

# Qualidade de Vida do Indivíduo Após Enfarte Agudo do Miocárdio

João José Capinha da Cruz \*



Neste estudo, a Qualidade de Vida após enfarte agudo do miocárdio foi avaliada através da escala QVPE, incluída num questionário respondido por 41 indivíduos do sexo masculino que frequentaram a consulta de pós UCIC num hospital central. O artigo pretende identificar factores que interferem na Qualidade de Vida dos indivíduos após Enfarte Agudo do Miocárdio.

Dos resultados evidencia-se que a Qualidade de Vida Pós EAM é baixa em relação à capacidade física e à percepção subjectiva da situação/doença e pode considerar-se boa no que respeita às relações familiares e comunicação com os outros.

Relativamente às diferenças no índice QVPE (Qualidade de Vida Pós Enfarte) em função de algumas variáveis sócio-demográficas, culturais e clínicas dos doentes, verificámos diferenças significativas conforme o tipo de profissão ( $p = 0,001$ ): menor qualidade de vida nos sujeitos com profissões que exigem sobretudo esforço físico; conforme têm ou não actividade laboral ( $p = 0,021$ ): menor qualidade de vida nos doentes sem actividade; conforme o prognóstico (0,033), sendo menor nos casos de mau prognóstico. Também observámos uma correlação negativa significativa ( $r = -0,366$ ,  $p = 0,009$ ) entre a idade e o índice QVPE. Em contrapartida, não se confirmou que as habilitações literárias e a condição profissional sejam variáveis relevantes na diferenciação do nível de qualidade de vida destes doentes.

## Introdução

As doenças cardiovasculares, em especial a cardiopatia coronária de origem arterosclerótica, estão entre as principais causas de morte e de incapacidade na civilização ocidental.

No que respeita ao enfarte agudo do miocárdio, BUENO e BUCETA (1994), além de todo um conjunto de factores de natureza somática, referem cerca de cinquenta e quatro factores de risco coronário catalogados de psicossociais. Intimamente ligado a estes factores, encontra-se o simbolismo ligado ao órgão "coração" que designa

uma realidade humana que se aplica tanto ao ser corporal como espiritual.

O enfarte agudo do miocárdio, em conjunto com a simbologia a ele associada, vem pôr em causa a vulnerabilidade individual, as significações de saúde e de doença, as perspectivas de vida. As variáveis psicossociais influem não apenas no significado social e pessoal da doença, mas também no risco de adoecer, na natureza da reacção à doença, no prognóstico e no retorno às actividades sócio-laborais (ROSS, 1990).

A qualidade de vida depende não só da capacidade funcional do indivíduo, do seu grau de comodidade e nível de auto-estima, mas também, da percepção subjectiva da própria doença (SEVILLA, 1995).

\* Enfermeiro de Nível I nos Hospitais da Universidade de Coimbra; Especializado em Enfermagem na Comunidade.

O presente trabalho pretende além de identificar factores/condições que interferem na Qualidade de Vida do Doente Após Enfarte Agudo do Miocárdio, analisar relações entre esses mesmos factores e essa Qualidade de Vida.

## Qualidade de vida pós enfarte agudo do miocárdio

A cardiopatia coronária mata e incapacita os indivíduos durante os seus anos mais produtivos, sendo a principal causa de incapacidade prematura permanente na força de trabalho.

KANNEL (1990) refere que cerca de dois terços dos pacientes com enfarte do miocárdio não se recuperam completamente, apesar de 88% daqueles com menos de 65 anos de idade terem condições de retomar as suas ocupações habituais.

O coração, ao longo da história da Humanidade, converteu-se em símbolo universal. Em todas as línguas, utiliza-se em grande número de metáforas, faz parte do vocabulário espiritual universal; designa a uma realidade humana que se aplica tanto ao ser corporal como ao ser espiritual.

Não raras as vezes, o “coração” é entendido apenas sobre o seu aspecto orgânico, físico, esquecendo-se a sua dimensão metafísica e significados que o órgão possa tomar.

Sem dúvida, o coração é considerado como um órgão central carregado de espiritualidade. Ele é o símbolo da vida, orgânica e espiritual, afectiva e emocional.

