

Resumo

FATORES ASSOCIADOS À FADIGA EM PACIENTES COM DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA

Muller AG¹, Antonio DAF²; Cruz DALM³; Silva RCG⁴.

Introdução. Fadiga é um fenômeno multifatorial, subjetivo e complexo¹ e foi aceito como um diagnóstico de enfermagem pela NANDA-Internacional em 1988². Em pacientes com doença arterial coronariana (DAC) crônica, está relacionada com diminuição da capacidade funcional e pior qualidade de vida; e naqueles submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio (RM) tem sido associada ao aumento do tempo de recuperação pós-operatória, maior prejuízo na funcionalidade psicossocial e fisiológica^{3,4}. Conhecer os fatores associados à fadiga em pacientes com DAC contribuirá para avançar na compreensão deste fenômeno de interesse para a enfermagem e, futuramente, no delineamento e na implementação de intervenções para esses pacientes. **Objetivo.** Verificar se há fatores sociodemográficos e clínicos associados à fadiga em pacientes com DAC. **Método.** Estudo descritivo e associativo, de corte transversal, realizado em um hospital público de referência em cardiologia em São Paulo, Brasil, entre maio e dezembro de 2016. A amostra foi composta por 137 participantes com DAC (75,9% do sexo masculino; 62,4±8,3 anos). Dados sociodemográficos e clínicos, como comorbidades e medicamentos em uso atual, foram coletados do prontuário. A intensidade da fadiga foi avaliada pela Dutch Fatigue Scale (DUFS) e da fadiga ao esforço pela Dutch Exertion Fatigue Scale (DEFS), validadas para o português falado no Brasil⁵. A DUFS é composta por oito itens e seu escore varia de 8 a 40, a DEFS é composta por nove itens e seu escore varia de 9 a 45⁵. Dor, dispneia, depressão, qualidade e eficiência do sono foram avaliadas por meio de instrumentos previamente validados. Para verificar a associação da fadiga e da fadiga ao esforço com as variáveis sociodemográficas e clínicas foram utilizados os testes t de *student*, ANOVA, coeficiente de correlação de Pearson, coeficiente de correlação tau de Kendall e modelo de regressão linear. O nível de significância adotado foi de 5%. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (pareceres número: 1.400.127 e 1.412.540) e recebeu financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico–CNPq (459008/2014-5). **Resultados.** O escore médio da DUFS foi 23,3±8,4

¹ Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), Hospital Universitário da USP. Enfermeira. Mestranda em ciências pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem em Saúde do Adulto (PROESA), email: amanda.muller@usp.br; ² Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP). Graduanda em Enfermagem; ³ Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP). Enfermeira. Professora Titular do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica. ⁴ Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP). Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica.

e da DEFS foi $23,8 \pm 9,8$. Os fatores que se associaram significativamente à fadiga e à fadiga ao esforço foram sexo feminino, uso de bloqueador de canal de cálcio, uso de hipoglicemiantes orais; dor, depressão, pior qualidade do sono, presença e intensidade de dispneia; a efetividade do sono se associou somente à fadiga. As variáveis que se associaram somente à fadiga ao esforço foram sedentarismo, diabetes mellitus, pré-diabetes, uso de bloqueador de canal de cálcio, uso de hipoglicemiantes orais, presença e intensidade de dispneia, sobrepeso e obesidade e baixos níveis de hemoglobina. No modelo de regressão linear a depressão e a pior qualidade do sono mantiveram-se como fatores preditivos de fadiga e a depressão, pior qualidade do sono e sedentarismo, como fatores preditivos de fadiga ao esforço. **Conclusão.** Em pacientes com DAC, depressão e pior qualidade do sono são fatores preditivos de fadiga e de fadiga ao esforço. O sedentarismo permaneceu, apenas, como fator preditivo de fadiga ao esforço.

Descritores: Fadiga; Enfermagem; Doença das Coronárias.

Referências

1. Ream E, Richardson A. Fatigue: a concept analysis. *Int J Nurs Stud.* 1996;33(5):519-29.
2. Herdman T, Kamitsuru S. Diagnósticos de enfermagem da Nanda International: Definições e classificação 2015-2017. Porto Alegre: Artmed; 2015.
3. Alsén P, Brink E, Persson LO, Brändström Y, Karlson BW. Illness perceptions after myocardial infarction: relations to fatigue, emotional distress, and health-related quality of life. *J Cardiovasc Nurs.* 2010;25(2):E1-E10.
4. Barnason S, Zimmerman L, Nieveen J, Schulz P, Miller C, Hertzog M, et al. The relationships between fatigue and early postoperative recovery outcomes over time in elderly coronary artery undergoing bypass graft (CABG) surgery patients. *Heart Lung.* 2008;37(4):245-56.
5. Fini A, Cruz DALM. Propriedades psicométricas da Dutch Fatigue Scale e Dutch Exertion Fatigue Scale – versão brasileira. *Rev Bras Enferm.* 2010;63(2):216-21.

¹ Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), Hospital Universitário da USP. Enfermeira. Mestranda em ciências pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem em Saúde do Adulto (PROESA), email: amanda.muller@usp.br; ² Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP). Graduanda em Enfermagem; ³ Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP). Enfermeira. Professora Titular do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica. ⁴ Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP). Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica.