



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE**

MONIQUE TAVARES DE JESUS

**QUALIDADE DE VIDA NA APRESENTAÇÃO DO TIPO DE
INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO E NA EVOLUÇÃO
INTRA-HOSPITALAR.**

**ARACAJU
2019**

MONIQUE TAVARES DE JESUS QUALIDADE DE VIDA NA APRESENTAÇÃO DO TIPO DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO E NA EVOLUÇÃO INTRA-HOSPITALAR 2019

**QUALIDADE DE VIDA NA APRESENTAÇÃO DO TIPO DE
INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO E NA EVOLUÇÃO
INTRA-HOSPITALAR.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Carlos Sobral Sousa

ARACAJU

2019

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DA SAÚDE – BISAU
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

J58q

Jesus, Monique Tavares de

Qualidade de vida na apresentação do tipo de infarto agudo do miocárdio e na evolução intra-hospitalar / Monique Tavares de Jesus ; orientador Antônio Carlos Sobral Sousa. – Aracaju, 2019. 59 f.

Dissertação (mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Sergipe, 2019.

1. Infarto Agudo do Miocárdio. 2. Qualidade de vida. 3. Fatores de risco. I. Sousa, Antônio Carlos Sobral, orient. II. Título.

CDU 616-127-005.8

QUALIDADE DE VIDA NA APRESENTAÇÃO DO TIPO DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO E NA EVOLUÇÃO INTRA-HOSPITALAR.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde.

Aprovada em: ____/____/____

Orientador: Prof. Dr. Antônio Carlos Sobral Sousa
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

1º Examinador: Profª Dra. Joselina Luzia Meneses Oliveira
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

2º Examinador: Prof. Dr. Marcos Antônio Almeida Santos
UNIVERSIDADE TIRADENTES

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, por ter iluminado meu caminho durante esse período de desafio, construção e amadurecimento.

Aos meus pais Lúcia Maria Tavares e Nairson Tavares que sempre me apoiaram, incondicionalmente, nas minhas decisões. À minha irmã Nathália Tavares, que me incentiva a lutar pelo meu sonho e contornar os obstáculos.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Antônio Carlos Sobral Sousa, serei eternamente grata pelo apoio, credibilidade, paciência e palavras de incentivo.

Agradeço também a Ingrid Novais, pela disponibilidade em me ajudar no momento mais difícil dessa jornada.

À Juliana Teixeira, que foi fundamental na concretização deste sonho. Serei sempre grata pelo apoio e incentivo, desde o momento de decisão até o final deste ciclo. Agradeço também ao grupo Cenu/Cenutri pelo apoio.

Ao Prof. Dr. José Rodrigo Santos Silva, pela grande contribuição e disposição na realização da estatística desse trabalho.

Ao Hospital São Lucas, Hospital Primavera, Hospital do Coração e Hospital Cirurgia, por terem abertos as portas para a coleta de dados dessa pesquisa. Em especial, a Mirella Dornelas (Hospital do Coração/ Hospital Cirurgia), Katharina Oliveira (Hospital do Coração), Andrezza Almeida (Hospital São Lucas) e ao Dr. Wagner Oliveira (Hospital Primavera).

Aos meus familiares e amigos pela torcida.

À minha turma de mestrado 2017.1 que se manteve unida até o final com alegre convivência e sugestões.

Por fim, meus respeitosos agradecimentos pela contribuição da banca do exame de qualificação e pela participação dos membros da banca examinadora de defesa.

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota”.

(Madre Teresa de Calcutá)

RESUMO

Qualidade de vida na apresentação do tipo de Infarto Agudo do Miocárdio e na evolução intra-hospitalar. Monique Tavares de Jesus. 2019.

O cenário mundial revela o crescimento das doenças cardiovasculares e destaca como uma das principais causas de mortes e incapacidades físicas. Dentre as mais relevantes está o infarto agudo do miocárdio (IAM). Evidências científicas mostram fatores de risco modificáveis e a qualidade de vida podem associar-se ao desenvolvimento das doenças cardiovasculares. O objetivo do presente estudo foi avaliar a influência da qualidade de vida e os fatores de risco cardiovascular na apresentação do Infarto Agudo do Miocárdio. Trata-se de um estudo do tipo observacional e transversal, realizado em unidades hospitalares de referência em cardiologia na cidade de Aracaju/SE. As variáveis analisadas foram: Socioeconômicas, clínicas, eventos intra-hospitalares, fatores de risco (dislipidemia, hipertensão arterial sistêmica; tabagismo; diabetes mellitus; obesidade, sedentarismo, história familiar de doença arterial coronariana e idade) e qualidade de vida. As variáveis categóricas foram associadas por meio do teste qui-quadrado, ou pelo teste exato de Fisher. As variáveis numéricas, utilizou testes de t de Student e Mann-Whitney. Adotou-se como critério de significância estatística um valor de $p < 0,05$. A amostra foi composta por 480 pacientes, 55,62% (267) apresentaram infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (IAMCSST) e 44,38% (213) infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST (IAMSSST). Pessoas atendidas pelo serviço público possuem 8,56 mais chances de terem IAMCSSP em comparação com aqueles atendidos pelo serviço privado. O tabagismo se associou ao IAMCSST ($p < 0,028$). A qualidade de vida, não associou-se com o tipo de IAM, apenas os domínios aspectos físicos e dor apresentaram percepção negativa. Com exceção do domínio saúde e mental, todos associaram-se com algum tipo de evento intra-hospitalar. O uso do tabaco se associou com o tipo mais grave de IAM. Os domínios da qualidade de vida, não apresentaram diferença significativa entre os dois tipos infarto, entretanto associaram-se com diversos eventos intra-hospitalares.

Descritores: Síndrome Coronariana Aguda. Infarto Agudo do Miocárdio. Qualidade de vida. Fatores de risco.

ABSTRACT

Quality of life in the presentation of the type of Acute Myocardial Infarction and in the intra-hospital evolution. Monique Tavares de Jesus. 2019.

