

COMPARAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE ENTRE HOMENS E MULHERES APÓS REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO

*Comparison of Health-related Quality of Life Among Men and Women after
Coronary Artery Bypass Grafting*

Antonia Mariela Aguirre Guedes¹, Francisca Tavares. Nascimento², Elias
Nasrala Neto³, Mara Lílian Soares Nasrala⁴

- 1- Fisioterapeuta da Unidade Coronariana do Hospital Santa Rosa Cuiabá – MT.
- 2- Fisioterapeuta da Clínica de Fisioterapia da Unimed Cuiabá - MT
- 3- Mestre. Fisioterapeuta da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso. Docente do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário de Várzea Grande – UNIVAG – MT.
- 4- Mestre. Fisioterapeuta Coordenadora do Programa de Pós Graduação em Fisioterapia Hospitalar do Hospital Santa Rosa. Docente do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário de Várzea Grande – UNIVAG e da Universidade de Cuiabá – UNIC.

RESUMO

Objetivos: Mensurar e acompanhar a qualidade de vida (QV) relacionada à saúde, ansiedade e depressão entre homens e mulheres submetidos a cirurgia de revascularização do miocárdio (CRVM). **Métodos:** Pacientes internados com prescrição para CRVM preencheram uma ficha de avaliação e os questionários de QV – MacNew QLMI, os questionários de ansiedade (IDATE Traço-Estado) e de depressão Beck Depression Inventory (BDI). Após a alta hospitalar em seus domicílios os pacientes responderam novamente os questionários citados. Foram acompanhados durante 6 meses. **Resultados:** Foram avaliados 63 pacientes, sendo 46 homens com idade média de $57,2 \pm 10,7$ anos, e 17 mulheres com idade média de $61,5 \pm 7,9$ anos. As mulheres apresentaram maiores escores de QV total, diminuição significativa dos níveis de depressão e traço de ansiedade após 180 dias de CRVM quando comparados com os homens ($p < 0,05$). Nota-se também diferença

Comparação da QV entre homens e mulheres após CRVM

estatisticamente significativa no tempo após CRVM, após aplicação do teste ANOVA em todos os domínios do MacNew QLMI nos homens ($p < 0,05$) e no domínio social nas mulheres ($p < 0,05$). **Conclusão:** Conclui-se que as mulheres apresentam melhores níveis de QV quando comparadas aos homens em 180 dias de pós-operatório de CRVM, porém ainda se faz necessário que se submetam a um programa de reabilitação cardíaca para melhora do aspecto físico.

Descritores:

Qualidade de vida, revascularização miocárdica, ansiedade, depressão, fisioterapia

ABSTRACT

Objectives: Measure and follow the Health-related Quality of Life (HRQL), anxiety and depression among men and women under CABG. **Methods:** Intern patients with prescription for CABG filled an evaluation form and the questionnaires about quality of life – MacNew QLMI, the questionnaires related to anxiety (IDATE Trace-State) and to depression, Beck Depression Inventory (BDI). After hospital releasing, back home, the patients once again answered the previously mentioned questionnaires. Those patients were followed for six months. **Results:** Sixty-three patients, being 46 male with age around $57,2 \pm 10,7$, and 17 female with age around $61,5 \pm 7,9$ were evaluated. Women showed better total scores of HRQL and significant lower levels of trace-anxiety and depression after 180 days postoperative of CABG when compared with men ($p < 0,05$). Analysis showed a statistically significant difference in the follow-up period after applying the ANOVA test in all domains of MacNew QLMI to the men and in social domain to women. **Conclusion:** Concluded based in our

researchm that women show better levels of r when compared to men after 180 days of postoperative of CABG, yet it is necessary to have them get under a cardiac rehabilitation program aiming an improvement of the physical aspect.

Keywords:

Health-related Quality of Life, Coronary Artery Bypass Grafting, Anxiety, Depression, Physiotherapy.

INTRODUÇÃO

Apesar dos progressos expressivos do diagnóstico e tratamento nas três últimas décadas, o infarto agudo do miocárdio (IAM) continua sendo o principal problema de saúde pública no mundo industrializado e está se tornando um desafio de importância progressiva para os países em desenvolvimento¹.

