

Estilo de Vida e Percepção da Dor de Adultos no Período Pré Cirurgia Cardíaca

Lifestyle and Pain Perception of Adults in the Pre-cardiac Surgery Period

Estilo de Vida y Percepción del Dolor en Adultos en el Período Preoperatorio de Cirugía Cardíaca

RESUMO

O estudo avaliou o estilo de vida e a percepção da dor em adultos no período pré-operatório de cirurgia cardíaca, em um hospital de referência no interior do Rio Grande do Sul, Brasil. Foi um estudo descritivo e transversal, realizado entre maio e agosto de 2022, com 26 participantes (idade média 61 anos), predominando o sexo feminino ($n = 15$). Foram utilizados questionários para coletar dados sociodemográficos, perfil clínico, percepção da dor (Questionário de Dor de McGill versão curta e Escala Visual Analógica) e estilo de vida (Estilo de Vida Fantástico). A média do índice de massa corporal indicou sobrepeso em ambos os sexos ($29,06 \pm 5,66$). A maioria dos sujeitos relatou dor moderada ($n = 15$). Mulheres apresentaram melhores escores de estilo de vida ($p = 0,016$), destacando-se nos domínios Nutrição ($p = 0,016$) e Álcool ($p = 0,004$). Os resultados sugerem hábitos mais saudáveis entre mulheres comparadas aos homens.

DESCRIPTORES: Cirurgia Cardíaca; Avaliação da Dor; Doenças Cardiovasculares; Estilo de Vida.

ABSTRACT

The study evaluated the lifestyle and pain perception of adults in the preoperative period of cardiac surgery at a referral hospital in the interior of Rio Grande do Sul, Brazil. It was a descriptive, cross-sectional study conducted between May and August 2022 with 26 participants (mean age 61 years), mostly female ($n = 15$). Questionnaires were used to collect sociodemographic data, clinical profiles, pain perception (Short-Form McGill Pain Questionnaire and Visual Analogue Scale), and lifestyle (FANTASTIC Lifestyle Questionnaire). The average body mass index indicated overweight in both sexes (29.06 ± 5.66). Most subjects reported moderate pain ($n = 15$). Women showed better lifestyle scores ($p = 0.016$), especially in the Nutrition ($p = 0.016$) and Alcohol ($p = 0.004$) domains. The results suggest healthier habits among women compared to men.

DESCRIPTORS: Cardiac Surgery; Pain Assessment; Cardiovascular Diseases; Lifestyle.

RESUMEN

El estudio evaluó el estilo de vida y la percepción del dolor en adultos durante el período preoperatorio de cirugía cardíaca en un hospital de referencia en el interior de Río Grande del Sur, Brasil. Fue un estudio descriptivo y transversal realizado entre mayo y agosto de 2022 con 26 participantes (edad media 61 años), predominando el sexo femenino ($n = 15$). Se utilizaron cuestionarios para recopilar datos sociodemográficos, perfiles clínicos, percepción del dolor (Cuestionario de Dolor de McGill versión corta y Escala Visual Analógica) y estilo de vida (Cuestionario de Estilo de Vida FANTÁSTICO). El índice de masa corporal promedio indicó sobrepeso en ambos sexos ($29,06 \pm 5,66$). La mayoría de los sujetos reportó dolor moderado ($n = 15$). Las mujeres obtuvieron mejores puntuaciones en estilo de vida ($p = 0,016$), destacándose en los dominios Nutrición ($p = 0,016$) y Alcohol ($p = 0,004$). Los resultados sugieren hábitos más saludables en mujeres comparadas con los hombres.

DESCRIPTORES: Cirugía Cardíaca; Evaluación del Dolor; Enfermedades Cardiovasculares; Estilo de Vida.

RECEBIDO EM: 11/06/2025 **APROVADO EM:** 30/06/2025

Como citar este artigo: Lautert RP, Gaedke MA, Reckziegel MB. Estilo de Vida e Percepção da Dor de Adultos no Período Pré Cirurgia Cardíaca. Saúde Coletiva (Edição Brasileira) [Internet]. 2025 [acesso ano mês dia];15(98):16762-16777. Disponível em: DOI: 10.36489/saudecoletiva.2025v15i98p16762-16777



Ricardo Pauli Lautert

Especialista em Urgência e Emergência e Atividades para Grupos Especiais.
Universidade de Santa Cruz do Sul.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2898-223X>



Miriam Beatris Reckziegel

Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente.
Universidade de Santa Cruz do Sul.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5854-3153>



Mari Ângela Gaedke

Doutora em Saúde Coletiva.
Universidade de Santa Cruz do Sul.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3032-081X>