The world scenario is revealing a growth in cardiovascular diseases and it is highlighted as one of the main causes of deaths and physical disabilities. Among the most relevant is the acute myocardial infarction (AMI). Scientific evidence shows that modifiable risk factors and quality of life may be associated with the development of cardiovascular disease. The objective of the present study was to evaluate the influence of life quality and cardiovascular risk factors on the presentation of acute myocardial infarction. This is an observational and cross-sectional study, performed in referenced hospital units in cardiology in the city of Aracaju / SE. The variables analyzed were: Socioeconomics, clinical, intra-hospital events, risk factors (dyslipidemia, systemic arterial hypertension; smoking; diabetes mellitus; obesity, physical inactivity, family history of coronary artery disease and age) and quality of life. Categorical variables were associated using the chi-square test or Fisher's exact test. The numerical variables used Student's t-test and Mann-Whitney tests. The criterion of statistical significance was set at $p < 0.05$. The sample consisted of 480 patients, 55.62% (267) had ST-segment elevation acute myocardial infarction (STEMI) and 44.38% (213) non-ST-segment acute myocardial infarction (NSTEMI). People served by the public service are 8.56 more likely to have STEMI compared to those served by the private service. Smoking was associated with STEMI ($p < 0.028$). Quality of life was not associated with the type of AMI, only the domain of physical aspects and pain presented negative perception. With the exception of the health and mental domain, all were associated with some type of intra-hospital event. Tobacco use was associated with the most severe type of AMI. The domains of life quality showed no significant difference between the two types of infarction, but were associated with several intra-hospital events.

Descriptors: Acute Coronary Syndrome. Acute myocardial infarction. Quality of life. Risk factors.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Caracterização geral dos pacientes com IAM, Aracaju, Sergipe, 2019.....	27
TABELA 2: Resumo das variáveis quantitativas (pontuações do SF-36) dos pacientes com IAM, Aracaju, Sergipe, 2019.....	28
TABELA 3: Relação entre tipo de IAM com as variáveis qualitativas, Aracaju, Sergipe, 2019.....	29
TABELA 4: Relação entre tipo de IAM com as variáveis quantitativas (pontuações do SF-36), Aracaju, Sergipe, 2019.....	30
TABELA 5: Relação entre os domínios (CF, Físico, Dor e Mental) e os eventos intra-hospitalares dos pacientes que sofreram IAM.....	31
TABELA 6: Relação entre os domínios (Vitalidade, Social, Emocional, Saúde) e os eventos intra-hospitalares dos pacientes que sofreram IAM.....	32

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AI: Angina Instável

AVC: Acidente Vascular Cerebral

CC: Circunferência da Cintura

CF: Capacidade Funcional

CEP: Comitê de Ética em Pesquisa

DCNT: Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DCV: Doenças Cardiovasculares

DM: Diabetes Mellitus

ECG: Eletrocardiograma

FR: Fator de Risco

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

HDL-High Density Lipoproteins

IAM: Infarto Agudo do Miocárdio

IAMCSST: Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento do Segmento ST

IAMSSST: Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnivelamento do Segmento ST

ICC: Insuficiência Cardíaca Congestiva

IMC: Índice de Massa Corporal

IPAQ: International Physical Activity Questionnaire

IRA: Insuficiência Renal Aguda

IRC: Insuficiência Renal Crônica

LDL- Low Density Lipoproteins

OMS: Organização Mundial da Saúde

OPAS: Organização Pan-Americana de Saúde

QV: Qualidade de Vida

RM: Revascularização do Miocárdio

SBC: Sociedade Brasileira de Cardiologia

SCA: Síndrome Coronariana Aguda

SF-36: Short-Form Health Survey

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFS: Universidade Federal de Sergipe

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	14
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	15
2.1. Síndrome Coronariana Aguda	15
2.1.1. Infarto Agudo do Miocárdio.....	16
2.2. Fatores de Risco Cardiovascular.....	17
2.3. Qualidade de vida.....	19
3. OBJETIVOS.....	22
3.1. Objetivo Geral.....	22
3.2. Objetivos Específicos.....	22
4. METODOLOGIA.....	23
4.1. Delineamento do estudo.....	23
4.2. Amostra.....	23
4.3. Caracterização da amostra.....	23
4.4. Critérios de inclusão.....	24
4.5. Critérios de exclusão.....	24
4.6. Variáveis analisadas.....	24
4.6.1. Avaliação antropométrica.....	24
4.6.2. Avaliação da atividade física.....	25
4.6.3. Avaliação da qualidade de vida.....	25
4.7. Análise de dados.....	26
4.8. Aspectos éticos.....	26
5. RESULTADOS.....	27
6. DISCUSSÃO.....	34
7. CONCLUSÃO.....	38
REFERÊNCIAS.....	39
APENDICE A.....	50
APENDICE B.....	51
ANEXO A.....	54
ANEXO B.....	56

1. INTRODUÇÃO

O cenário mundial revela um crescimento das doenças cardiovasculares, sendo uma das principais causas de morte e incapacidade física (HUGUENIN et al., 2016). Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (2017), 17,7 milhões de pessoas morreram por doenças cardiovasculares em 2015, representando 31% de todas as mortes em nível global. Desses óbitos, estima-se que 7,4 milhões ocorrem devido às doenças cardiovasculares (OPAS, 2017; FREITAS et al., 2013; VARGAS et al., 2017). Tais doenças impactam diretamente nos custos (relacionados à saúde), redução da produtividade no emprego, bem como perda de bem-estar (STEVENS et al., 2018).

Dentre as doenças cardiovasculares, destaca-se a síndrome coronariana aguda (SCA), que abrange um grupo de doenças incluindo a angina instável (AI), o infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (IAMCSST) e sem supradesnivelamento (IAMSSST) (SILVA et al., 2016). Deste grupo, o IAM merece destaque como a principal causa de morte e incapacidade no Brasil e no mundo devido à sua grande magnitude e severidade (WHO, 2015). Em relação às medidas terapêuticas para as doenças cardiovasculares, as principais são: a farmacológica, a prática de atividade física, a nutricional e a cirúrgica cardíaca (SOUZA et al., 2018).