Estima-se uma incidência de 2,6 mil habitantes/ano na Inglaterra, e cerca de 1,1 milhões de infartos por ano nos Estados Unidos em 1995². Segundo o DataSus³, em 2003, em Cuiabá, foram internadas 2.992 pessoas com doença do aparelho circulatório e em 2002, a taxa de mortalidade específica na capital foi de 129 óbitos por 100.000 habitantes.

A introdução da Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (CRVM), há mais de duas décadas, possibilitou nova e eficaz terapêutica em pacientes com doença aterosclerótica coronariana (DAC) avançada, com alívio sintomatológico em grande número de pacientes e aumento da sobrevida em alguns grupos⁴. A CRVM tem como objetivo prolongar a vida, promover alívio da dor da angina e melhorar a Qualidade de Vida (QV) dos pacientes⁵.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), desde 1947, estabelece uma relação entre saúde e QV ao definir saúde como um bem estar físico, mental e

social e não como ausência de doenças. Em 1995, reuniu especialistas de várias partes do mundo, que definiram qualidade de vida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações⁶.

A QV é uma condição complexa e multifatorial e tem sido gradativamente utilizada como medidas primárias de resultados em estudos de avaliação de efetividade de tratamento, pois a vivência que o sujeito pode ter de si mesmo, tem um importante peso neste processo⁷.

O primeiro questionário validado e específico para avaliar a Qualidade de Vida após o Infarto do Miocárdio (QLMI) foi desenvolvido na Universidade de McMaster, no Canadá, por Oldridge et al.⁸. A primeira modificação realizada no questionário foi em 1993 por Lim et al.⁹ na Universidade de Newcastle, na Austrália. A versão final, MacNew QLMI, foi elaborada por Valenti et al.¹⁰ em 1996, com vinte e sete questões, onde as pontuações continuaram as mesmas do original, variando de 1 (ruim) a 7 (boa).

O MacNew QLMI auto-administrado foi validado para língua portuguesa em 1999 por Benetti & Nahas¹¹.

Acredita-se que os portadores de doenças crônicas como a DAC tem a vida pessoal e familiar potencialmente afetados. Estes aspectos podem ser avaliados e quantificados através de instrumentos como os questionários de QV específicos para cardiopatas submetidos a CRVM.

Estudo prévio mostrou que a ansiedade e a depressão interferem diretamente na QV de pacientes submetidos a CRVM, demonstrando assim que a QV não deve ser avaliada isoladamente¹¹.

Ansiedade pode ser caracterizada como estado ou traço de personalidade. O estado de ansiedade é definido como um estado transitório, marcado por um sentimento de tensão e apreensão e por aumento da atividade do sistema nervoso autônomo (incremento do ritmo cardíaco, elevação da pressão arterial, respiração mais rápida e profunda,...). Ansiedade como traço se refere à diferença relativamente estável entre os indivíduos, e que ocasiona uma elevação maior ou menor do estado de ansiedade, como consequência da exposição a situações percebidas como ameaçadoras, tanto física como psicologicamente¹².

O Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), validado para a língua portuguesa por Biaggio & Natalício, consta de duas escalas de auto-administradas, cada uma com vinte afirmações, que avaliam o estado e o traço de ansiedade. A primeira solicita que o indivíduo descreva como se sente “*agora*”, e a segunda a descrição de como o indivíduo “*geralmente se sente*”¹²,
13.

A depressão é comum no mundo moderno, com uma prevalência de aproximadamente 10% da população, sendo mais comum em mulheres do que em homens. Caracteriza-se por sintomas emocionais: sensações de vazio e desespero; motivacionais: falta de iniciativa e estímulo; comportamentais: interrupção das atividades usuais e cognitivos: se considerar inadequado e inferior. Também podem apresentar alterações de apetite, distúrbios do sono, problemas sexuais e vários tipos de dores incluindo cefaléia¹⁴.

O Inventário de Depressão de Beck (Beck Depression Inventory – BDI), é um questionário de auto-administrado composto de 21 itens que avalia

sintomas e atitudes relacionados com depressão. Com escores que variam de 0 (sem depressão) a 63 (depressão severa)¹⁵.