É ponto assente para todos aqueles que trabalham actualmente com doentes do foro cardíaco, que inúmeros factores de ordem psicológica e social, desempenham um papel importante, por vezes decisivo, não só no aparecimento da doença coronária, mas também na sua evolução e prognóstico.

Nas múltiplas experiências pessoais, vivência cultural, adquirir-se valores, perspectivas de qualidade de vida de pessoa saudável ou doente (BERNARDO, 1994). A doença, representa perda de controlo sobre o próprio corpo e, com frequência, uma perda de controlo sobre o próprio mundo

(ULMAN, 1996). É nestes momentos que todo o mundo simbólico é posto em questão, com uma sensação de perda de identidade, que traduz o modo personalizado como cada um assume a sua vida.

Estas avaliações subjectivas representam processos de construção de significações sobre processos de saúde e de doença. Elas estão na base do bem-estar psicológico, nos processos de promoção de saúde, recuperação, reacções emocionais concomitantes, reabilitação e evolução da doença, ou se quisermos, na qualidade de vida dos indivíduos.

Nesta perspectiva, o conceito de “Qualidade de vida” tornou-se uma preocupação no domínio da pesquisa. A maior parte dos autores estão de acordo com o princípio e a necessidade de uma avaliação rigorosa; as divergências quanto aos meios da sua avaliação, são enormes. Esta avaliação deverá ter por base princípios, critérios e indicadores. Da bibliografia consultada, pareceu-nos existir consenso entre os vários autores, de que a qualidade de vida será antes de mais um parâmetro individual e subjectivo que indica como cada indivíduo percebe o seu modo de viver e o seu nível de vida. Os factores que integram a qualidade de vida, são essencialmente, as relações pessoais e sociais, os ideais de vida, o seu desempenho profissional e os métodos para os conseguir.

SEVILLA (1995: 24) defende que a “*Qualidade de Vida depende da situação funcional, do grau de comodidade e do nível de auto-estima do indivíduo*”, referindo ainda que deverão ser utilizados na avaliação da Qualidade de Vida, “*as funções fisiológicas; actividades de vida diária; medidas terapêuticas utilizadas; actividades próprias da idade; percepção subjectiva da doença*”.

Definir “Qualidade de Vida”, como podemos constatar, implica “*uma imagem multifactorial*”. BRIOUL (1994) refere que esta dimensão da vida dos indivíduos se encontra intimamente ligada à subjectividade, ao sistema de valores, aos grupos sócio-culturais, entre outros. Poderemos dizer que a *Qualidade de Vida* será a percepção por parte dos indivíduos ou grupos, de que as suas necessidades

são satisfeitas e não lhes são negadas oportunidades para alcançarem um estado de felicidade e de realização pessoal.

Partindo deste conceito de Qualidade de Vida, ressalta a ideia de que os aspectos sociais da qualidade de vida do doente após enfarte do miocárdio estarão relacionados com a percepção, por um lado, do impacto social da doença e, por outro, da imagem que os próprios indivíduos têm da doença e deles mesmos.

Verificamos que a Qualidade de Vida pode ser estudada em diferentes contextos da sociedade, bem como sob vários domínios e componentes.

A definição de Qualidade de Vida impõe assim:

- Considerar a avaliação em dois planos: ao nível do bem-estar e ao nível funcional.
- Considerar a interacção dos aspectos físicos, mentais e sociais.
- Basear-se na percepção individual.

### **Retorno à actividade laboral após enfarte agudo do miocárdio**

A actividade laboral, ocupa um espaço privilegiado na vida do indivíduo. Podemos verificar que, a par de uma função “instrumentalização”, apresenta uma função de “realização pessoal”. ROSS (1990) considera que “*a percepção do paciente das suas capacidades físicas e a expectativa de retorno ao trabalho como presságios poderosos do retorno real ao trabalho após o enfarte do miocárdio*”.

Parece estarmos perante uma situação multifactorial interdependente, em que Indivíduo/Doença/Qualidade de Vida/Trabalho se interligam e auto-influenciam.

O retorno à actividade laboral constitui assim um elemento fundamental na qualidade de vida do indivíduo acometido por enfarte do miocárdio, pelo que a sua reinserção laboral é fundamental.