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) se tornaram um problema de saúde pública de extrema importância. No caso do Brasil, as DCV têm sido a principal causa de mortalidade desde a década de 1960, o que indica a necessidade de estudos variados sobre a temática¹. São várias as DCV existentes e suas causas podem ser múltiplas. Sabe-se que vários fatores contribuem para elevar o risco cardiovascular, como: obesidade, hipertensão arterial sistêmica (HAS), dislipidemia e estilo de vida sedentário, entre outros². Os tipos e os graus de acometimento são determinantes para as definições do tratamento, que podem ser clínicos ou cirúrgicos. As cirurgias cardíacas, são procedimentos de alta complexidade, que implicam em um período de cuidado crítico que requer tratamento adequado, considerando que a cirurgia cardíaca pode alterar as condições físico-funcionais, trazendo repercussões ao organismo e instabilidade do quadro clínico, desde a internação pré-operatória³.

O estilo de vida é um fator determinante para a manutenção da saúde cardiovascular. Estima-se que 80% das mortes por doenças cardiovasculares no mundo seriam evitadas apenas com mudanças no estilo de vida. Em termos absolutos, a OMS alerta que até 5 milhões de mortes por ano poderiam ser evitadas se a população em todo o mundo fosse mais ativa fisicamente⁴. Na população brasileira, evidências indicam aumento proporcional das DCV

em função do crescimento de quatro principais fatores de risco relacionados ao estilo de vida, que incluem: uso do tabaco, alimentação não saudável, inatividade física e consumo excessivo de bebidas alcoólicas⁵. Conhecer o estilo de vida dos sujeitos, ainda no período pré-operatório, é importante para o planejamento pós-operatório, incluindo a alta hospitalar, uma vez que a mudança de comportamento é fundamental para o sucesso do tratamento a longo prazo.

Quando a doença já está instalada e a indicação de tratamento é cirúrgica, a avaliação da dor do paciente no período pré-operatório é de extrema importância, constituindo-se como um instrumento para a compreensão integral do estado de saúde do sujeito e podendo fornecer informações relevantes para as decisões clínicas. A dor produz uma série de respostas clínicas que podem alterar as funções vitais dos sujeitos⁶, a percepção da dor autorreferida pelo paciente pode ser um importante instrumento para a compreensão integral do fenômeno doloroso, podendo fornecer informações relevantes para a tomada de decisão clínica, de modo a tornar as abordagens mais resolutivas⁷.

Embora estes fatores, estilo de vida e dor, sejam importantes para a compreensão e a caracterização das DCV com indicação de tratamento cirúrgico e para subsidiar ações interdisciplinares na perspectiva da integralidade do cuidado prestado ao paciente, a comparação entre elas, no período pré-operatório de cirurgia cardíaca, ainda é pouco descrita na literatura científica, uma vez que os estudos no período pós-opera-

tório são mais presentes⁸. Diante disto, buscou-se avaliar o estilo de vida e a percepção da dor de sujeitos internados para a realização de cirurgia cardíaca em um hospital de ensino no sul do Brasil,

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo exploratório do tipo transversal, realizado com pacientes adultos no pré-operatório de cirurgia cardíaca eletiva e desenvolvido de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos segundo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/2012 e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob parecer nº 5746827 e CAAE 54192121.0.0000.5343. Os participantes foram selecionados por amostra de conveniência, de ambos os sexos, avaliados entre maio e agosto de 2022. Neste período foram realizadas 42 cirurgias cardíacas no referido hospital, mas para este estudo foi possível realizar 26 avaliações, por conta do período em que os pesquisadores conseguiam estar presentes no local. Foram incluídos no estudo sujeitos maiores de 18 anos, internados para cirurgias cardíacas, tais como: cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM), também conhecida como by pass cardíaco; correção de doenças valvares (DV), também conhecida como plastia ou troca de válvulas/valvares (TV); e a correção de doenças da artéria aorta (DAA). O local do estudo foi em um Hospital de Ensino, filantrópico, no interior do RS, referência em Alta Complexidade Cardiovascular.