O IAM na mulher merece consideração especial, embora raramente seja a primeira manifestação da DAC, nela ocorre em idade mais avançada e associa-se sempre a uma mortalidade duas vezes maior que no homem. A cada ano 2,5 milhões de mulheres norte americanas são hospitalizadas por doença cardiovascular, 500 milhões morrem e, destas, metade por doença arterial coronária, a principal causa de mortes no sexo feminino¹⁶.

Embora aproximadamente um quarto das CRVMs seja executado em mulheres, poucos estudos incluem um número suficiente de mulheres para descrever o perfil psico-social de pacientes mulheres após CRVM. Portanto o objetivo deste estudo foi mensurar e acompanhar a QV relacionada à saúde, ansiedade e depressão entre homens e mulheres submetidos a CRVM¹⁷.

METODOLOGIA

CASUÍSTICA

A pesquisa foi realizada na Unidade Coronariana e no Centro de Cardiocirurgia do Hospital Santa Rosa em Cuiabá – MT, onde os pacientes com diagnóstico de angina instável, IAM ou insuficiência coronariana (ICO), e encaminhados para CRVM foram elegíveis para participar deste estudo. Todos foram orientados quanto aos procedimentos do estudo assinaram a Carta de Consentimento Informado antes da aplicação da ficha de avaliação e de responder os questionários. Este estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa em humanos pela UNITRI- Centro Universitário do Triângulo - M.G.

Os pacientes foram instruídos em como responder os questionários, quanto a sua não obrigatoriedade em fazê-lo e interrogar a respeito de qualquer dúvida, dificuldade ou constrangimento quanto ao procedimento. Após a alta hospitalar, os pacientes responderam novamente os questionários, através de visitas domiciliares ou via Correios em 60, 120 e 180 dias, os pacientes responderam novamente os questionários.

A seleção da amostra seguiu os seguintes critérios de exclusão: inabilidade para completar os questionários devido a problemas como falta de lucidez, confusão mental, cegueira e analfabetismo; e aqueles pacientes que, no decorrer do estudo, apresentassem novo episódio de IAM ou nova cirurgia.

INSTRUMENTOS

Foi aplicada uma Ficha de avaliação para coleta dos dados sócio – demográficos e clínicos dos pacientes.

Para avaliação da QV foi utilizado o MacNew QLMI, questionário auto – administrado e específico para pacientes cardiopatas.

A ansiedade e depressão foram mensuradas através dos questionários IDATE Traço – Estado e BDI, respectivamente.

PROTOCOLO

Todos os pacientes internados no Hospital Santa Rosa, diagnosticados com angina instável, IAM ou ICO e com prescrição feita pela equipe de cirurgões para cirurgia de revascularização, foram entrevistados no período pré-operatório, onde foi preenchida a ficha de avaliação para coleta de dados sócio-demográficos e clínicos dos pacientes. Logo após, os pacientes respondiam os questionários MacNew QLMI para avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde, o IDATE Traço-Estado para avaliação do traço e

estado de ansiedade e o BDI para avaliação de depressão. Os prontuários hospitalares foram consultados para maiores informações quanto ao quadro clínico e aspectos sociais de todos os pacientes.

Após a alta hospitalar, a cada 60 dias da data da cirurgia até completar 180 dias os pacientes responderam os mesmos questionários. Para os pacientes que residiam em outras cidades, utilizou-se os correios para envio dos questionários, onde o envelope estava devidamente selado e previamente endereçado. Aqueles questionários que demoraram a retornar foram feitos contatos telefônicos confirmando o recebimento, incentivando e solicitando o envio do mesmo o mais rápido possível.

ANÁLISE ESTATÍSTICA:

Foi utilizado o Software SPSS, versão 12.0, para análise estatística dos dados. Para avaliação das médias dos escores no tempo foi utilizado o Teste ANOVA e para comparação entre dois grupos (homens e mulheres) foi utilizado o Teste t de Student.

RESULTADOS

Os resultados apresentados constam de uma amostra no pré-operatório de 63 pacientes, sendo 46 do sexo masculino, com idade média de $57,2 \pm 10,7$ anos, e 17 do sexo feminino, com idade média de $61,5 \pm 7,9$ anos.

Somente 8% dos pacientes do sexo masculino e nenhum paciente do sexo feminino possuíam nível de escolaridade superior.