Como já tivemos oportunidade de verificar, o retorno à actividade laboral é desejável pela sociedade. Como nos relembram DELFIEU *et al.* (1990: 45), “*para além das contingências económicas, a reabilitação integral permite*

*reencontrar uma boa imagem de si no plano psicológico*”.

Segundo vários autores, as necessidades sócio-económicas ligadas ao trabalho, desempenham um papel preponderante no retorno à actividade laboral. BROUSTET *et al.* (1995: 86) referem como factores sócio-económicos de não retorno à actividade laboral os que se indicam na Caixa 1.

Caixa 1 - Factores sócio-económicos de não retorno à actividade laboral.

- Habilitações literárias
- Possibilidade de aposentação
- Nível de dependência económica da actividade laboral desempenhada
- Nível sócio-económico
- Decisão do médico de trabalho
- Impossibilidade de requalificação profissional

Fonte: BROUSTET, J. P.; DOUARD, H. (1995: 35-42).

MAIELLO *et al.* (1995: 94) dizem-nos que “*pelo menos metade dos pacientes enfartados a cada ano evolui de maneira não complicada e tem baixas taxas de reenfarte ou morte no primeiro ano*”. Apesar disso, as taxas de retorno ao trabalho é insuficiente, e os períodos de inactividade são demasiado longos

A reabilitação do doente cardíaco deverá ter presente as perturbações físicas e psíquicas, dando especial atenção ao simbolismo e impacto que o enfarte do miocárdio tem, tanto na auto-imagem do indivíduo, como sobre a vida afectiva e sócio-profissional.

Segundo a OMS, citada por DELFIEU *et al.* (1990: 43), a reabilitação do doente cardíaco define-se como “*o conjunto de actividades necessárias a assegurar ao doente cardíaco uma condição física, mental e social óptima, permitindo-lhe ocupar pelos seus próprios meios um lugar tanto normal quanto possível na sociedade*”.

À medida que o desempenho físico do doente vai aumentando, aumenta também a segurança e a confiança do doente nas suas capacidades

cardiocirculatórias, melhorando a capacidade de desempenho físico, o que determina, conseqüentemente, a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos.

Em forma de síntese, podemos referir como principais benefícios da reabilitação integral, os seguintes aspectos:

- *A Nível Físico*
  - Diminuição da pressão arterial.
  - Diminuição da prevalência e incidência de episódios anginosos.
  - Diminuição da ansiedade.
  - Diminuição da dependência medicamentosa.
  - Redução do “não retorno” à actividade laboral.
  - Aumento da resistência à fadiga.
  
- *A Nível Psicológico*
  - Diminuição do síndrome depressivo.
  - Diminuição das tenções provocadas pelo stress.
  - Reforço do “potencial de energia”.
  - Melhoria da auto-imagem.
  - Possibilidade de uma vida sexual satisfatória.

## Metodologia

Com a finalidade de obter os dados necessários à realização do estudo, foi distribuído um questionário a uma amostra de conveniência (n = 41), constituída por indivíduos do sexo masculino a frequentar as consultas de seguimento pós enfarte do miocárdio num Hospital Central, com idade  $\leq 65$  anos, com tempo decorrido após o episódio de enfarte entre 3 e 36 meses, com prova de esforço após alta hospitalar, 1º Ciclo como habilitações literárias mínimas e com actividade laboral antes do episódio de enfarte agudo do miocárdio.

O questionário foi basicamente constituído por questões fechadas, dividido em três partes:

- A primeira parte com a finalidade de caracterizar a amostra.
- A segunda parte para avaliar o índice de Qualidade de Vida dos inquiridos, através da Escala QVPE (Qualidade de Vida Pós Enfarte).

- A terceira para avaliar o Auto-Conceito individual, através do I.C.A.C. (Inventário Clínico de Auto-Conceito).

A escala QVPE, é uma escala de Auto-Avaliação do tipo Likert (pontuação de 1 a 5) constituída por quatro dimensões ou factores (Índice QVPE = C+P+R+I), em que C - *Capacidade de desempenho físico*; P - *Percepção subjectiva por parte do indivíduo em relação à sua situação/doença*; R - *Relação familiar*; I - *Isolamento/comunicação afectiva e social*;

O Índice Global de Qualidade de Vida após enfarte agudo do miocárdio foi obtido pela soma do total de pontos nas quatro dimensões consideradas, segundo a formula anterior, dividida pelo total de questões respondidas.