Os pesquisadores fizeram o recrutamento dos sujeitos por meio da agenda do bloco cirúrgico, uma vez que pela a agenda foi possível saber as datas em que cada sujeito realizaria a sua cirurgia e em qual leito havia sido realizada a internação do paciente. A partir disso, foi feita uma análise criteriosa do prontuário de cada paciente, assim, pacientes que não apresentassem todos os dados solicitados, com algum déficit cognitivo e/ou alguma dificuldade de linguagem, eram excluídos previamente da pesquisa. Foram excluídos 2 sujeitos da amostra na fase de avaliação do prontuário. Deste modo, os sujeitos aptos foram convidados a participar do estudo, resultando em 26 sujeitos avaliados, dos quais 8 aceitaram participar somente com a presença de algum familiar, de modo que foi preciso ir mais vezes ao local de internação do paciente para efetuar a avaliação. O paciente internava 24 horas antes de realizar a cirurgia, então se tinha pouco tempo habil para a aplicação dos instrumentos, a avaliação era no dia anterior da realização da cirurgia e tinha em média 40 minutos de duração. Foi realizada uma anamnese com os sujeitos antes da aplicação dos instrumentos para identificar o seu perfil clínico, por meio da análise de morbididades pre-existentes e das variáveis clínicas (idade, sexo, peso, altura, índice de massa corporal-IMC). O IMC foi avaliado através do peso e altura autorreferidos pelos sujeitos. Para avaliação da percepção da dor foi utilizada a versão curta do Questionário de McGill, que foi traduzida para a língua portuguesa e validada por Costa et al⁹. O questionário possui 15 questões e cada questão contém as seguintes opções: nenhuma percepção de dor; uma leve percepção de dor; dor de forma moderada; dor severa. Diante disso, a dor é classificada em suas dimensões sensoriais e afetivas, junto de uma escala visual analógica (EVA)⁹, que avalia a intensidade geral da dor nos últimos dias e uma escala de seis itens com uma descrição global da intensidade.

Para avaliar o estilo de vida foi uti-

lizado o questionário “Estilo de Vida Fantástico”, validado para o português por Rodriguez Añez et al¹⁰. O instrumento possui 25 questões e cada questão tem uma pontuação de 0 a 4, divididas em nove domínios: 1) família e amigos; 2) atividade física; 3) nutrição; 4) tabaco e drogas; 5) álcool; 6) sono, cinto de segurança, estresse e sexo seguro; 7) tipo de comportamento; 8) introspecção; 9) trabalho. A aplicação do questionário foi realizada de forma dialogada para o um melhor entendimento dos sujeitos. Desta forma, o aplicador lia as questões e em seguida as alternativas. A soma dos pontos permitiu chegar a um escore total que classifica os indivíduos nas categorias de acordo com seu status de estilo de vida: “Excelente” (85 a 100 pontos), “Muito bom” (70 a 84 pontos), “Bom” (55 a 69 pontos), “Regular” (35 a 54 pontos) e “Necessita melhorar” (0 a 34 pontos). Para este estudo cada domínio também foi analisado individualmente, de modo a avaliar quais os domínios com os melhores e os piores escores percebidos pelos sujeitos em relação ao estilo de vida. Para isso, foi realizada a média de pontuação dos sujeitos participantes em cada domínio, o que permitiu che-

gar a análise individual dos mesmos em relação aos seus escores de pontuação.

Os dados foram analisados no programa/software JASP 0.14. A normalidade das variáveis quantitativas foi avaliada pelo teste de Shapiro-Wilk. As variáveis quantitativas foram descritas em média e desvio-padrão. Para avaliar os dados categóricos foi utilizado o Teste de Qui-Quadrado. Para avaliar e comparar as variáveis Sexo, Dor, IMC, Tipo de Cirurgia e Faixa Etária da amostra, foi utilizado os testes de T de STUDENT e ANOVA para aquelas com distribuição normal e de Kruskal-Wallis para aquelas assimétricas, sendo considerado um nível de significância de $p < 0,05$. As variáveis categóricas foram expressas por frequências absoluta e relativa.

RESULTADOS

Participaram do estudo 26 sujeitos com média de idade de $61 \pm 9,95$ anos, mais da metade do sexo feminino ($n = 15$). A profissão mais prevalente foi de Agricultor ($n = 9$), seguida pela categoria Aposentados ($n = 7$), e o município de moradia mais predominante foi Cachoeira do Sul ($n = 8$) (Tabela 1).

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica dos sujeitos submetidos à cirurgia cardíaca em hospital de ensino, RS.

		Masculino	Feminino	Total
		n (%)	n (%)	n (%)
Nº de Sujeitos		11 (42,31)	15 (57,69)	26 (100,00)
Idade		$62 \pm 5,98$	$60,2 \pm 12,24$	$61,0 \pm 9,95$
Faixa Etária	< 60	6 (54,54)	6 (46,66)	13
	> 60	5 (45,45)	8 (53,33)	13
Profissão	Agricultor	6 (54,54)	3 (20,00)	9 (34,61)
	Aposentados	2 (18,18)	5 (33,33)	7 (26,92)
	Serviços Gerais	2 (18,18)	3 (20,00)	5 (19,23)
	Outros	1 (9,09)	4 (26,26)	5 (19,23)
Município de moradia	Cachoeira do Sul	2 (18,18)	6 (40,00)	8 (30,76)
	Santa Cruz do Sul	-	6 (40,00)	6 (23,07)
	Venâncio Aires	3 (27,27)	-	3 (11,53)
	Pantano Grande	1 (9,09)	1 (6,67)	2 (7,69)
	Outras cidades	5 (45,45)	2 (13,34)	7 (26,88)

