

EFEITOS DE UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO CARDÍACA NA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE (SF-36)

*Cleide Ana Saturnino da Silva**
*Carlos Ernesto Santos Ferreira***

RESUMO

A reabilitação cardíaca é uma atividade física capaz de promover incrementos na capacidade funcional e na saúde entre indivíduos de todas as idades, entretanto são escassos os relatos sobre o efeito da reabilitação cardíaca sobre a qualidade de vida. Objetivo: Verificar o efeito da reabilitação cardíaca sobre a Qualidade de Vida (QV). Metodologia: 16 indivíduos (10 homens e 06 mulheres; idade = $64,13 \pm 17,60$ anos), foram submetidos ao Questionário Curto de Avaliação da Qualidade de Vida relacionada à Saúde (SF-36), após um período de treinamento de 6 meses. As diferenças entre pré e pós-teste foram estimadas através do Teste *t de Wilcoxon*. Resultados: Verificou-se que mesmo não tendo ocorrido diferenças estatisticamente significativas nas variáveis, foi possível constatar que os pacientes apresentaram melhor QV em todos os 8 aspectos de QV avaliado pelo SF36. Conclusão: Estes resultados indicam que a reabilitação cardíaca é um tipo de exercício válido e muito importante para esta população, uma vez que estes pacientes têm grande redução de sua capacidade funcional, precisando combater este processo, melhorando a qualidade de vida. Contudo, não foi possível verificar, através do questionário utilizado, melhora na qualidade de vida dos voluntários. Diante disso, recomendamos estudos adicionais sobre os efeitos da Reabilitação Cardíaca para esclarecer significâncias e apontar a direção para futuras pesquisas na área da Qualidade de vida nesta população.

Palavras-Chave: reabilitação cardíaca, qualidade de vida, saúde

* Aluna do curso de Educação Física - Universidade Católica de Brasília

** Prof. MSc. Curso de Educação Física Universidade Católica de Brasília

INTRODUÇÃO

A Reabilitação cardiovascular é um processo de ampliação e conservação de um grau desejável das qualidades mentais, sociais, e físicas, garantindo assim o retorno do paciente a uma vida funcional e produtiva da melhor maneira possível, podendo alcançar uma reintegração satisfatória (FROELICHER et al, 1998). O programa de treinamento deve ser feito, independente da fase, por uma equipe multiprofissional composta principalmente por médicos, educadores físicos, fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos, segundo a Diretriz de Reabilitação Cardíaca da Sociedade Brasileira de Cardiologia (MORAIS, 2005) já que trata-se de uma doença ou enfermidade multifatorial. Para se ter uma idéia da complexidade dessa população, depressão e seus sintomas, por exemplo, estão presentes em cerca de 20% dos pacientes pós infarto do miocárdio, e a prevalência de obesidade é de cerca de 40% dentre os acometidos, fato que reflete a atuação desta condição nos diversos sistemas.

As doenças cardiovasculares estão relacionadas especificamente ao coração e a seus vasos sanguíneos. Essa não é uma doença única; o termo é uma denominação genética para mais de 20 diferentes doenças do coração. A American Heart Association (AHA) ressalta que embora tenha-se conseguido enorme progresso na luta contra as doenças cardiovasculares, desde 1900, essas doenças têm sido a principal causa de morte entre norte-americanos todos os anos. (POLLOCK apud WILMORE, 1993).

A vinculação da terapia medicamentosa bem como do controle e redução dos diversos fatores de risco associados, normalmente presentes, torna-se fundamental. De acordo com Negrão e Barreto (2006) pode-se dar ênfase a inatividade física, pois, é um fator de risco significativo para a doença coronariana, mesmo quando existem outros fatores combinados. Nieman (1999) afirma que a inatividade física isoladamente duplica o risco de doença coronariana, efeito similar em magnitude aos principais fatores de risco como tabagismo, hipertensão arterial assim como hipercolesterolemia.

Com o crescimento da população de idosos e os maus hábitos alimentares associados à hipocinestesia; especula-se que o número de doenças crônicas degenerativas aumentará de forma vertiginosa nas próximas décadas, por consequência, despesas com tratamentos intra-hospitalares, ambulatoriais e seguros sociais. Dados do Ministério da Saúde (2008), mostram que foram gastos seis bilhões com internação, exceto partos, sendo que deste montante 58% (R\$ 3,5 bilhões) foram exclusivos para atendimento relacionados as doenças crônicas, principalmente devido a incidência de doenças cardiovasculares (R\$ 770 milhões). Neste contexto, observa-se a cardiopatia como um problema de saúde pública no mundo, segundo relatório publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), tanto as doenças não transmissíveis quanto as crônicas, principalmente as cardiopatias e os acidentes vasculares cerebrais, passaram a ocupar o lugar das doenças infecciosas (diarréia, VIH/SIDA, malária e tuberculose), anteriormente conhecidas como as principais causas de morte e, como consequência, nos próximos 20 anos, as principais doenças infecciosas tenderão a diminuir suas importâncias como causas de morte a nível mundial.