Existem evidências científicas na qual aderir um estilo de vida saudável associada ao controle dos fatores de risco modificáveis contribuem para redução do desenvolvimento de doenças cardiovasculares, em especial a SCA (GOSWAMI, MANOHAR, 2016; MANNSVERK et al., 2016). A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2017, confirma estes achados afirmando que a maioria das doenças cardiovasculares pode ser prevenida por meio da abordagem de fatores comportamentais de risco – como o uso de tabaco, dietas não saudáveis, obesidade, a falta de atividade física e uso nocivo do álcool – utilizando estratégias para a população em geral.

Desse modo, a maneira mais eficiente para reduzir o impacto dessas doenças seria o desenvolvimento de ações preventivas, e tratamento dos fatores de risco que os indivíduos podem exercer controle, tais como, hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), dislipidemia, obesidade, sedentarismo e tabagismo (STAMPFER et al., 2000; CHOMISTEK et al., 2015; JUN et al., 2017).

Entretanto o controle dos fatores de risco e a adesão de hábitos saudáveis podem estar associados à qualidade de vida (QV) (CUNHA et al., 2016). A QV define-se como a percepção do indivíduo sobre sua própria vida, em conexão com seus objetivos e dentro do

sistema de valores incorporados na tomada de decisão (HIGGINSON, CARR, 2001). Esta depende da situação econômica, saúde física e mental, segurança social, estabilidade política e do ambiente (DZUBUR et al., 2016).

Entre os instrumentos que visam avaliar a qualidade de vida, destaca-se o *Medical Outcomes Study 36- Item Short-Form Health Survey (SF-36)*, traduzido e validado na população brasileira. Trata-se de um questionário genérico, de fácil compreensão e administração, que avalia o estilo de vida relacionado à saúde (CICONELLI et al., 1999). Deriva da experiência do sujeito quanto aos seus problemas de saúde, envolve elementos de avaliação positivos e negativos, estabelece relação entre diferentes domínios, incluindo aspectos físicos, psicológicos e sociais (MAHESH et al., 2017; RODRIGUES et al., 2014).

Portanto, a mensuração da QV proporciona uma compreensão do indivíduo, e consequentemente, auxilia na escolha da melhor forma de tratamento e reabilitação. A recomendação de se realizar uma investigação dos parâmetros de qualidade de vida com o intuito de mensurar eventos cardiovasculares (ECV) não está bem estabelecida, necessitando de mais estudos.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Síndrome Coronariana Aguda

A Síndrome Coronariana Aguda está entre as maiores causas de óbito mundial, sendo responsável por mais de 7 milhões de mortes anualmente no mundo (ZHELEV et al., 2019; WHO, 2017). Semelhante ao que ocorre mundialmente, no Brasil o custo das internações por doenças coronarianas é maior quando comparado com os outros motivos de internações hospitalares, e representa a principal causa de óbito (HUGUENINI et al., 2016). Além de serem responsáveis por um grande impacto socioeconômico ao paciente e seu núcleo familiar, as DCV geram altos custos ao Estado, em decorrência da alta frequência de internações, licenças médicas e aposentadorias precoces (FARIA-NETO et al., 2016).

A SCA caracteriza-se pela ruptura da placa arterial coronariana formando trombo intraluminal, embolização e obstrução coronária em graus variáveis, que limitam ou obstruem o fluxo sanguíneo. De acordo com o tempo de evolução o miocárdio sofre isquemia, lesão e necrose, isso determina uma série de apresentações clínicas. Pacientes com oclusão total podem apresentar infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST. Obstrução parcial de um vaso pode resultar em um IAM sem supradesnivelamento do segmento ST ou angina instável (KIMURA et al., 2019; PESARO et al., 2008).

A formação do trombo e subsequente oclusão do vaso, decorre da rotura de uma capa fibrótica aterosclerótica em 60% dos casos, da erosão de uma placa em 30 a 35%, e da formação de trombo sobreposto a nódulos de cálcio em 5 a 10% (OTSUKA et al., 2014; NARULA et al., 2013). Observa-se que nos estágios iniciais a placa aterosclerótica é composta principalmente por acúmulo focal de células musculares lisas com matriz extracelular rica em proteoglicanos, sem indícios de inflamação. Em seguida, ocorre a progressão da aterosclerose com acentuação do componente inflamatório, representado principalmente por infiltrados de macrófagos no núcleo lipídico, e redução de proteoglicanos e colágeno na capa fibrosa. No último estágio da história natural da aterosclerose, esse processo evolutivo resulta na formação da chamada placa vulnerável, representada pelo fibroateroma de capa fina, cujo achado diagnóstico é um grande núcleo necrótico, envolvido por uma capa fibrosa fina ricamente infiltrada por macrófagos e com reduzida quantidade de células musculares lisas (FALK et al., 2013; KOLODZIE et al., 2001; SOUZA et al., 2014).

O diagnóstico correto da SCA está relacionado diretamente com o sucesso do tratamento. Para isso deve ter conhecimento dos diversos sintomas que se apresentam e uma correta interpretação dos exames. A análise de marcadores de necrose tecidual miocárdica,

dos exames de ecocardiograma e eletrocardiograma (ECG) dos pacientes que apresentam esta síndrome são fundamentais tanto para um diagnóstico definitivo como para a estratificação do risco hospitalar (SILVA et al., 2016; ZHELEV et al., 2019; SILVA et al., 2018).

2.1.1. Infarto Agudo Do Miocárdio

Dentre as causas de mortes por doenças do aparelho circulatório, destaca-se o infarto agudo do miocárdio devido à sua grande magnitude e severidade. No ano de 2011, dos 20 milhões de indivíduos que sofreram por DCV em todo mundo, aproximadamente, 12 milhões foram vítimas fatais de IAM. Isso causa um impacto socioeconômico crescente, sendo considerado um problema para saúde pública mundial (HUGUENIN et al., 2016; WHO, 2015).