Dados da pesquisa

Legenda: _média±DP

O perfil clínico dos sujeitos (Tabela 2), foi traçado por meio do tipo de cirurgia que foi realizada e das morbidades prévias. As cirurgias mais realizadas foram de CRM (n = 8), DV (n = 8) e de CRM e DV na mesma internação (n = 6). Ao analisar o IMC, os sujeitos de ambos os sexos foram classificados em acima do peso ($29,06 \pm 5,66$). Em rela-

ção ao número de morbidades prévias, uma minoria não apresentava nenhuma condição associada (n = 2), a maioria dos sujeitos da amostra (n = 15) apresentaram três ou mais doenças associadas a DCV, sendo as mais prevalentes: HAS (n = 20), Doença Arterial Coronariana-DAC (n = 16) e Dislipidemia (n = 12). Pode-se observar diferença

significativa em relação às mulheres na variável Outros (p = 0,001), indicando que as mulheres tiveram maior prevalência de outros tipos de morbidades em relação aos homens. O Histórico Familiar foi outro aspecto relevante, sendo que a maioria dos sujeitos relataram essa característica na família (n = 16).

Tabela 2: Perfil clínico dos sujeitos submetidos à cirurgia cardíaca em hospital de ensino, RS.

		Masculino	Feminino	Total	p
		n (%)	n (%)	n (%)	
Tipo de Cirurgia	CRM	4 (36,36)	4 (26,66)	8 (30,76)	0,904*
	DV	3 (27,27)	5 (33,33)	8 (30,76)	
	DAA	2 (18,18)	2 (13,33)	4 (15,38)	
	CRM + DV	2 (18,18)	4 (26,66)	6 (23,07)	
IMC_		29,87 $\pm$ 4,37	28,47 $\pm$ 6,52	29,06 $\pm$ 5,66	0,287#
N° Morbidades	Nenhuma	2 (18,18)	-	2 (7,69)	0,087*
	Uma ou duas	5 (45,45)	4 (26,66)	9 (34,61)	
	Três ou mais	4 (36,36)	11 (73,32)	15 (57,69)	
Morbidades	HAS	7 (63,63)	13 (86,66)	20 (76,92)	0,169*
	DAC	6 (54,54)	10 (66,66)	16 (61,53)	0,530*
	Dislipidemia	3 (27,27)	9 (60,00)	12 (46,15)	0,098*
	DM	3 (27,27)	4 (26,66)	7 (26,92)	0,973*
	Câncer	1 (9,09)	1 (6,66)	2 (7,69)	0,819*
	Outros	2 (18,18)	13 (86,66)	15 (57,69)	0,001*
Histórico Família	Sim	6 (54,54)	10 (66,66)	16 (61,53)	0,530*
	Não	5 (45,45)	5 (33,33)	10 (38,46)	

Dados da pesquisa

Legenda: _média $\pm$ DP; *Qui Quadrado;

#Kruskal-Wallis; CRM: Cirurgia de Revascularização do Miocárdio; DV: Doença Valvar; DAA: Doença da Artéria Aorta; IMC: Índice de Massa Corporal; HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; DAC: Doença Arterial Coronariana; DM: Diabetes Mellitus.

Na avaliação do estilo de vida (Tabela 3), os sujeitos foram classificados

em Muito Bom (n = 7), Bom (n = 10) e Regular (n = 9), e ao comparar estes resultados pelo sexo, evidencia-se diferença significativa (p = 0,010). Os status Necessita Melhorar e Excelente não tiveram resultados neste estudo. Em relação aos domínios, o domínio Nutrição (p = 0,016) e Álcool (p = 0,004) obtiveram diferença significativa na

comparação entre os sexos, já os demais resultados se apresentaram similares. Em 8 domínios o sexo feminino obteve escores mais altos em comparação ao masculino, que só obteve um escore levemente mais alto no domínio do Trabalho.

Tabela 3: Estilo de vida dos sujeitos submetidos à cirurgia cardíaca em hospital de Ensino, RS.