Além dos prejuízos financeiros para o estado, outro fator importante a ser destacado é a piora na qualidade de vida deste cidadão, pois grande parte das pessoas que apresentam este tipo de problema são de classe baixa, limitando, por consequência à doença apresentada, sua capacidade laboral. Entretanto, embora já

sejam bem estabelecidos os efeitos da reabilitação cardiovascular sobre capacidade funcional, ainda há carência de informações a respeito dos efeitos desta intervenção sobre a qualidade de vida de seus praticantes, tornando-se necessário que desenvolvam estudos visando esclarecer os possíveis benefícios desta prática na qualidade de vida desta população.

OBJETIVO

Verificar os efeitos de um programa de reabilitação cardíaca na qualidade de vida dos praticantes de uma clínica particular na cidade de Brasília, Distrito Federal, Brasil.

METODOLOGIA

POPULAÇÃO E AMOSTRA

Os participantes caracterizaram-se como amostra de conveniência (G1) composta por 16 pacientes (10 homens e 6 mulheres, idade = $64,13 \pm 17,60$ anos), cadastrados no Programa de Reabilitação de uma empresa privada, da cidade de Brasília-DF.

PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO

Programa de Reabilitação

O estudo foi desenvolvido em uma academia privada especializada em reabilitação cardíaca. As aulas foram ministradas por professores formados em Educação Física, com uma frequência de 3 práticas semanais, duração de 1h20min cada aula com intervalo de 48 horas entre as sessões.

O programa de reabilitação foi iniciado com uma anamnese ao qual constavam as informações dos fatores de risco como: histórico familiar de doenças coronarianas, diabetes, hipertensão arterial sistêmica, acidente vascular cerebral, doença obstrutiva crônica, tabagismo, sexo, idade, e se existe intervenções cirúrgicas. Após a coleta das informações foi realizado a avaliação antropométrica (peso e estatura) bem como funcional.

Os exercícios foram planejados, levando-se em consideração a segurança dos praticantes, com base em metodologia do programa de reabilitação proposto por Negrão e Barretto (2006), com exercícios simples, a intensidade dos exercícios foi avaliada pela tabela da Escala CR10 de Borg (BORG, 2000).

O Aquecimento foi composto por exercícios de alongamentos específicos com duração de 15min, após essa fase os alunos foram para aparelhos ciclo ergométricos (esteira e/ou bicicleta) visando à melhora da função cardiovascular e, em consequência, prevenindo o aparecimento e a evolução de doenças cardiovasculares. A cada dia da semana, após os exercícios descritos acima, os alunos trabalhavam o sistema neuromuscular como: Exercícios Resistidos, Localizado, Circuito, alongamento. Ao final da aula foi inserido exercícios de alongamentos e relaxamento. Durante o programa, os alunos foram reavaliados a cada três meses, esta reavaliação teve como objetivo observar a progressão de cada um possibilitando a atualização e prescrição de exercícios físicos conforme o estado do aluno.

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO

Os dados necessários para a caracterização da amostra (idade, medidas antropométricas), bem como os valores relativos à Qualidade de Vida (QV), foram coletados tanto no pré-teste quanto no pós-teste e registrados em formulários próprios.

Avaliação Antropométrica

Com relação a antropometria, foi mensurada a massa corporal (Kg) utilizando-se uma Balança Digital da marca Toledo, com escala de 0,05 kg e carga máxima de 150 Kg. Para a estatura (m) utilizou-se um estadiômetro da marca Cardiomed, com escala de 0,001 m e estatura máxima de 2 m.

Avaliação da Qualidade de Vida (QV)

A avaliação da Qualidade de Vida foi feita através do Questionário Curto de Qualidade de Vida Relacionado à Saúde (SF-36), validado no Brasil por Ciconelli *et al.* (1999), o qual consta de 36 questões distribuídas em 11 itens, que pontuam a qualidade de vida dentro de 8 categorias: Capacidade Funcional, Aspecto Físico, Dor, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspectos sociais, Aspecto Emocional e Saúde Mental.

PROTOCOLO EXPERIMENTAL

Delineamento Experimental

Este foi um estudo de caráter longitudinal, utilizando um Grupo Experimental (G1), submetido à pré-teste e pós-teste visando verificar a Qualidade de Vida (variável dependente), antes e depois de 24 semanas de intervenção de um Programa de reabilitação cardiovascular - RC (variáveis independentes - VI), de acordo com o desenho experimental mostrado na Tabela 1.