Dos fatores de risco para doenças cardiovasculares apresentados pelos homens, 55% eram hipertensos, 34% eram dislipidêmicos e 49% eram sedentários, como mostra a tabela 1.

1. Tabela 1 – Características demográficas e clínicas da população estudada

Variáveis de Risco Pré-Operatórias	Amostra n = 63	
Demográficas	Homens n(%)	Mulheres n(%)
Sexo	46(73)	17 (27)
Cor		
Branca	28(45)	7 (11)
Parda	13(20)	8 (13)
Negra	5 (8)	2 (3)
Escolaridade		
Superior	5 (8)	0 (0)
Médio Completo	11(17)	6 (10)
Médio Incompleto	2 (3)	0(0)
Fundamental Completo	4 (6)	0 (0)
Fundamental Incompleto	24(39)	11(17)
Estado civil		
Casados	42(67)	11 (17)
Divorciados, viúvos e solteiros	4 (6)	6 (10)
Fatores de Risco		
Hipertensão	35(55)	14 (22)
Dislipidemias	22(34)	10 (16)
Diabetes Mellitus	12(19)	09 (14)
Doença pulmonar	11(17)	03 (5)
Tabagismo	13(21)	05 (8)
Etilismo	17(27)	04 (6)
Sedentarismo	31(49)	09 (14)

As tabelas 2 e 3 demonstram as médias dos escores de QV dos homens e mulheres no pré-operatório, 60, 120 e 180 dias de pós-operatório de cirurgia de revascularização do miocárdio. Pode-se notar diferença estatisticamente significativa após aplicação do teste ANOVA nos aspectos de Qualidade de Vida Total e em todos os domínios do MacNew QLMI nos homens, e nas mulheres, nos aspectos de Qualidade de Vida Total, na dimensão Social, Depressão e Traço de Ansiedade, quando comparados com o pré-operatório.

Tabela 2 – Escores das médias dos homens no pré-operatório, 60, 120 180 dias.

	MÉDIA ± (DP)				p =
	Pré-operatório n=46	60 dias n=21	120 dias n=21	180 dias n=17	
QLMI total	119 ±(30)	144 ± (28)	135 ± (32)	147 ± (25)	0,001**
Emocional	66 ± (19)	78 ± (14)	74± (16)	79 ± (17)	0,010*
Físico	60 ± (17)	71 ± (16)	69 ± (18)	75 ± (16)	0,010*
Social	54 ± (16)	65 ± (17)	63± (18)	71 ± (13)	0,001**
BDI	16 ± (8)	11 ± (6)	13± (7)	12± (7)	0,080
IDATE T	39 ± (10)	35 ± (8)	38 ± (10)	35 ± (8)	0,174
IDATE E	38 ± (11)	34 ± (12)	36 ± (11)	37 ± (9)	0,936

ANOVA - *p< 0,05 **p< 0,01

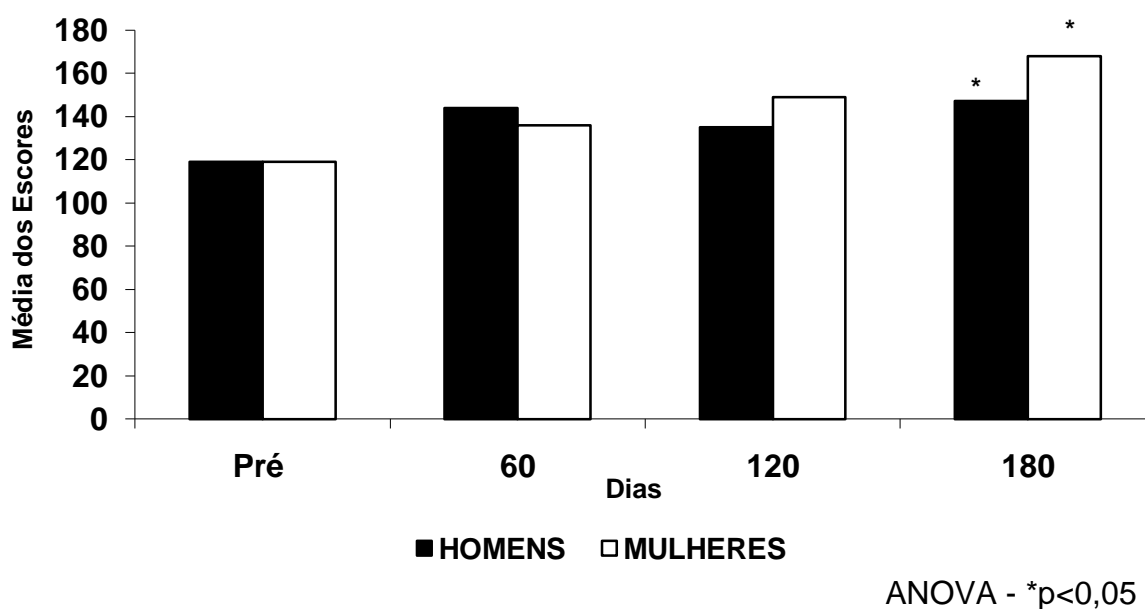
Tabela 3 - Escores das médias das mulheres no pré-operatório, 60, 120 e 180 dias.