		Masculino	Feminino	Total	p
		n (%)	n (%)	n (%)	
Vida	Muito Bom	2 (18,18)	5 (33,33)	7 (26,90)	0,010*
	Bom	3 (27,27)	7 (46,66)	10 (38,50)	
	Regular	6 (54,54)	3 (20,00)	9 (34,60)	
Domínios_	Família e Amigos	63,63 $\pm$ 28,89	78,33 $\pm$ 17,33	72,11 $\pm$ 22,16	0,070^
	Atividade Física	32,95 $\pm$ 21,84	48,33 $\pm$ 23,08	41,82 $\pm$ 23,43	0,050^
	Nutrição	30,29 $\pm$ 13,08	46,86 $\pm$ 21,36	39,85 $\pm$ 19,84	0,016^

Dominios_	Tabaco e Tóxicos	74,65 ± 16,94	77,50 ± 12,45	76,29 ± 14,27	0,313^
	Álcool	68,86 ± 36,70	97,54 ± 5,23	84,92 ± 28,05	0,004^
	Sono, Segurança Sexo Seguro	60,50 ± 15,53	63,00 ± 17,19	62,00 ± 16,26	0,467^
	Tipo de Comportamento	22,72 ± 13,48	40,00 ± 25,96	32,69 ± 22,93	0,028^
	Introspecção	57,51 ± 18,46	59,47 ± 26,56	58,61 ± 22,91	0,381^
	Trabalho	97,72 ± 7,53	93,33 ± 11,43	95,19 ± 10,04	0,140^

Dados da pesquisa

Legenda: _ média±DP; *Qui-Quadrado; ^Teste de T Student; Os status de estilo de vida “necessita melhorar” e “excelente” não tiveram resultados na amostra.

O estudo avaliou diferentes tipos e intensidades de dor em homens e mulheres no período pré-operatório de cirurgia cardíaca. A maioria dos participantes relatou dor moderada ou ausência de dor, independentemente do sexo. Para a dor geral (EVA), 57,7% (n = 15) sentiram dor moderada, com percentuais semelhantes entre homens e mulheres. Na dor latejante, a maior parte não sentiu dor, mas algumas mu-

lheres relataram dor severa com maior frequência do que os homens. Na dor pesada, a maioria das mulheres não sentiu dor, enquanto alguns homens relataram dor leve. Outros tipos de dor, como dor em fincada, náusea, cortante e cansativa, também apresentaram variações na intensidade, porém as diferenças entre os sexos não foram estatisticamente significativas. De modo geral, os resultados indicam que a percepção da dor é semelhante entre homens e mulheres nesse grupo, sem diferenças relevantes nos tipos e intensidades avaliadas.

Ao investigar a associação do escore

de estilo de vida em relação à variáveis demográficas e clínicas (Tabela 4), observou-se em relação ao sexo que as mulheres obtiveram melhores escores de estilo de vida em relação aos homens (p = 0,016). Entretanto ao analisar a comparação entre o escore de estilo de vida com Dor, IMC, Tipo de Cirurgia e Faixa etária, os resultados se apresentaram similares não indicando diferenças significativas, considerando-se um nível de significância de p<0,05. Isso pode ser justificado pelo número pequeno da amostra.

Tabela 4: Comparação entre o escore do estilo de vida e variáveis demográficas e clínicas de sujeitos submetidos à cirurgia cardíaca em hospital de ensino, RS.

		média±DP	P
Sexo	Masculino	56,45 ± 8,74	0,016^
	Feminino	64,93 ± 9,72	
Dor	Leve	67,20 ± 13,95	0,447"
	Moderada	60,73 ± 9,13	
	Intensa	58,00 ± 8,39	
IMC	Abaixo do Peso	52,00 ± 1,14	0,056#
	Peso Ideal	70,00 ± 4,52	
	Acima do Peso	60,05 ± 10,21	
Tipo de Cirurgia	CRM	60,87 ± 9,07	0,201"
	DV	67,25 ± 12,33	
	DAA	57,75 ± 6,39	
	CRM+DV	56,50 ± 7,81	
Faixa Etária	< 60	61,92 ± 11,92	0,611^
	> 60	60,76 ± 8,308	

Dados da pesquisa

Legenda: IMC: Índice de Massa Corporal; CRM: Cirurgia de Revascularização do Miocárdio; DV: Doença Valvar; DAA: Doença da Artéria Aorta; Para a comparação entre o escore de estilo de vida com o sexo e faixa etária foi realizado o teste de ^T Student; Para o IMC foi utilizado o teste não paramétrico #Kruskal-Wallis; Para a comparação do escore de estilo de vida com Dor e Tipo de Cirurgia foi utilizado o teste paramétrico "ANOVA

DISCUSSÃO

No presente estudo foi observado que durante o período de avaliação, os 26 sujeitos hospitalizados para a realização de cirurgias cardíacas eletivas tinham médias de idade 61±9,95 anos, o que corrobora a noção de que o envelhecimento aumenta o risco de doenças cardíacas^{5;11}. A profissão mais pre-

valente encontrada, Agricultor, pode estar relacionada com a região onde está localizada a instituição na qual a pesquisa foi realizada, que tem na área da agropecuária a principal atividade econômica¹². O segundo grupo foi composto por aposentados, o que tem relação com a média de idade dos participantes. Estimar a prevalência e investigar os fatores sociodemográficos, de

saúde e estilo de vida é importante, pois as DCV podem estar associadas a estes fatores¹³. A maioria dos participantes desta pesquisa foram mulheres, semelhante a outros estudos recentes¹⁴⁻¹⁵, que indicam o processo de feminilização do envelhecimento, que resulta da maior expectativa de vida das mulheres.