O tipo do IAM depende da lesão endotelial e da quantidade do trombo formado, que podem ocorrer obstrução total da artéria, induzindo à necrose total ou parcial da parede ventricular do miocárdio, ocorrendo elevação típica do segmento ST no eletrocardiograma. De acordo com o resultado obtido pelo ECG associado com a elevação de marcadores bioquímicos de necrose miocárdica, pode observar alterações nas enzimas creatinoquinase (CK total), isoenzima MB da creatinoquinase (CK-MB) e troponinas (PIEGAS et al., 2015).

Estudos recentes mostram que apesar da redução na taxa de mortalidade aguda e a longo prazo com maior uso da terapia de reperfusão, intervenção coronária percutânea primária, terapia antitrombótica moderna e prevenção de complicações secundárias, o IAMCSST ainda é uma das principais causas de mortalidade no mundo. Taxas de mortalidade foram relatadas em 7-10% em alguns registros (IBANEZ et al., 2017; YILDIRIM et al., 2017).

Observa-se também que o controle de alguns fatores de risco como sedentarismo, excesso de adiposidade abdominal, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, história familiar coronariana, circunferência da cintura, níveis de LDL e HDL-colesterol descompensados, tabagismo, bem como fatores ligados ao estilo de vida como atividade física, hábitos alimentares, sono, estresse e relacionamento com amigos e familiares podem estar relacionados com a redução do IAM (PIEGAS et al., 2005; KHALEDA; MATAHENA, 2018; CUNHA et al., 2016).

2.2. Fatores de risco cardiovascular

O aumento das taxas incidência e prevalência das doenças cardiovasculares nos últimos anos estão atrelados principalmente às mudanças no estilo de vida. O crescimento econômico progressivo da industrialização contribuiu para as mudanças relacionadas ao padrão alimentar, elevou o consumo de carboidratos refinados e gorduras saturadas, assim como o sedentarismo. Observa-se que os mecanismos envolvidos nas doenças ateroscleróticas são complexos e envolvem a interação de diversos fatores de risco (WALIA et al., 2014; TESTON et al., 2016; GONG et al., 2015; MANSUR et al., 2012).

Estudos classificam os FR em duas modalidades: fatores modificáveis, como hipertensão arterial sistêmica, perfil lipídico alterado, tabagismo, sedentarismo, obesidade, consumo de dietas não saudáveis, diabetes mellitus e fatores psicossociais; e fatores não modificáveis, como hereditariedade, sexo e idade (OPAS, 2017; CARVALHO et al., 2015; GUS et al., 2015; SILVEIRA et al., 2018).

Estes fatores podem ocorrer de forma simultânea, o que causa maior risco quando comparado ao efeito de cada um isoladamente. Em indivíduos que não possuem um estilo de vida saudável, a predisposição genética juntamente com os fatores ambientais também pode contribuir para simultaneidade desses FR (WHO, 2009; TESTON et al., 2016).

Portanto, hábitos de vida inadequados contribuem com o aumento de peso e gordura corporal, este cenário favorece uma maior ocorrência de DM, aumento do risco de HAS e, conseqüentemente, de DCV (FERREIRA et al., 2018). O principal indicador utilizado para a detecção de obesidade geral é o índice de massa corporal (IMC), e para obesidade abdominal, a circunferência da cintura (CC). Para avaliar estes parâmetros utiliza-se indicadores antropométricos de forma simples, de baixo custo e boa confiabilidade. (CARVALHO et al., 2015; BECK et al., 2011). O IMC e a CC são utilizados como preditores de doenças cardiometabólicas, estes além de identificarem a obesidade, quando associados com o perfil lipídico, determinam a dislipidemia (QUADRO et al., 2015).

A dislipidemia juntamente com a hipertensão arterial, diabetes, tabagismo, entre outros fatores, estão associados com a agressão ao endotélio vascular e consequente formação da placa aterosclerótica. A nível celular, cristais de colesterol, microfilamentos liberados por neutrófilos, isquemia e alterações na pressão de arrasto hemodinâmico são responsáveis na ativação de complexo inflamatório, que se associa com ruptura da placa aterosclerótica. Esta ruptura ocasiona a geração de trombina, ativação plaquetária e formação do trombo, determinando as principais complicações da aterosclerose e infarto agudo do miocárdio

(FALUDI et al., 2017; RIDKER, 2016; COUGHLIN, 2000; MACKMAN, 2008). O sedentarismo também se destaca entre os fatores de risco, pois o exercício físico contribui para o aumento do efluxo de colesterol e consequente melhora do perfil lipídico (FALUDI et al., 2017).

O consumo de tabaco aumenta duas vezes o risco relativo de IAM. Houve uma redução na população em geral, porém apresentou incremento entre os indivíduos de baixo nível socioeconômico e entre as mulheres. Os efeitos deletérios do fumo parecem ser maiores nas mulheres, relacionando-se ao metabolismo acelerado da nicotina, com maior relevância naquelas que fazem uso concomitante de contraceptivos orais (EDWARDS, 2004; SIMÃO et al., 2013)

Considerando que muitos desses fatores são modificáveis e estão relacionados ao estilo de vida, têm sido aplicadas diversas ações educativas no âmbito da saúde pública. Entre estas podemos citar as políticas e programas instituídos para o incentivo à prática da atividade física, da alimentação saudável e redução do tabagismo (BONOTTO et al., 2016; CARVALHO et al., 2016).

Segundo Lv et al. (2017) em seu estudo de coorte prospectiva com 0,5 milhão de chineses idosos, observaram que a adesão a um estilo de vida saudável como não fumar ou parar de fumar sem motivo de doença, consumir álcool de forma leve ou moderada, praticar atividade física, consumir dieta rica em verduras, legumes, frutas e redução de carne vermelha, bem como manter IMC normal e menor relação cintura-quadril, foi associada a redução significativa do risco de DCV isquêmicas. Na literatura também foi encontrado impacto dos fatores de risco cardiovasculares modificáveis na mortalidade após Intervenção Coronária Percutânea, os pacientes com DM e HAS apresentaram maior risco de mortalidade (BUNDHUN et al., 2015).