Deste modo, esta escala permite uma avaliação quantitativa de dimensões da vida diária dos indivíduos em áreas fundamentais para o bem estar pessoal, logo para a sua saúde global, e do índice global QVPE.

Apesar da existência de algumas técnicas de avaliação, optamos pela construção de um instrumento de colheita de dados, atendendo à não aferição das referidas técnicas à realidade sócio-cultural Portuguesa e, por estas não incluírem num só instrumento, as dimensões em estudo.

A variável dependente “*Qualidade de Vida do Indivíduo Após Enfarte Agudo do miocárdio*”, é avaliada através do Índice Global QVPE, considerando-se que quanto maior for o Índice QVPE, melhor será a Qualidade de Vida do Indivíduo após enfarte agudo do miocárdio.

Para cada observação bivariada os resultados são apresentados em quadros para comodidade de leitura, com médias e desvios padrão, valores de “t” e “r” observados e probabilidade “p”, considerando-se o nível de significância de 0,05.

Como *Hipóteses* de investigação, formulamos as seguintes:

- 1)- A Qualidade de Vida dos indivíduos que sofreram enfarte agudo do miocárdio está associada negativamente à idade.
- 2)- Existe diferença significativa na Qualidade de Vida dos doentes após enfarte agudo do

miocárdio em função das suas Habilitações Literárias.

3)- Existe diferença significativa na Qualidade de Vida dos doentes após enfarte agudo do miocárdio conforme o seu tipo de profissão.

4)- A Qualidade de Vida dos doentes após enfarte agudo do miocárdio difere segundo a sua Condição Profissional.

5) - Existe diferença significativa na Qualidade de Vida dos doentes após enfarte agudo do miocárdio conforme a sua actividade laboral.

6)- Existe diferença significativa na Qualidade de Vida dos indivíduos conforme o prognóstico após enfarte agudo do miocárdio.

## Resultados

Aplicando o teste de Kolmogorov-Smirnov, os resultados em relação ao índice global QVPE ( $p > 0,05$ ) são abonatórios de uma distribuição normal da variável em questão na população, permitindo assim que análise estatística dos dados se baseie em técnicas paramétricas.

Considerando os quatro factores/dimensões estudados, verifica-se que a Qualidade de Vida é, em média, menor ao nível da “capacidade de desempenho físico” ( $\bar{X} = 2,70$ ) e da “percepção subjectiva da situação/doença” ( $\bar{X} = 3,20$ ), enquanto os valores mais elevados se registam relativamente à “relação familiar” ( $\bar{X} = 4,16$ ) e ao “isolamento/ /comunicação” ( $\bar{X} = 4,55$ ), em todos os casos considerando a escala de 1 a 5.

Obtivemos uma correlação negativa significativa no índice global de QVPE ( $r = -0,366$ ;  $p = 0,009$ ) assim como, nas subescalas “capacidade de desempenho físico” ( $r = -0,316$ ;  $p = 0,022$ ) e “percepção subjectiva da situação” ( $r = -0,325$ ;  $p = 0,019$ ) (Quadro 1 e Gráfico 1).

Não se observaram diferenças significativas entre índice QVPE conforme as habilitações literárias.

Confirmaram-se diferenças significativas no índice QVPE ( $p = 0,001$ ) e a nível do factor “percepção subjectiva” ( $p = 0,000$ ) e da “capacidade de desempenho físico” ( $p = 0,015$ ), relacionadas com o tipo de profissão, no sentido dos indivíduos

com profissões que exigem sobretudo esforço físico indicarem menor qualidade de vida (Quadro 2).