Entre os sujeitos deste estudo o tipo de cirurgia mais realizada foi de CRM e DV, correspondendo aos procedimentos mais frequentes no país no caso de DCV com indicação de tratamento cirúrgico. A partir da base de dados SIH/SUS, Oliveira et al¹ avaliaram o número de hospitalizações no Brasil entre 2008 a 2018 e relataram que dos 1.149.602 procedimentos cardiovasculares cirúrgicos/intervencionistas realizados no período, a angioplastia coronariana correspondeu a 66% (755.557), sendo seguida por CRM (21%, 244.105) e cirurgia valvar cardíaca (8%, 88.280).

Outro resultado a ser destacado neste estudo foi o número de participantes com excesso de peso e a prevalência de doenças associadas, sendo as mais referidas a HAS (n = 20), a DAC (n = 16) e a Dislipidemia (n = 12), bem como o histórico familiar, relatado pela maioria dos sujeitos. Estes achados assemelham-se com estudos realizados por outros autores^{16;17} que salientam a simultaneidade dos fatores de risco como algo comum entre as DCV. A HAS é o principal fator de risco para a DCV e é uma condição clínica com alta prevalência associada a elevados riscos de mortalidade¹⁶. A população analisada no estudo foi classificada em acima do peso segundo a média de IMC ($29,06 \pm 5,66$). O IMC, embora possa substituir a gordura corporal, pois não diferencia a gordura corporal e a massa muscular, é um índice frequentemente utilizado em estudos epidemiológicos como preditor de sobrepeso, obesidade e desnutrição energética em pessoas não atletas, recomendado como indicador nutricional pela OMS. A obesidade pode estar associada a uma maior incidência de desenvolvimento de fatores

de risco relacionados a doenças cardiovasculares¹⁷.

O estudo de Malta¹⁸ destaca entre os fatores de risco para DCV o tabagismo, o consumo abusivo de álcool, a inatividade física e o consumo de alimentos com alto teor de gordura e densidade energética. Entretanto, na avaliação dos domínios Tabaco e Álcool, neste estudo, os escores foram altos, não evidenciando esses domínios como um fator de risco para os sujeitos do presente estudo. Já os domínios Atividade Física, Nutrição e Tipo de Comportamento tiveram os escores mais baixos, resultado que corrobora com a ideia de que a inatividade física e consumo de alimentos não saudáveis podem consistir como fatores de risco para as DCV. Cassiano et al¹⁴ destacam que o impacto da prática de atividade física na vida das pessoas merece considerações densas no contexto da Educação Física. A atividade física pode auxiliar no incremento da força muscular, na diminuição da pressão arterial, no desenvolvimento dos aspectos psicológicos e sociais, na diminuição do estresse e na melhoria das funções motoras, cognitivas e de socialização¹⁹. As evidências científicas mostram que as condutas não medicamentosas como a prática regular de atividade física e a alimentação adequada, incluindo a adoção de hábitos mais saudáveis, constituem estratégias iniciais e relevantes, capazes auxiliar no tratamento das condições associadas a DCV²⁰.

Outros estudos têm associado a inatividade física como um fator de risco significativo para a DAC, pelo aumento do peso corporal e a descompensação que a mesma pode causar, incluindo um aumento de triglicerídeos e uma redução do HDL-c, cuja razão compreende um indicador de risco cardiovascular^{15;21}. A adesão à atividade física regular têm efeitos favoráveis na modificação e no controle de muitos desses fatores de risco, recomenda-se que exercícios físicos sejam realizados, preferencialmente cinco vezes por se-

mana, com duração mínima de 30 minutos. A prática de exercícios se torna uma ferramenta fundamental para evitar os riscos relacionados as DCV, pode acelerar o processo de recuperação e restabelecer a capacidade funcional dos sujeitos acometidos, através de um protocolo estruturado e construído desde o período pré cirúrgico²².