Silveira et al, (2018), encontraram prevalência de 83% desta doença em portadores de doença arterial coronariana. Apesar da influência da hipertensão arterial sistêmica no desfecho das DCV, neste estudo foi constatado baixo conhecimento acerca da sua influência na gênese e no mal prognóstico da DAC, 65,5% dos pacientes estudados que desconhecem como um FR, bem como seus efeitos deletérios.

No entanto, estudos realizados tanto no Brasil, como em outros países, observaram pouco conhecimento da população sobre os fatores de risco cardiovasculares, principalmente, na classe de baixo poder aquisitivo (SANDERSON et al., 2009; BONOTTO et al., 2016). Vale ressaltar que os fatores sociais, culturais e econômicos contribuem para desenvolvimento, manutenção e mudança nos padrões de comportamento. Percebe-se que o

risco de insuficiência cardíaca e mortalidade após o IAM está ligado ao nível educacional, e que a conscientização desses fatores se torna um pré-requisito para a modificação comportamental (HOMKO et al., 2008; TCHICAYA et al., 2017).

De acordo com o estudo de Bonotto et al. (2016), realizado em município no extremo sul do Brasil, com a finalidade de avaliar o conhecimento dos principais fatores de risco associados à DCV entre as mulheres, apenas 33% conheciam três ou mais fatores, e que a distribuição do conhecimento destes foi maior entre aquelas mais escolarizadas, onde cresceu linearmente na medida em que aumentava o quartil de renda familiar *per capita*, demonstrando assim, a presença de iniquidade no conhecimento dos FR.

Observa-se que falta de conhecimento pela população de baixo nível socioeconômico e menor grau de escolaridade pode estar associada às desigualdades no acesso aos cuidados de saúde, contribuindo para condições impróprias de vida e maior estresse psicológico. Isto influencia na ingestão inadequada de nutrientes e nos padrões alimentares errôneos de indivíduos, e consequente, aumento do risco de desenvolver doença (HESHMAT et al., 2016).

Deve-se levar em consideração que baixa condição socioeconômica juntamente com falta de apoio social, estresse no trabalho e na vida familiar, depressão, ansiedade, hostilidade e personalidade tipo D são fatores de risco psicossociais que interferem na adesão ao estilo de vida saudável, orientações e tratamentos (SIMÃO et al., 2013).

2.3. Qualidade de vida

Evidências científicas da literatura mostram que os fatores de risco cardiovascular modificáveis, como atividade física, hábitos alimentares, sono, estresse e relacionamento com amigos e familiares estão ligados diretamente a qualidade de vida (CUNHA et al., 2016; ESCOSTEGUY et al., 2011). De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a qualidade de vida é definida como a percepção que o indivíduo tem sobre sua maneira geral de viver, no contexto da cultura, sistema de valores e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL, 1998).

Diante do exposto, uma das maneiras de reduzir a predisposição e/ou riscos para doenças é através da medicina preventiva, que contribui para alcançar um bom estado físico, mental, social e de bem-estar do indivíduo e comunidade. A adoção das medidas de prevenção é primordial para redução na incidência das doenças cardiovasculares,

principalmente aqueles diagnosticados com IAM (FERREIRA et al., 2010; CUNHA et al., 2016; TORRE et al., 2018; DZUBUR et al., 2016).

No entanto, para implementação de políticas preventivas e intervenções terapêuticas relacionadas ao IAM é importante avaliar a QV destes pacientes, esta pode ser medida por instrumentos, sendo capaz de captar e transformar informações em conhecimento. A partir destes parâmetros são alcançados indicadores de promoção à saúde nas mais variadas dimensões de um ser humano, traduzidas em domínios psicológico, econômico, espiritual, social e físico (ALVES; AERTS, 2011; RODRIGUES et al., 2014).

A literatura apresenta diferentes instrumentos de mensuração da QV referenciados em diferentes conceitos, bases empíricas, marcos teóricos, entre outros aspectos, os quais se propõem a avaliar a QV (ALVES; AERTS, 2011; MAZO, 2008). Portanto, é relevante conhecer os questionários frequentemente utilizados, suas características, vantagens e confiabilidade para aplicar no grupo de indivíduos a serem estudados (DOS SANTOS, 2015).

Os instrumentos foram validados, primeiramente, em estudos internacionais, em seguida traduzidos para o português e validados no Brasil. Neste aspecto, há sempre o problema da adaptação, algumas expressões foram substituídas ou modificadas na tradução. Existem dois tipos de instrumentos, os genéricos que refletem o impacto de uma doença sobre a vida do paciente, podendo ser aplicado a várias populações, e os específicos, que trabalham os problemas de uma determinada doença ou agravo e são indicados para um ensaio, no qual uma intervenção específica está sendo avaliada (AGUIAR et al., 2008; OLIVEIRA; ORSINI, 2008; ALVES, 2011).

Dentre os questionários genéricos utilizados para essa mensuração temos o SF-36 para a avaliação da QV de diferentes grupos populacionais. Este instrumento é caracterizado como multidimensional, apresenta alta reprodutibilidade e sensibilidade, desenvolvido nos Estados Unidos e validado no Brasil, é composto por 36 itens distribuídos em oito escalas, componentes ou domínios que investigam a capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais, saúde mental, e uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e de um ano atrás (CICONELLI et al., 1999; SANTOS, 2015; LINS, CARVALHO, 2016; ROSSI et al., 2011).

A aplicação do SF-36 em estudos com a finalidade de investigar a qualidade de vida de pacientes que sofreram Infarto Agudo do Miocárdio apresentaram resultados que contribuíram de forma positiva para intervenções (ANCHAH et al., 2017; DZUBUR et al., 2016). As doenças cardiovasculares provocam um impacto físico, psicoemocional e

consequentemente um alto índice de depressão, os principais fatores que contribuem para o prejuízo da QV desses indivíduos ao longo dos anos (SILVA et al., 2011; DIAS et al., 2015).