QUADRO 1 - Correlação entre a idade e a Qualidade de Vida após EAM (teste unilateral).

| Qualidade de Vida    | r      | p                   |
|----------------------|--------|---------------------|
| Índice QVPE (Global) | -0,366 | 0,009 **            |
| C.D. Físico          | -0,316 | 0,022 *             |
| P. Subjectiva        | -0,325 | 0,019 *             |
| R. Familiar          | 0,092  | 0,283 <sup>NS</sup> |
| I. / Comunicação     | -0,055 | 0,366 <sup>NS</sup> |

<sup>NS</sup> Não Significativo \* Significativo \*\* Muito significativo

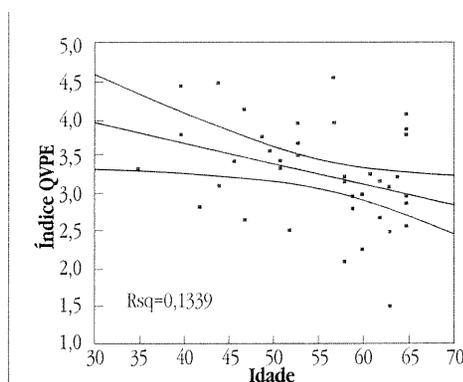


Gráfico 1 – Dispersão dos indivíduos relativamente ao índice QVPE em função da idade.

QUADRO 2 - Diferenças em função do tipo de profissão.

| Qualidade de Vida    | Intelectual (n=16) |      | Física (n=25) |      | t    | p                   |
|----------------------|--------------------|------|---------------|------|------|---------------------|
|                      | $\bar{X}$          | s    | $\bar{X}$     | s    |      |                     |
| Índice QVPE (Global) | 3,65               | 0,53 | 2,96          | 0,60 | 3,75 | 0,001 **            |
| C.D. Físico          | 3,14               | 0,83 | 2,43          | 0,89 | 2,53 | 0,015 *             |
| P. Subjectiva        | 3,83               | 0,79 | 2,82          | 0,82 | 3,88 | 0,000 **            |
| R. Familiar          | 4,39               | 0,60 | 4,02          | 0,73 | 1,68 | 0,101 <sup>NS</sup> |
| I. / Comunicação     | 4,68               | 0,58 | 4,47          | 0,82 | 0,92 | 0,364 <sup>NS</sup> |

<sup>NS</sup> Não Significativo \* Significativo \*\* Muito significativo

A condição profissional não se evidenciou como determinante de diferenças significativas na Qualidade de Vida após EAM.

Verificaram-se diferenças significativas no Índice QVPE ( $p = 0,021$ ), no factor “capacidade de desempenho físico” ( $p = 0,045$ ) e no factor “isolamento/comunicação” ( $p = 0,011$ ), abonatórios de uma melhor Qualidade de Vida dos indivíduos com actividade laboral (Quadro 3).

QUADRO 3 - Diferenças em função da actividade Laboral.

| Qualidade de Vida    | Sem Actividade (n=21) |      | Outros (n=20) |      | t    | p                   |
|----------------------|-----------------------|------|---------------|------|------|---------------------|
|                      | $\bar{X}$             | s    | $\bar{X}$     | s    |      |                     |
| Índice QVPE (Global) | 3,00                  | 0,64 | 3,47          | 0,61 | 2,40 | 0,021 *             |
| C.D. Físico          | 2,43                  | 0,93 | 3,00          | 0,84 | 2,07 | 0,045 *             |
| P. Subjectiva        | 2,99                  | 0,88 | 3,45          | 0,97 | 1,59 | 0,119 <sup>NS</sup> |
| R. Familiar          | 4,07                  | 0,78 | 4,26          | 0,60 | 0,84 | 0,404 <sup>NS</sup> |
| L. / Comunicação     | 4,27                  | 0,89 | 4,85          | 0,35 | 2,73 | 0,011 *             |

<sup>NS</sup> Não Significativo \* Significativo

O prognóstico, também ele se evidenciou como determinante no aparecimento de diferenças significativas no índice QVPE ( $p = 0,033$ ) (Quadro 4).

QUADRO 4 - Diferenças em função do Prognóstico.

| Qualidade de Vida    | Bom (n=32) |      | Mau (n=9) |      | t    | p                   |
|----------------------|------------|------|-----------|------|------|---------------------|
|                      | $\bar{X}$  | s    | $\bar{X}$ | s    |      |                     |
| Índice QVPE (Global) | 3,34       | 0,57 | 2,81      | 0,83 | 2,21 | 0,033 *             |
| C.D. Físico          | 2,86       | 0,87 | 2,18      | 0,98 | 2,01 | 0,051 <sup>SL</sup> |
| P. Subjectiva        | 3,33       | 0,86 | 2,80      | 1,16 | 1,51 | 0,140 <sup>NS</sup> |
| R. Familiar          | 4,24       | 0,65 | 3,88      | 0,83 | 1,38 | 0,176 <sup>NS</sup> |
| L. / Comunicação     | 4,64       | 0,69 | 4,22      | 0,82 | 1,56 | 0,128 <sup>NS</sup> |