Tabela 1_ Desenho experimental do projeto

VI	VI	VD
RC	TEMPO	QV
G1	T1: pré-teste	
	T2: pós-teste	

Onde: VI – variável independente; VD – variável dependente; QV – Qualidade de Vida.

Estatística

Os cálculos de média e Desvio Padrão ($\pm DP$) foram utilizados na estatística descritiva para massa, estatura e Índice de Massa Corpórea ($IMC = kg/m^2$). A comparação das médias obtidas no pré-teste e no pós-teste da variável dependente (QV) foi feita através da aplicação de provas não paramétricas (Teste T de Wilcoxon para amostras relacionadas) testando a Hipótese Nula (H_0) de que não haveria diferenças significativas dentro do grupo nos dois momentos de acordo com a sugestão de Bisquerra *et al.* (2004). Em todos os testes foi adotado um nível de significância menor ou igual a 5% ($p \leq 0,05$).

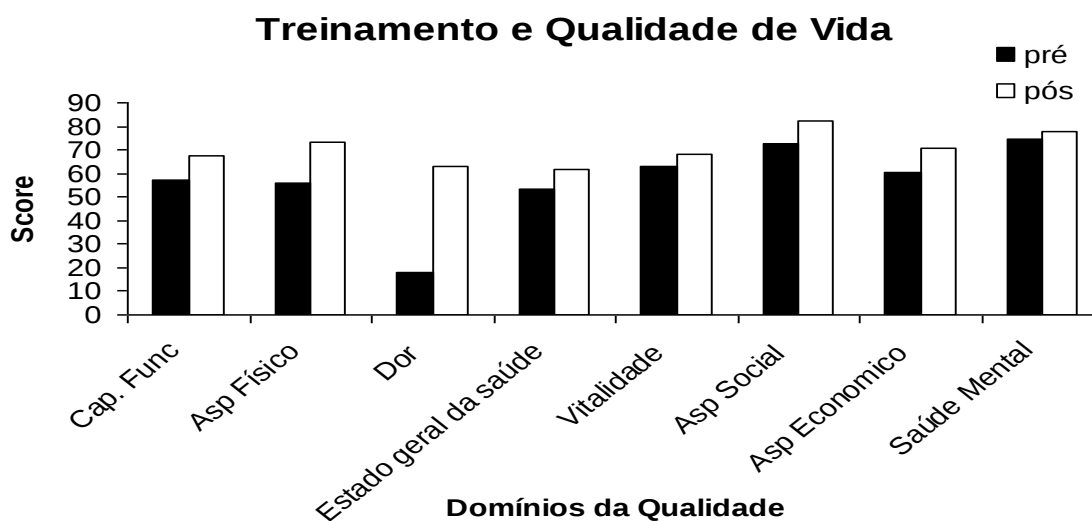
RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na caracterização da amostra, verificou-se um predomínio de indivíduos do sexo masculino matriculados na turma de reabilitação cardíaca (M = 62%; F = 38%). Neste aspecto, a amostra estudada apresenta o mesmo perfil de gênero encontrado na população em geral, relatado por Nieman (1999), que afirma predominância de ocorrência de eventos cardiovasculares em homens.

Quanto aos diversos domínios da QV (SF – 36), verificou-se uma tendência de melhoras entre as médias obtidas no pós-teste em relação às médias iniciais (pré-teste). Esta evolução nos diversos domínios (08) pode ser visualizada no Gráfico 01.

Conforme demonstrado no Gráfico 1, não foram verificadas diferenças estatisticamente significantes nas variáveis analisadas. Entretanto, importante ressaltar que mesmo não havendo diferença estatisticamente significativa, foi possível constatar que os pacientes apresentaram percentualmente melhora da QV em todos os 8 aspectos da variável QV (Tabela 02).

Gráfico 01- Médias dos 8 domínios no pré e pós-teste



Os resultados do presente estudo não corroboram com os encontrados por Vargas (2009), pois notou-se que os resultados obtidos nos 8 domínios do questionário SF – 36 foram estatisticamente significativos. Tais resultados podem estar provavelmente associados ao tamanho da amostra do referido estudo, uma vez que o autor demonstra claramente uma amostra consideravelmente maior. Sendo assim, um dos motivos que os resultados do presente estudo não tenham sido estatisticamente significativos pode ser atribuído a fatores metodológicos e não aos aspectos avaliados, assim como analisado ambos os sexos em grupo único. Importante ressaltar que tais limitações como amostra reduzida, podem também ser atribuídas ao fator econômico, uma vez que o estudo em questão foi realizado em uma clínica particular de Brasília.

