisto, nota-se a importância da adesão do paciente ao programa de reabilitação cardíaca fase II, onde a fisioterapia com a prática regular e supervisionada de exercícios físicos tem o objetivo de devolver aos pacientes adequados condicionamento e habilidades físicos, necessários para melhor QV.

- ALMEIDA, F. F. et al. Fatores Preditores da Mortalidade Hospitalar e de Complicações Per-Operatórias Graves em Cirurgia de Revascularização do Miocárdio. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 80, n. 1, 2003, p. 41-50.
- BECKIE, T. M.; BECKSTEAD, J. W. The effects of a cardiac reahbilitation program tailored for women on their perceptions of health: a randomized cinical trial. **J Cardiopulm Rehabil Prev**, v. 31, n. 1, 2011, p. 25-34.
- BURKE, L. E.; SCALZI, C. C. Behavioral responses of the patient and family: myocardial infarc-tion and coronary artery bypass surgery. In: Underhill SL, Woods SL, Froelicher ES, Halpeny CJ, editors. **Cardiac nursing**. 2. ed. Philadelphia, J.B. Lippincont, 1989, 692-703 p.
- CACAU, L. P. A. et al. The use of the virtual reality as intervention tool in the postoperative of cardiac surgery. **Rev. Bras. Cir. Cardiovasc**, v. 28, n. 2, 2013, p. 281-289.
- CALSAMIGLIA, G. et al. A new test (VITTORIO Test) for functional fitness assessment in rehabilitation after cardiac surgery. *Monaldi Arch Chest Dis*, v. 64, n. 1, 2005, p. 8-18.
- DANTAS, R. A. S; AGUILLAR, O. M. Problemas na recuperação de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio: o acompanhamento pelo enfermeiro durante o primeiro mês após a alta hospitalar. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 9, n. 6, 2001, p. 31-36.
- FAVORATO, M. E. C. S. et al. Qualidade de vida em portadores de doença arterial coronária: comparação entre gêneros. **Rev. Assoc. Bras.**, v. 52, n. 4, 2006, p. 236-241.
- GIACOMOZZI, C. M.; LAGNI, V. B.; MONTEIRO, M. B. A dor pós-operatória como contribuinte do prejuízo na função pulmonar em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. *Rev. Bras. Cir. Cardiovasc*, v. 21, n. 4, 2006.
- LINDE, J. M. M.; RAMÍREZ, N. V. L.; RODRIGUEZ, A. F. U. Calidad de vida y salud general per-cebida de pacientes hospitalizados en una entidad de salud en Granada (Espanã). **Archivos de medicina**, v. 12, n. 1, 2012.
- MCDOWELLI, I. **Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires**. New York: Oxford University Press, 2006.
- MÜLLER, M. R.; GUIMARÃES, S. S. Impacto dos transtornos do sono sobre o funcionamento diário e a qualidade de vida. **Estudos de psicologia**. Campinas, v. 24, n. 4, 2007, p. 519-528.
- NERY, R. M. et al. Influência da prática da atividade física no resultado de cirurgia de revas-cularização miocárdica. **Rev. Bras. Cir. Cardiovasc**, v. 22, n. 3, 2007, p. 297-302.
- OLIVEIRA, M. F. P.; SHAROUSKY, L. L.; ISMAEL, S. M. C. Aspectos emocionais no paciente co-ronariano. In: OLIVEIRA, M. F. P.; ISMAEL, S. M. C. Rumos da psicologia hospitalar. São Paulo: Papyrus, 1995, p. 185-197.
- OLIVEIRA, M. R.; ORSINI, M. Escalas de avaliação da qualidade de vida em pacientes brasi-leiros após acidente vascular encefálico. **Rev. Neurocienc.**, 2008.

SCATTOLIN, F. A. A.; DIOGO, M. J. D.; COLOMBO, R. C. R. Correlação entre instrumentos de qualidade de vida relacionada à saúde e independência funcional em idosos com insuficiência cardíaca. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 11, 2008, p. 2705-2715.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). I Consenso Nacional de reabilitação cardiovascular. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 69, n. 4, 1997, p. 267-9i.

STELLA, F. et al. Depressão no idoso: Diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. **Motriz**, v. 8, n. 3, 2002, p. 91-98.

TEIXEIRA-SALMELA L. F. et al. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, 2004, p. 905-914.

TITOTO, L. et al. Reabilitação de pacientes submetidos a cirurgia de revascularização do miocárdio: Atualização da literatura. **Arq. Ciênc. Saúde**, v. 12, n. 4, 2005, p. 216-219.

---

**Data de Recebimento:** 29 de julho de 201

**Data da Avaliação:** 9 de agosto de 2013

**Data do Aceite:** 9 de agosto de 2013

---

- 1 Graduada em Fisioterapia – Universidade Tiradentes – UNIT. Email: geiza\_rabelo@hotmail.com.
  - 2 Graduada em Fisioterapia – Universidade Tiradentes – UNIT. Email: jujufpassos@hotmail.com.
  - 3 Graduada em Fisioterapia – Universidade Tiradentes – UNIT, Mestranda em Ciências da Saúde – Universidade Federal de Sergipe. Email: gessica.13@gmail.com.
  - 4 Graduado em Fisioterapia - Universidade Tiradentes – UNIT, Mestre e Doutor em Fisiologia - Universidade de São Paulo, Professor do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de Sergipe. Email: valter.santanafilho@gmail.com.
  - 5 Graduado em Fisioterapia – Universidade Tiradentes – UNIT, Mestre e Doutorando em Ciências da Saúde – Universidade Federal de Sergipe, Professor do Departamento de Fisioterapia da Universidade Tiradentes. Email: amarofisio@yahoo.com.br.
  - 6 Graduado em Fisioterapia e Mestre em Engenharia Biomédica – Universidade Federal da Paraíba, Doutor em Clínica Médica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, Professor do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de Sergipe. Email: walderim@yahoo.com.br.
  - 7 Graduada em Fisioterapia – Universidade Tiradentes – UNIT, Mestre em Ciências da Saúde – Universidade Federal de Sergipe, Professora dos Cursos de Fisioterapia e Enfermagem da Universidade Tiradentes, Co-orientadora deste trabalho. Email: telmac@gmail.com.
  - 8 Graduado em Fisioterapia – Universidade Tiradentes - UNIT, Mestre e Doutor em Medicina Interna - Universidade Federal do Paraná, Professor da Universidade Federal de Sergipe, Orientador deste trabalho. Email: mlcerqueiraneto@gmail.com.
- Este trabalho foi desenvolvido como Trabalho de Conclusão do Curso de Fisioterapia da Universidade Tiradentes, 2013 em parceria com o grupo de pesquisa LAPERF.