<sup>NS</sup> Não Significativo \* Significativo <sup>SL</sup> Significancia Limiar

## Discussão dos Resultados

A avaliação da Qualidade de Vida deverá ter por base, princípios, critérios e indicadores. Dentro deles, podemos considerar a percepção subjectiva da saúde, o grau de independência nas actividades da vida diária, a esperança de uma vida sem incapacidades, entre outros.

Verificamos que a Qualidade de Vida pode ser estudada em diferentes contextos da sociedade, bem como sob vários domínios e componentes.

A definição de Qualidade de Vida impõe assim:

- Considerar a avaliação em dois planos; ao nível do bem-estar e ao nível funcional;
- Considerar a interacção dos aspectos físicos, mentais e sociais;
- Basear-se na percepção individual.

Parece-nos, contudo, que poderá dar qualidade à vida, tudo aquilo que nos permita crescer na relação com os outros.

Entendendo a idade como processo evolutivo da existência dos seres vivos, seria de esperar que à medida que aumenta a idade dos indivíduos, em especial dos indivíduos “doentes” ou com patologia somática presente, a sua qualidade de vida, concebida como uma organização multifactorial, tenderia a ser menor. Nesse sentido, os resultados obtidos, apontam para a existência de uma correlação negativa muito significativa ( $r = - 0,366$ ;  $p < 0,001$ ) a nível do Índice Global QVPE, entre a idade e a Qualidade de Vida do indivíduo, ou seja, à medida que avança a idade dos indivíduos que sofreram de enfarte agudo do miocárdio, menor Qualidade de Vida terão, confirmando assim a hipótese 1 em estudo.

A informação/ formação, a “cultura somática”, como descreve BOLTANSKI (1971), determina todo um conjunto de regras que estabelecem o “grau de atenção conveniente” a prestar às sensações mórbidas. Este conjunto circunstancial, é extremamente poderoso no significado somático, social e pessoal da doença. FARMER (1993) adianta que parece existir uma correlação negativa entre o nível educacional e mortalidade por cardiopatia coronária.

Partindo destes princípios, seria de esperar que indivíduos em situação pós EAM possuidores de um maior número de conhecimentos, apresentariam uma Qualidade de Vida mais elevada do que os que não tiveram acesso a esse tipo de informação/ formação, nomeadamente através do ensino escolar/formação. No entanto, os resultados obtidos no teste da 2ª hipótese não confirmam a existência de relação significativa a nível do índice global QVPE ( $p = 0,269$ ).

Não deixa de ser intrigante o facto de indivíduos com maiores habilitações literárias não apresentem uma Qualidade de Vida maior do que aqueles que têm menores habilitações literárias, partindo do princípio que os primeiros estariam melhor informados sobre a doença, sua evolução e prognóstico.

Intimamente ligado à qualidade de vida, encontra-se o trabalho, ocupação, desempenho profissional, como refere RIBEIRO (1989). O resultado obtido no teste da 3ª hipótese, revelou-nos que os indivíduos com um “tipo de profissão essencialmente de natureza intelectual” apresentam em média um índice global QVPE (3,65) superior aqueles que desempenhavam um “tipo de profissão essencialmente de natureza física” (2,96), sendo as diferenças encontradas muito significativas ( $p = 0,001$ ) a nível do índice global QVPE, extremamente significativas ( $p = 0,000$ ) a nível do factor “percepção subjectiva” e significativa a nível da “capacidade de desempenho físico” ( $p = 0,015$ ).

O facto dos indivíduos trabalharem por conta própria ou por conta de outrem levantou-nos a questão da existência ou não de diferenças significativas na Qualidade de Vida após EAM. Os resultados do teste de hipótese aplicado, apontam para a não existência de diferenças significativas a nível dos dois grupos, não confirmando a hipótese formulada. Deste modo, parece que o facto do indivíduo assumir ou não diferentes tipos de responsabilidade e de dependência laboral, isto é, ser “patrão” ou “empregado” não traduz diferenças na sua Qualidade de Vida.