Apesar de não ter sido foco do estudo fatores relacionados à capacidade funcional, estudos evidenciam a melhora neste quesito, o que de certa forma não pode ser desconsiderado durante um processo de intervenção/reabilitação. Além disso, outro fator importante a ser analisado é com relação a melhoria na inibição do aparecimento de dores, pois no presente estudo foi verificado redução de 12,35% desta variável.

Tabela 2- Valores percentuais médios ($\pm$ DP) na qualidade de vida antes e depois do treinamento ($\Delta\%$)

	Pré	Pós	P	Δ (%)
	$\square \pm$ DP)	$\square \pm$ DP)		
Capacidade Funcional	57,19	67,19	0,09	17,49
Aspecto Físico	56,25	73,44	0,12	30,56
	45,18	45,18		
Dor	71,88	63,00	0,21	-12,35
	34,03	28,02		
Estado Geral de Saúde	53,06	61,63	0,21	16,14
	21,94	16,95		
Vitalidade	63,13	68,44	0,17	8,42
	20,81	20,55		
Aspecto Social	72,66	82,03	0,14	12,9
	27,09	24,57		
Aspecto Emocional	60,42	70,83	0,44	17,24
	42,55	24,16		
Saúde Mental	74,75	77,75	0,75	4,01
	24,16	17,83		

Sabe-se que a qualidade de vida é algo multifatorial que em muitos casos não se limita apenas a fatores fisiológicos, mas sim sócio econômicos, que não pôde ser acompanhado durante o período em que os voluntários não estavam em seus horários de reabilitação.

CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo mostraram-se ineficazes na melhora da Qualidade de Vida na amostra pesquisada. Porém, não se deve destacar a importância desta intervenção nos diversos outros aspectos como capacidade funcional e alterações na sensação de dor oriundas do protocolo de exercícios físicos utilizado. Além disso, mesmo o protocolo utilizado para avaliar a qualidade de vida ser validado, possíveis limitações metodológicas podem ter mascarado os resultados, uma vez que entende-se que a amostra em questão foi pequena. Sugere-se assim novos estudos, com diferentes protocolos de avaliação da qualidade de vida bem como uma amostra mais consistente numericamente no intuito de buscar elucidar a problemática em questão e assim apontar direções para futuras pesquisas na área da Qualidade de Vida em cardiopatas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BISQUERRA, R.; SARRIERA, J. C.; MARTÍNEZ, F. Introdução à estatística: enfoque informático com o pacote estatístico SPSS. **Porto Alegre: Artmed, 2004.**

BORG, G. **Escala de Borg para a dor e o esforço percebido.** São Paulo: Manole, 2000. 115 p.

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). **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 39, n. 3, p. 143-150, 1999.

MORAES, Ruy Silveira (Ed.). Sociedade Brasileira de Cardiologia: Diretriz de Reabilitação Cardíaca. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 84, n. 5, 2005.

MYER, Froelicher; LABOVITZ, Follansbee. **Exercício e o Coração**, 3º Edição. Editora: Revinter. 1998.

NEGRÃO, Eduardo; Carlos, BARRETO, C.P; Antônio – **Cardiologia do Exercício** – do atleta ao cardiopata. 2º Edição. Barueri, SP: Manole, 2006.

NIEMAN, C; David. **Exercício e Saúde– Como se prevenir de doenças usando o exercício como seu medicamento.** Editora: Manole Ano: 1999.

POLLOCK, L; Michael, SCHMIDT, H; Donald – Doença cardíaca e Reabilitação. 3º Edição. Editora: Revinter, 2003.

POLLOCK, L; Michael, WILMORE, H; Jack. **Exercício na saúde ou na doença – Avaliação e prescrição para prevenção e Reabilitação 2º Edição.** Editora: Médica e Científica, Rio de Janeiro, 1993.

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**, v. 39, n. 3, p. 143-150, 1999.

VARGAS, Filipe; GUILHERME Luiz. Qualidade de Vida e Nível de Atividade Física de Pacientes em Fase Ambulatorial da Reabilitação Cardíaca. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde • Volume 14, Número 2, 2009.**

Cardiopatía. In **Infopédia.** Porto: Porto Editora, 2003-2009. Disponível na www: <URL: [http://www.infopedia.pt/\\$cardiopatía](http://www.infopedia.pt/$cardiopatía)>. Acesso em: 28.abril.2009.

[http://www.unric.org/index.php?Option=com_content&task=view&id=17332&Itemid=54\(OMS\)](http://www.unric.org/index.php?Option=com_content&task=view&id=17332&Itemid=54(OMS)). Acesso em: 05.setembro.2009.