Vale ressaltar que a qualidade de vida também pode estar diretamente relacionada ao tipo de serviço assistencial à saúde que o indivíduo receba. Estudos evidenciam que a melhoria da qualidade da assistência é uma preocupação na saúde pública mundial, visto que traz resultados importantes para o sucesso do tratamento e para a redução de danos. A educação em saúde pode ser implantada a rotina da equipe multidisciplinar na rede pública, debatendo conhecimentos sobre saúde com os pacientes a fim de que, após esta discussão, eles possam optar por uma vida mais saudável e mudanças no estilo de vida (CORRÊA et al., 2017; ALVES E AERTS; 2011).

A literatura mostra um aumento no grau de ansiedade após um IAM e a depressão torna-se um fator de risco tanto para o surgimento da doença coronariana quanto para uma maior morbidade e mortalidade em cardiopatas. Logo, desenvolvem medo da morte após a SCA, causando um bloqueio na execução das atividades de vida diária, e a forma como enfrenta a doença, a iminência de impactar na QV em longo prazo (FAVORATO et al., 2006; LEMOS et al., 2008; DIAS et al., 2015).

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

- Avaliar como a qualidade de vida e os fatores de risco cardiovascular influenciam na apresentação do Infarto Agudo do Miocárdio.

3.2. Objetivos específicos

- Avaliar os determinantes do tipo de IAM;
- Relacionar os fatores de risco cardiovascular com a apresentação do IAM;
- Comparar os domínios da qualidade de vida entre os tipos de IAM;
- Avaliar os domínios da qualidade de vida na presença e ausência de eventos intra-hospitalares.

4. METODOLOGIA

4.1. Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo do tipo observacional e transversal, realizado no período de Outubro de 2013 a Setembro de 2015, integrante da pesquisa intitulada de “Adesão ao tratamento medicamentoso e mudanças de estilo de vida em pacientes com síndrome coronariana aguda”. Foi realizado em 4 unidades hospitalares de referência em cardiologia na cidade de Aracaju/SE. Dessas, 3 unidades apresentavam serviços privados de saúde (Hospital São Lucas, Hospital do Coração, Hospital Primavera) e 1 unidade serviço público (Hospital Cirurgia) (COSTA et al., 2019). Durante o estudo anterior, os pacientes foram avaliados em três momentos: na admissão hospitalar e decorridos 30 e 180 dias da SCA. Os dados utilizados para o presente estudo referem-se à primeira avaliação no momento da admissão e os eventos intra-hospitalares durante o acompanhamento.

4.2. Amostra

O estudo foi composto por uma amostra selecionada, por conveniência, de pacientes que apresentaram o diagnóstico de síndrome coronariana aguda e concordaram em participar da pesquisa, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A).

Foram considerados os pacientes com quadro de IAM sem apresentação inicial de ST elevado e infarto com supradesnívelamento de ST, definido pela história clínica (sintomas consistentes de isquemia aguda), aumento seriado nos marcadores de necrose cardíaca e confirmado por ao menos um dos exames a seguir: eletrocardiograma, ecodoplercardiograma e cinecoronarioangiografia.

4.3 Caracterização da amostra

Os dados de caracterização da amostra foram coletados por meio de avaliação padronizada, aplicada sob a forma de entrevista semiestruturada, com perguntas abertas e fechadas, sendo investigados: dados de identificação e condições socioeconômicas; quadro clínico e ECG na admissão; fatores de risco cardiovasculares e medidas antropométricas (APÊNDICE B).

4.4. Critérios de inclusão

Foram incluídos na amostra os pacientes de ambos os gêneros, com idade igual ou superior a 18 anos, e que tinham o diagnóstico de IAM.

4.5. Critérios de exclusão

Foram excluídos do estudo os pacientes que apresentaram angina instável, choque cardiogênico ou Alzheimer (APÊNDICE A).

4.6. Variáveis analisadas

Para o presente estudo foram analisadas as seguintes variáveis:

- Por meio do Protocolo de Avaliação (Apêndice B).
 - ✓ Socioeconômicas (escolaridade, estado civil);
 - ✓ Clínicas (tipo de infarto);
 - ✓ Comorbidades: Dislipidemia; hipertensão arterial sistêmica; tabagismo; Diabetes Mellitus; história familiar de DAC;
 - ✓ Antropometria (peso, altura e Índice de Massa Corporal);
 - ✓ Eventos intra-hospitalares.
- Atividade física através *International Physical Activity Questionnaire* – versão curta (IPAQ) (Anexo A).
- Qualidade de vida por meio da Versão Brasileira do Questionário Medical Outcomes Study 36- Item Short-Form Health Survey (SF-36) (Anexo B).

4.6.1. Avaliação antropométrica

Para a avaliação dos dados antropométricos utilizou-se peso, altura e o Índice de Massa Corporal (IMC) (WHO, 1998). Estas medidas foram coletadas no momento da avaliação pela pesquisadora, auxiliada por acadêmicos de nutrição previamente treinados.

Para aferição do peso os pacientes estavam trajados com roupas leves, sem adereços nos bolsos, descalços, em pé, sobre a plataforma da balança (marca Filizola), com capacidade de 150 kg e com intervalos de 100 gramas. Para aferição da altura, utilizou-se estadiômetro (marca Seca), com precisão de 1 mm. A circunferência da cintura foi aferida no ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca, utilizando-se de fita métrica flexível e inelástica,

subdividida em milímetros. A medida da circunferência da cintura é classificada conforme os pontos de corte adotados pela *Internacional Diabetes Federation* (IDF, 2006).

O índice de massa corporal foi calculado pela razão entre o peso corporal (quilogramas) e a estatura ao quadrado (metros), sendo classificado de acordo com os pontos de corte de IMC para adultos (WHO, 2000) e idosos (LIPSCHITZ, 1994).

4.6.2 Avaliação da atividade física

Para avaliação da atividade física foi utilizado o *International Physical Activity Questionnaire* – versão curta (IPAQ) (ANEXO A). Para classificação da prática habitual de atividade física utilizou-se o consenso proposto pelo Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (Centro coordenador do IPAQ no Brasil). Os pacientes foram classificados em quatro estratos: muito ativo, ativo, irregularmente ativo e sedentário (IPAQ, 2011; MATSUDO et al., 2001).