Os efeitos da prática regular de exercícios podem ser agudos ou crônicos. O agudo é a resposta imediata da ação que o corpo recebe após uma sessão de treinamento, essa ação pode durar até 24 horas e aumenta fluxo o sanguíneo, a taxa metabólica de repouso, a função endotelial, entre outros. O efeito crônico é atingido por repetidos efeitos agudos, sendo capaz de ser observado no repouso, pode-se citar como exemplo a bradicardia de repouso, percebida em atletas que fazem atividades predominantemente aeróbicas. Essa repetição de respostas podem auxiliar para diminuir os níveis pressóricos, a glicemia, marcadores inflamatórios, entre outros. Desta forma, a prática regular de exercícios físicos atua como uma potente ferramenta para prevenção primária e secundária. A primária é norteadas a limitar a incidência de doenças cardiovasculares, por meio de ações de controle para os fatores de risco e suas causas, como forma de proteção e promoção da saúde. A prevenção secundária tem como objetivo reduzir o dano e um novo evento cardiovascular para aqueles sujeitos acometidos pela doença, através de mudanças nos hábitos e estilo de vida, no acompanhamento médico por meio de exames e com uso de medicamentos visando melhorar a qualidade de vida e a sobrevida desta população²².

Na escala de dor, os sujeitos avaliados referiram, em sua maioria, a percepção da dor de forma moderada e a dor cansativa foi a mais relatada como severa. A mensuração da dor é importante também no período pré-operatório, embora esta discussão seja escassa na literatura deste período, aparecendo mais em estudos relacionados ao pós-

-operatório. Quando bem avaliado este fator permite à equipe multidisciplinar organizar a melhor conduta para o cuidado do indivíduo⁸. A atuação de uma equipe multidisciplinar é de extrema importância para aumentar a qualidade no cuidado, pois as diferentes profissões que integram esta equipe podem formular ações que incluam o manejo da dor, impedindo que as sensações algícas tragam prejuízos ao paciente durante a hospitalização antes da cirurgia⁸.

No presente estudo, embora a maioria dos resultados se apresentarem similares, muito provavelmente pelo limitado tamanho da amostra, observou-se que as mulheres participantes obtiveram melhores escores de estilo de vida, melhores escores nos domínios nutrição e álcool, o que pode sugerir que as mulheres possuem melhores há-

bitos alimentares e consomem menos álcool em relação aos homens. Este achado corrobora os dados de outro estudo²³, cujos resultados indicavam que as mulheres tinham hábitos alimentares mais saudáveis, maior taxa de atividade física moderada-vigorosa e menor taxa de tabagismo e obesidade do que os homens.

Outros estudos, que examinaram a relação e a eficácia de intervenções no estilo de vida demonstraram benefícios na redução do risco de mortalidade e na melhora da saúde vascular dos indivíduos²⁴, o que pode indicar que um estilo de vida saudável está associado a um menor risco de DCV e de mortalidade²⁵ e que a análise do estilo de vida pode ser importante para um planejamento do tratamento dos sujeitos submetidos a cirurgias cardíacas.

Este estudo apresenta algumas limi-

tações, como o curto período de coleta (4 meses) e a realização em apenas um hospital, o que resultou em uma amostra reduzida. Portanto, recomenda-se a realização de pesquisas futuras com amostras maiores e em diferentes contextos. Apesar dessas limitações, os resultados sugerem que as mulheres tendem a adotar hábitos de vida mais saudáveis, com menor consumo de álcool e melhor padrão alimentar em comparação aos homens. Quanto à percepção da dor no período pré-operatório, a maioria dos participantes relatou dor de intensidade moderada. Esses achados destacam a relevância do conhecimento sobre o estilo de vida e a percepção da dor para embasar intervenções interdisciplinares, promovendo um cuidado mais integral e individualizado ao paciente hospitalizado.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira GMM, Brant LCC, Polanczyk CA, Malta DC, Biolo A, Nascimento BR et al. Estatística Cardiovascular – Brasil 2021. Arq. Bras. Cardiol. 2022; 118(1).
2. Pereira JL, de Castro MA, Leite JMRS, Rogero MM, Sarti FM, César CLG, et al. Overview of Cardiovascular Disease Risk Factors in Adults in São Paulo, Brazil: Prevalence and Associated Factors in 2008 and 2015. International Journal of Cardiovascular Sciences. 2022; 35(2): 230-242.
3. Silva LG et al. Functional Physical Analysis and Quality of Life in the Preoperative and Early Postoperative Periods of Cardiac Surgery and 30 Days After Hospital Discharge. Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery. 2024 Jan;39(4).
4. World Health Organization (Who). WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour: web annex: evidence profiles, 2020. Geneva, WHO; 2020.
5. IBGE. Pesquisa nacional de saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: IBGE; 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101764.pdf> [2022 Outubro].
6. De Matos WDV et al. A percepção de enfermeiros da Unidade de Terapia Intensiva sobre o manejo e a avaliação da dor: revisão narrativa da literatura. Research Society and Development. 2022; 11(5): e46511528498-e46511528498.
7. Mármora CHC, Campos Sarchis AP. Correlatos neurais entre memória e ação envolvidos na experiência da dor. Revista Psicologia em Pesquisa. 2020 Oct 4;14(3):269–82.
8. Chiapinotto S, Dallazen F, Teixeira Bodnar E, Winkelmann ER. Nível de dor e grau de independência funcional de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. Revista Baiana de Enfermagem. 2017; 31(4):1-8.
9. Costa LDCM, Maher CG, McAuley JH, Hancock MJ, Melo Oliveira W, Azevedo DC et al. The Brazilian-Portuguese versions of the McGill Pain Questionnaire were reproducible, valid, and responsive in patients with musculoskeletal pain. Journal of clinical epidemiology. 2011; 64(8): 903-12.