Relativamente ao prognóstico clínico, obtivemos uma diferença significativa no Índice Geral QVPE ( $p = 0,033$ ), com uma média de 3,34 nos indivíduos com “bom prognóstico” e com uma média de 2,81 nos indivíduos com “mau prognóstico”. Importa referir que não se observaram diferenças claramente significativas no factor “capacidade de desempenho físico” conforme o tipo de prognóstico ( $p > 0,05$ ), o que de certa maneira contraria os resultados obtidos por FERREIRA *et al.* (1991), segundo os quais, as situações em que indivíduos com provas de esforço positivas tradutoras de um mau prognóstico estariam relacionadas com a presença de isquémia residual, logo limitados na sua capacidade de desempenho físico. BROUSTET *et al.* (1992) referem que inúmeros pacientes com fracção de ejeção inferior a 40% (reduzida tolerância ao esforço) e provas de esforço medíocres, retomam a sua actividade sócio-profissional e vice versa.

Estes resultados parecem mais uma vez reforçar a ideia de que nem tudo no homem se reduz a parâmetros fisiológicos, implicando o carácter multifactorial da situação, da reinserção sócio-profissional e da Qualidade de Vida do indivíduo após EAM.

## Conclusão

Constatamos que inúmeros autores tendem cada vez mais a considerar a pessoa como uma unidade funcionante. Em situação de disfuncionalidade, todo um conjunto de mecanismos de natureza multifactorial, interagem entre si, de modo a restabelecer o equilíbrio perdido. A situação de doença é determinada por ela própria e por essa interdependência funcional.

Pelos resultados obtidos, podemos verificar que a Qualidade de Vida do indivíduo após EAM é uma situação complexa e delicada, longe do enquadramento das ciências exactas. O seu estudo terá que ter por base um enquadramento teórico e metodológico, capaz de estabelecer uma dinâmica interactiva entre as várias dimensões da vivência humana, muito em especial, todo um conjunto de factores/situações de natureza sócio/cultural e pessoal.

Dentro destes factores, a idade surge-nos como um possível indicador para avaliar a Qualidade de Vida dos indivíduos após enfarte agudo do miocárdio, ou seja, à medida que avança a idade estes indivíduos tendem a ter menor Qualidade de Vida. Também, no seu contexto geral, os indivíduos com “bom prognóstico”, tendem a apresentar um Índice de Qualidade de Vida superior aos que apresentam um “mau prognóstico”. Ter acesso a uma maior e melhor informação, por si só, não se torna suficiente para melhorar a Qualidade de Vida durante as situações patológicas, mas estará dependente de outros factores concomitantes, nomeadamente a interpretação subjectiva das situações, das crenças e valores de cada um.

Quanto à actividade laboral, descrita como factor de extrema importância na Qualidade de Vida de cada um, vários aspectos se destacam: o facto de

um indivíduo após EAM desempenhar uma profissão que exija maior esforço físico, traduz-se numa pior Qualidade de Vida ( $p = 0,001$ ), quer pela necessidade de resposta em termos de capacidade de desempenho físico, quer pela interacção de factores de ordem psíquica, nomeadamente a sua percepção subjectiva face à situação laboral. Também o facto do indivíduo não retomar a sua actividade laboral normal, se traduz numa pior Qualidade de Vida.

Perante os resultados obtidos, parece-nos claro que o doente cardíaco, em especial aquele que sofreu um enfarte agudo do miocárdio, necessita de uma atenção particular, quer no planeamento, quer na execução de cuidados de enfermagem, tendo-se sempre em atenção o processo multifactorial presente no aparecimento da doença, no seu tratamento, prognóstico e reabilitação integral.