4.6.3 Avaliação da qualidade de vida

Para quantificar QV, utilizou-se como instrumento o questionário genérico de avaliação da qualidade de vida, o Medical Outcomes Study 36- Item Short-Form Health Survey (SF-36), idealizado por Ware e Sherbourne (1992) e validado para o português por Ciconelli (1999).

O SF-36 é um questionário composto por 36 questões que abordam oito domínios (ou dimensões) em dois grandes componentes. O componente físico envolve a capacidade funcional (10 itens), a dor (2 itens), o estado geral de saúde (5 itens) e o desempenho físico (4 itens). Já o componente mental abrange a saúde mental (5 itens), o aspecto emocional (3 itens), o aspecto social (2 itens), a vitalidade (4 itens) e uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e as de um ano atrás (WARE; SHERBOUNE, 1992; CICONELLI; FERRAZ; SANTOS et al., 1999).

O SF-36 foi elaborado para ser um instrumento auto-administrável, mas pode ser aplicado no formato de entrevista. O recurso da entrevista foi utilizado nesse estudo, visando uniformizar a conduta, diante da expectativa de existir variabilidade de escolaridade entre pacientes.

4.7. Análise dos dados

Os dados foram analisados usando o software R, versão 3.5.1. Realizou-se uma análise descritiva univariada, onde as variáveis categóricas foram analisadas em frequências (absoluta e relativa), e as variáveis contínuas através da média e desvio padrão.

A associação entre os grupos e as variáveis categóricas foi realizada pelos testes de Qui-quadrado ou Exato de Fisher, quando pertinentes com intervalo de confiança de 95%. Nestes casos também foi calculada a razão de chance (Odds Ratio – OR).

Foram utilizados também os testes de t-Student e Mann-Whitney para a associação das variáveis quantitativas, em que a aderência na distribuição normal foi verificada através do teste de Shapiro-Wilks. Foi adotado um nível de significância de 5% como limiar de decisão.

4.8. Aspectos éticos

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, envolvendo seres humanos da Universidade Federal de Sergipe – CEP/UFS para apreciação, atendendo à Resolução nº 466, de 25 de abril de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde – Brasília – DF. O projeto foi aprovado em 07/06/2013 sob nº 302.544.

5. RESULTADOS

Foram elegíveis 480 pacientes, destes 55,62% (267) apresentaram IAMCSST e 44,38% (213) IAMSSST. Com relação ao tipo de assistência, o número de pacientes foi semelhante entre o serviço público (49,17%) e o privado (50,83%). Observou-se amostra predominantemente idosa e masculina. A sua maioria estudou apenas o ensino fundamental e são casados ou mora com algum companheiro (TABELA 1).

No tocante aos fatores de risco a maioria apresenta excesso de peso ou são sedentários, não fumantes ou ex-tabagistas, HAS e dislipidemia. Observa-se também que 276 (57,50%) apresentam histórico familiar de DAC (TABELA 1).

Considerando que o escore do SF-36 possui abrangência de 0 a 100, onde 0 representa o pior estado e 100 o melhor, observamos que os valores médios dos escores encontrados variaram de 40,68 a 68,81. Apenas os domínios aspectos físicos e dor foram abaixo de 50. As dimensões que apresentaram maiores médias foram: social e saúde mental (TABELA 2).

Tabela 1: Caracterização geral dos pacientes com IAM, Aracaju, Sergipe, 2019.

Variável	Categoria	Frequência (n°)	Percentual (%)
Tipo de SCA	IAMCSST	267	55,62
	IAMSSST	213	44,38
Tipo de Assistência	Público	236	49,17
	Privado	244	50,83
Sexo	Masculino	305	63,54
	Feminino	175	36,46
Cor	Branca	164	35,81
	Negra	64	13,97
	Parda	230	50,22
Grau de Escolaridade	Até o fundamental	266	55,42
	Ensino Médio	142	29,58
	Graduação	72	15,00
Excesso de peso	Sim	317	66,60
	Não	159	33,40
Tabagismo	Sim	92	19,17
	Ex. Tabagista	170	35,42
	Não	218	45,42
DM	Sim	169	35,21
	Não	311	64,79
HAS	Não	103	21,46
	Sim	377	78,54
Dislipidemia	Sim	263	54,79
	Não	217	45,21
Antecedentes de DAC	Sim	276	57,50
	Não	204	42,50
IPAQ	Sedentário	254	52,92
	Ativo	226	47,08
Faixa Etária	18 a 49 Anos	63	13,12
	50 a 59 anos	117	24,38
	60 a 69 anos	158	32,92
	70 a 79 anos	93	19,38
	80 Anos ou +	49	10,21
Estado Civil	Casado (a) / Mora com Companheiro (a)	315	65,76
	Divorciado (a) / Viúvo (a)	101	21,09
	Solteiro (a)	63	13,15

SCA: Síndrome Coronariana Aguda; IAM: Infarto Agudo do Miocárdio; IAMCSST: Infarto Agudo do Miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST; IAMSSST: Infarto Agudo do Miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST; DM: Diabetes Mellitus; DAC: Doença arterial coronariana; IPAQ: International Physical Activity Questionnaire.

Tabela 2: Resumo das variáveis quantitativas (pontuações do SF-36) dos pacientes com IAM, Aracaju, Sergipe, 2019.

Domínios	Média	Mediana	Desvio Padrão
CF	53,98	55,00	31,83
FÍSICO	40,68	25,00	42,10
DOR	48,15	41,00	30,33
SAÚDE	57,96	60,00	21,95
VITALIDADE	60,38	60,00	23,77
SOCIAL	68,07	75,00	29,06
EMOCIONAL	60,14	100,00	44,24
MENTAL	68,81	72,00	21,68

*CF: Capacidade Funcional

Quanto ao tipo de assistência, podemos observar que 189 pessoas atendidas pela assistência pública foram diagnosticadas IAM com supradenivelamento do segmento ST enquanto que 78 atendidas pela assistência privada também foram diagnosticadas com IAMCSP, ou seja, dentre as pessoas atendidas pelo sistema público 80,08% foram diagnosticadas com IAMCSP, e os atendidos pelo sistema privado o percentual foi de 31,97%. Quando verificada a relação entre estas variáveis, o p-valor do teste realizado foi $< 0,001$, assim podemos afirmar que existe relação entre o tipo de IAM com o tipo de assistência (TABELA 3).