10. Rodriguez Añez CR, Reis RS, Petrosky EL. Versão brasileira do questionário "estilo de vida fantástico": tradução e validação para adultos jovens. *Arqui. Bras. Cardiol.* 2008; 91: 102-9.
11. Roth GA, Mensah GA, Johnson CO, Addolorato G, Ammirati E, Baddour LM, et al. Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risk Factors, 1990-2019: Update From the GBD 2019 Study. *Journal of the American College of Cardiology.* 2020; 76(25): 2982-3021.
12. Garske C, Silva C, Athayde G, Caraméz JC, Fardin I, Severo P, et al. Guia Socioeconômico do Vale do Rio Pardo e Centro-Serra 2021. *Serafina Corrêa.* 2021; 25.
13. Gomes CS, Gonçalves RPF, Silva AG, Sá ACMGN, Alves FTA, Ribeiro ALP, et al. Fatores associados às doenças cardiovasculares na população adulta brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. *Rev Bras de Epidemiol.* 2021; 24(Suppl 1):S1-15.
14. Cassiano AN, Silva TS, Nascimento CQ, Wanderley EM, Prado ES, Santos TMM, et al. Efeitos do exercício físico sobre o risco cardiovascular e qualidade de vida em idosos hipertensos. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2020; 25(6):2203-12.
15. Malta DC et al. Estimativas do Risco Cardiovascular em Dez Anos na População Brasileira: Um Estudo de Base Populacional. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia.* 2021 Mar;116(3):423-31.
16. Loureiro NSL, Amaral TLM, Amaral CA, Monteiro GTR, Vasconcellos MTL, Bortolini MJS. Relação de indicadores antropométricos com fatores de risco para doença cardiovascular em adultos e idosos de Rio Branco, Acre. *Rev Saúde Pública.* 2020;54:24 <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001088>
17. Mahesh P, Ashish A. Critical Correlation Between Obesity and Cardiovascular Diseases and Recent Advancements in Obesity. *Cureus.* 2024 Jan 4;16(1).
18. Malta DC et al. Mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis em capitais brasileiras: redistribuição de causas garbage e evolução por estratos de privação social. *Revista Brasileira de Epidemiologia.* 2023;26(suppl 1).
19. Lopes GM et al. A prática de atividades físicas regulares como estratégia para o controle e prevenção da hipertensão arterial: Uma revisão integrativa. *Revista de Epidemiologia e Saúde Pública-RESP.* 2024; 2(1).
20. Carvalho T de, Milani M, Ferraz AS, Silveira AD da, Herdy AH, Hossri CAC, et al. Diretriz Brasileira de Reabilitação Cardiovascular – 2020. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia.* 2020;114(5):943-87.
21. Tucker WJ, Fegers-Wustrow I, Halle M, Haykowsky MJ, Chung EH, Kovacic JC. Exercise for Primary and Secondary Prevention of Cardiovascular Disease. *Journal of the American College of Cardiology.* 2022 Sep;80(11):1091-106.
22. Carvalho T de et al. Diretriz Brasileira de Reabilitação Cardiovascular – 2020. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia [Internet].* 2020 May;114(5):943-87.
23. Oliveira BLC, Pinheiro AKB. Mudanças nos comportamentos de saúde em idosos brasileiros: dados das Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019. *Ciênc. Saúde Colet.* 2023;28(11):3111-3122.
24. Diab A, Dastmalchi LN, Gulati M, Michos ED. A Heart-Healthy Diet for Cardiovascular Disease Prevention: Where Are We Now? *Vascular Health and Risk Management.* 2023 Apr 21;19(19):237-53.
25. Adams ML, Zhang Y, Zhang J, et al. Combined healthy lifestyle behaviors and all-cause mortality risk in middle-aged and older US adults: A longitudinal cohort study. *Prev Med.* 2024;170:107370.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Santa Cruz e a Universidade de Santa Cruz do Sul.