	MÉDIA ± (DP)				p =
	Pré-operatório	60 dias	120 dias	180 dias	
	n=17	n=7	n=5	n=5	
QLMI Total	119 ± (32)	136 ± (32)	149 ± (27)	168 ± (6)	0,017*
Emocional	69 ± (17)	72 ± (21)	83 ± (12)	90 ± (3)	0,150
Físico	58 ± (20)	70 ± (18)	73 ± (17)	83 ± (8)	0,057
Social	58 ± (16)	62 ± (16)	73 ± (10)	81 ± (4)	0,018*
BDI	20 ± (9)	13 ± (6)	11 ± (5)	7 ± (1)	0,006**
IDATE T	44 ± (11)	39 ± (8)	34 ± (8)	26 ± (3)	0,007**
IDATE E	38 ± (11)	29 ± (14)	30 ± (10)	29 ± (4)	0,190

ANOVA - *p < 0,05 **p < 0,01

Com relação às médias dos escores totais do MacNew QLMI no tempo, entre homens e mulheres, após aplicação do teste ANOVA, verificou-se diferença estatisticamente significativa em 180 dias quando comparados com os escores do pré-operatório, como mostra a figura 1.

Figura1 – Escores totais das médias do MacNew QLMI no tempo



Após a análise dos escores de depressão e ansiedade os resultados demonstraram melhora significativa dos níveis de depressão e traço de ansiedade das mulheres em relação aos homens, em 180 dias de CRVM, após a aplicação do Teste *t* de Student, como mostra a tabela 4.

Tabela 4 – Comparação das médias dos escores em 180 dias de pós-operatório entre homens e mulheres

	<i>Homens</i>		<i>Mulheres</i>	
	Media	Valor de p	Media	Valor de p
DEPRESSÃO	12	0,080	7	0,006*
IDATE T	35	0,174	26	0,007*
IDATE E	37	0,936	29	0,190

Teste *t* de Student - * $p < 0,05$

DISCUSSÃO

A maioria dos estudos sobre a melhora da QV em pacientes após CRVM são baseados em impressões clínicas, os aspectos sócio-demográficos, psicossociais ou emocionais são pouco estudados.

O estudo de Passos et al. (1998)¹⁸, revelou que as mulheres quando infartam tem idades superiores aos homens, chegando a serem até 10 anos mais velhas. Amato et al. (2004)¹⁹, descreveram em sua pesquisa que além das mulheres apresentarem idade mais elevada, também apresentaram maior número de fatores de risco, e estes estão diretamente associados com o aumento das taxas de óbitos.

A mudança no padrão de vida da mulher talvez explique isto, pois adquiriram responsabilidades “do homem”, visto que trabalham fora do lar, ficaram viúvas, se divorciaram. E ao mesmo tempo adquiriram hábitos de vida igual a dos homens: dietas irregulares e sem restrições de gorduras e carboidratos, fumo, álcool, falta de atividade física regular e repouso adequado¹⁶.

Neste estudo as mulheres revascularizadas também apresentavam idade mais elevada que os homens, concordando com os autores citados,

Comparação da QV entre homens e mulheres após CRVM

porém observou-se que os números de fatores de risco das mulheres eram menores que dos homens, isto pode demonstrar haver diferenças no estilo vida da mulher matogrossense.