## Bibliografia

BERNARDO, O. P. – Efeitos das doenças na vida da pessoa. *Divulgação*. Ano VIII, nº 30 (Abril 1994). pp. 334-336

BISCAYA, Jorge – Qualidade de vida com limites. *Ação Médica*. Porto. Ano LVI, nº 3 (Setembro 1992). pp. 3-8

BOLTANSKI, Luc. – Les usages sociaux du corps. *Annales. (Economies. Societes. Civilisations)*. Vol. 26, nº 1 (Janeiro / Fevereiro 1971). pp. 205-231

BROUST, J. P.; DOUARD, H. – Répercussions psychologiques de la maladie coronaire. *Medicorama - Réadaptation des coronaires*. Pessac. Nº 304 (1995). pp. 35-42

BROUSTET, J. P.; BLAQUIÈRE, C.; DOUARD, H.; OYSEL, N.; ROUGIER, P. – La reprise du travail après infarctus du myocarde: bilan de décisions. *Arch. Mal. Coeur*. Pessac. ISSN 0003-9683. Vol. 85, Supl. 11 (1992). pp. 1741-1753

BRIOUL, M. – L'évaluation de la qualité de la vie. *L'information psychiatrique*. ISSN 0020-0204-F. Vol. 70, nº. 2 (Março 1994). pp. 101-192

BUENO, Ana Maria; BUCETA, José Maria – Áreas de Intervención Psicológica en la Reabilitación de Pacientes Post-Infarto de Miocardio: Revisión de la Literatura y Perspectivas Futuras. *Análise Psicológica*. Lisboa. ISSN 0870 - 8231. Vol. XII, nº. 2-3 (Abril / Setembro 1994). pp. 265-273

DELFIEU, M.; PASTOR, M. A.; SARFATI, M. T. – Rééducation du malade coronaire. *Linfirmière*. Paris. ISSN 0397-7900. Nº 11 (Junho 1990). pp. 43-46

FARMER, J. A.; GOTTO, Antonio M. – Factores de riesgo de cardiopatía isquémica. In BRAUWALD, Eugene - *Tratado de Cardiología : medicina cardiovascular*. 4ª ed. Vol. II. Madrid: Interamericana MacGraw-Hill. 1993. ISBN 84 - 486 -0004 -5. pp. 1258 -1292

FERREIRA, Rui C. *et al.* – Parâmetros da prova de esforço pós-enfarte agudo do miocárdio. Relação com a coronariografia. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. Lisboa. ISSN 0304-4750. Vol. 10, nº 3, (1991). pp. 249-256

ILUNDAIN, Juan Doxandabaratx; MÚGICA, Juan Ferro; AROTZARENA, Ignacio Iriarte – Resultados de la rehabilitación cardíaca a nivel físico, psicológico, sexual y laboral. *Revista Española de Cardiología*. San Sebastián. ISSN 0300-8932. Vol.48, Supl. 1 (1995). pp. 79-84

KANNEL, Willian B. – Incidência, prevalência e mortalidade das doenças cardiovasculares. In HURST, J. Willis *et al.* - *Coração artérias e veias*. 6ª ed. Vol. I. Rio de Janeiro: Editora Guanabarra Koogan. 1990. ISBN 85-277-0157-X. pp. 468-479

MAIELLO, José Roberto *et al.* – Retorno ao trabalho e qualidade de vida pós-enfarto do miocárdio. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*. São paulo. ISSN 0103-8559. Vol. 5, nº 1 (Janeiro-Fevereiro 1995). pp. 94-98

PÁDUA, Fernando de – *Coração*. Lisboa. 1986.

RIBEIRO, José Luis – A importância da Qualidade de Vida para a Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*. Lisboa. ISSN 0870-8231. Vol. XII, nº 2-3 (Abril/Setembro 1994). pp. 179-191

ROSS, John – Avaliação da função cardíaca e da contractibilidade miocárdica. In HURST, J. Willis *et al.* - *Coração artérias e veias*. 6ª ed. Vol. I. Rio de Janeiro: Editora Guanabarra Koogan. 1990. ISBN 85-277-0157-X. pp. 196-207

SEVILLA, J. Marín *et al.* – Pacientes y calidad de vida. *Revista ROJ de Enfermería* Barcelona. ISSN 0210 - 5020. Ano XVIII, nº. 202 (Junho 1995). pp. 23-26

ULMAN, Hubbs Kathleen – Psicoterapia de grupo com os Fisicamente Enfermos. In KAPLAN, Harold I.; SADOCK, Benjamin J. – *Compêndio de Psicoterapia de Grupo*. 3ªed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. ISBN 85-7307-158-3. pp. 382-396