Com relação ao estado civil e grau de escolaridade da amostra aproximadamente 90% dos homens casados e possuíam grau de escolaridade maior do que as mulheres, que em sua maioria, possuíam grau de escolaridade fundamental incompleto. No estudo de Czajkowski et al.¹⁷ a maior parte das mulheres eram casadas e possuíam maior grau de escolaridade que os homens, o que difere das análises feitas neste estudo. Contudo o mesmo foi realizado no Brasil, caracterizando o perfil dos pacientes brasileiros submetidos a CRVM pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no estado de Mato Grosso, justificando nossos resultados.

Foi observado neste estudo uma diferença estatisticamente significativa nos escores totais de QV dos homens e mulheres em 180 dias de pós-operatório. A amostra masculina apresentou uma melhora nos escores totais de QV e em todos os domínios do MacNew QLMI, emocional, físico e social, e a amostra feminina nos escores totais de QV, no domínio social, nos níveis de depressão e no traço de ansiedade. Dantas & Aguilar (2001)²⁰, relataram que alterações no padrão de humor tais como, depressão, tristeza e ansiedade são comuns no primeiro mês de recuperação após cirurgia de revascularização do miocárdio. Ainda a sensação de culpa e de ter provocado a sua própria doença cardíaca, com comportamentos e hábitos pouco saudáveis podem atormentar o paciente neste período. Relataram também que com 180 (cento e oitenta) dias após a CRVM os pacientes estão aptos a retornar as suas atividades de vida diária e não dependem tanto da família, melhorando assim sua QV.

Czajkowski et al.¹⁷ demonstraram em seu estudo que as mulheres antes da cirurgia de revascularização do miocárdio tinham seu estado físico e social menos favorável e eram mais ansiosas e depressivas. Neste estudo as mulheres também apresentaram menores escores nos domínios físico e social e se mostraram mais ansiosas e depressivas quando comparadas com os homens no pré-operatório. Porém quando foram avaliadas em 180 dias após CRVM observou-se que os homens obtiveram maiores escores de ansiedade e depressão. Porém vale ressaltar que nossa amostra feminina consistia apenas de 5 mulheres em 180 dias, sendo portanto uma limitação importante deste estudo.

Dentre as alterações que a mulher sofre durante a menopausa estão as comportamentais, que se refere ao humor, depressão, irritabilidade, insônia e ansiedade. Segundo Zahar et al. (2005)²¹, uma terapia de reposição hormonal pode melhorar as condições de saúde e qualidade de vida. Observando as análises feitas neste estudo as médias dos escores de estado de ansiedade das mulheres em 180 dias de pós-operatório, não foi estatisticamente significativa quando comparadas com o pré-operatório, isto poderia o ser explicado pelo fato das mulheres estarem com idade mais avançada que os homens e, portanto em período de menopausa.

A OMS definiu a reabilitação dos pacientes cardíacos como a soma das atividades necessárias para assegurar as melhores condições físicas, sociais e mentais, de maneira que eles sejam capazes, por seus próprios esforços, de retornar o mais normalmente possível o seu lugar na comunidade e levar uma vida ativa e produtiva. A fisioterapia visa melhorar a QV por meio de aumento

da capacidade de trabalho, recreação e atividade física geral, auxiliando, com isso, a normalizar o estilo de vida ²².

O aspecto físico da QV neste estudo não demonstrou diferença estatisticamente significativa na mulher, isso pode ser explicado pela falta de reabilitação cardíaca que, segundo Regenga (2000)²³, tem como objetivo restaurar e aumentar sua capacidade funcional, de modo que se obtenha considerável melhora na QV e no seu prognóstico.

Conclui-se que as mulheres apresentaram melhores níveis de qualidade de vida quando comparadas aos homens em 180 dias de pós-operatório de cirurgia de revascularização do miocárdio, porém ainda se faz necessário que se submetam a um programa de reabilitação cardíaca para melhora do aspecto físico.

Referências

2. Antman EM, Braunwald E. Infarto Agudo do Miocárdio. In: BRAUNWALD E. Tratado de Medicina Cardiovascular . São Paulo: Roca, 1999; 2:1145-1270. Cap. 35.
3. Melo ECP, Travassos C, Carvalho MS. Qualidade dos dados sobre óbito por infarto agudo do miocárdio. Rev. Saúde Pública. 2004; 8(3):385-391
4. www.datasus.gov.br. Acessado 11/06/05, às 15:35.
5. Iglézias JC et al. Fatores prognósticos na Revascularização do Miocárdio em pacientes idosos. Rev. Bras. Cir. Cardiovasc. São José do Rio Preto, 1997;12(4):325-334.
6. Oldridge N et al. Predictors of Health-Related Quality of Life with cardiac rehabilitation after acute myocardial infarction. J Cardiopulmonary Rehabil. 1998; 8(2):95-103.

7. FLECK MPA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL – 100): características e perspectivas. Ciênc Saúde Coletiva. 2000; 5(1):33-38.
8. Souza RA, Carvalho AM. Programa de Saúde da Família e Qualidade de Vida: um olhar da Psicologia. Estud. Psicol. Natal, 2003,8(3):515-523.
9. Oldridge N et al. Effects on quality of life with comprehensive rehabilitation after acute myocardial infarction. The American Journal of Cardiology. 1991; 67:1084-89.
10. Lim LL-Y. A self-administered quality of life questionnaire after acute myocardial infarction. J Clin. Epidemiol. 1993; 46(11):1249-56.
11. Valenti L et al. Na improved questionnaire for assessing quality of life after acute myocardial infarction quality of life research. Quality of Life Research. 1996; 5:151-61.
12. NASRALA MLS. Avaliação da qualidade de vida em pacientes após cirurgia de revascularização do miocárdio. Dissertação (Mestrado em Fisioterapia) – Centro Universitário do Triângulo – UNITRI, Uberlândia, 2004.
13. La Rosa J. Ansiedade, sexo, nível sócio econômico e ordem de nascimento. Psicol. Reflex. Crít. Porto Alegre, 1998;11(1):59-70.
14. Spilberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Manual de psicologia aplicada: inventário de ansiedade traço-estado IDATE. Cepa: Rio de Janeiro, 1979; p:22-26. Cap.3.
15. Kolb B, Whishaw IQ. Neurociência do comportamento. São Paulo: Manole, 2002.
16. Gorenstein C, Andrade L. Inventário de Depressão de Beck – Propriedades Psicométricas da Versão em Português. Rev. Psiquiatr. Clín. 1998; 25(5):245-50.

17. Luz PL, Solimene MC. Peculiaridade da doença arterial coronária na mulher. Rev. Assoc. Med. Bras. São Paulo,1999; 45(1):45-54.
18. Czajkowski SM et al. Comparison of preoperative characteristic of men and women undergoing coronary artery bypass grafting (The post coronary artery bypass graft [CABG] biobehavioral study). Am. J. Cardiol.1997; 79:1017-24.
19. Passos LCS, Lopes AA, Barbosa AA. Por que a Letalidade Hospitalar do Infarto Agudo do Miocárdio é Maior nas Mulheres. Arq. Bras. Cardiol. 1998; 70(5):327-30.
20. Amato VL et al. Resultados imediatos de cirurgia de revascularização miocárdica:comparação entre homens e mulheres. Arq. Bras. Cardiol.2004; 83:14-20.
21. Dantas RAS, Aguillar OM. Problemas na recuperação de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio: o acompanhamento pelo enfermeiro durante o primeiro mês após alta hospitalar. Rev. Latino – Am. Enfermagem.Ribeirão Preto, 2001,9(6): 31-36.
22. Zahar, SEV et al. Qualidade de Vida em usuárias de terapia de reposição hormonal. Rev. Assoc. Méd. Bras.2005; 51(3):133-138.
23. Taniguchi LNT, Pinheiro APA. Particularidades do atendimento ao paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca. In: REGENGA MM. Fisioterapia em Cardiologia: da UTI à Reabilitação.São Paulo: Roca, 2000;p.121-54. cap.7.
24. Regenga MM, Perondoni GB, Mafra JMS. Reabilitação Precoce do Paciente Infartado. In: REGENGA, MM. Fisioterapia em cardiologia: da U.T.I. a reabilitação. São Paulo: Roca, 2000; p 243-60. cap12.