Pela razão de chance tanto o grupo atendido pela rede pública, quanto pela rede privada possuem uma chance de terem IAMCSP. Observou-se no presente estudo que as pessoas atendidas pelo serviço público possuem uma chance 8,56 vezes maior de terem IAMCSP em comparação com aqueles atendidos pelo serviço privado (TABELA 3).

Quanto ao sexo, o IAMCSST esteve presente em 183 (60%) dos homens e 84 (48%) das mulheres foram diagnosticadas da mesma forma. A relação entre as variáveis foi significativa (p-valor = 0,014), percebe-se que os homens possuem uma chance 1,62 vezes maior em apresentar IAM com supra em comparação com as mulheres. O baixo grau de escolaridade, bem como a faixa etária entre os 18 a 49 anos, também apresentou uma relação significativa com a gravidade do infarto (TABELA 3).

Dentre os fatores de risco cardiovascular, o que apresentou relação significativa e maior razão de possibilidade para desenvolver IAM com Supra foi o tabagismo. Já o DM, HAS, dislipidemia, obesidade/sobrepeso e sedentarismo não apresentaram relação significativa com o tipo do infarto (TABELA 3).

Tabela 3: Relação entre tipo de IAM com as variáveis qualitativas, Aracaju, Sergipe, 2019.

Variável / Categoria	IAM		OR (IC 95%)	P-valor*
	IAMCSST Nº (%)	IAMSSST Nº (%)		
Tipo Assistência				
Público	189 (80,08)	47 (19,92)	8,56 (5,64-12,99)	<0,001
Privado	78 (31,97)	166 (68,03)	1,00	
Sexo				
Masculino	183 (60,00)	122 (40,00)	1,62 (1,12-2,36)	0,014
Feminino	84 (48,00)	91 (52,00)	1,00	
Cor				
Branca	79 (48,17)	85 (51,83)	0,68 (0,45-1,01)	0,071
Negra	40 (62,50)	24 (37,50)	1,22 (0,69-2,15)	
Parda	133 (57,83)	97 (42,17)	1,00	
Escolaridade				
Fundamental	174 (65,41)	92 (34,59)	2,97 (1,74-5,08)	<0,001
Ensino Médio	65 (45,77)	77 (54,23)	1,33 (0,74-2,36)	
Graduação	28 (38,89)	44 (61,11)	1,00	
Sobrepeso/Obesidade				
Sim	171 (53,94)	146 (46,06)	0,85 (0,58-1,25)	0,476
Não	92 (57,86)	67 (42,14)	1,00	
Tabagismo				
Sim	60 (65,22)	32 (34,78)	1,91 (1,15-3,16)	0,028
Ex. Tabagista	99 (58,24)	71 (41,76)	1,42 (0,95-2,13)	
Não	108 (49,54)	110 (50,46)	1,00	
DM				
Sim	90 (53,25)	79 (46,75)	0,86 (0,59-1,26)	0,500
Não	177 (56,91)	134 (43,09)	1,00	
Hipertensão				
Não	56 (54,37)	47 (45,63)	0,94 (0,61-1,45)	0,859
Sim	211 (55,97)	166 (44,03)	1,00	
Dislipidemia				
Sim	136 (51,71)	127 (48,29)	0,70 (0,49-1,01)	0,071
Não	131 (60,37)	86 (39,63)	1,00	
Antecedentes de DAC				
Sim	151 (54,71)	125 (45,29)	0,92 (0,64-1,32)	0,707
Não	116 (56,86)	88 (43,14)	1,00	
Classificação IPAQ				
Sedentário	139 (54,72)	115 (45,28)	0,93 (0,65-1,33)	0,742
Ativo	128 (56,64)	98 (43,36)	1,00	
Faixa Etária				
18 a 49 Anos	41 (65,08)	22 (34,92)	3,51 (1,60-7,68)	0,016
50 a 59 anos	71 (60,68)	46 (39,32)	2,91 (1,45-5,82)	
60 a 69 anos	87 (55,06)	71 (44,94)	2,31 (1,18-4,49)	
70 a 79 anos	51 (54,84)	42 (45,16)	2,29 (1,12-4,68)	
80 Anos ou +	17 (34,69)	32 (65,31)	1,00	
Estado Civil				
Casado / Mora com Companheiro	175 (55,56)	140 (44,44)	0,62 (0,35-1,10)	0,075
Divorciado / Viúvo	49 (48,51)	52 (51,49)	0,47 (0,25-0,91)	
Solteiro	42 (66,67)	21 (33,33)	1,00	

*Teste Qui-Quadrado ou Exato de Fisher. IAM: Infarto Agudo do Miocárdio; IAMCSST: Infarto Agudo do Miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST; IAMSSST: Infarto Agudo do Miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST; DM: Diabetes Mellitus; DAC: Doença arterial coronariana; IPAQ: International Physical Activity Questionnaire.

Nos resultados da Tabela 4 observa-se que em nenhum caso o p-valor foi menor que 0,05.

Tabela 4: Relação entre tipo de IAM com as variáveis quantitativas (pontuações do SF-36), Aracaju, Sergipe, 2019.

Domínio	IAMCSST			IAMSSST			P-valor*
	Média	Mediana	DP	Média	Mediana	DP	
CF	54,23	55,00	30,56	53,66	55,00	33,43	0,894
FÍSICO	43,63	25,00	42,99	36,97	25,00	40,75	0,091
DOR	49,07	41,00	31,75	47,00	41,00	28,49	0,688
SAÚDE	58,39	62,00	22,48	57,43	57,00	21,30	0,544
VITALIDADE	62,12	65,00	23,98	58,19	60,00	23,37	0,065
SOCIAL	69,99	75,00	29,31	65,67	62,50	28,63	0,073
EMOCIONAL	58,92	100,00	45,32	61,66	100,00	42,91	0,564
MENTAL	69,83	72,00	21,42	67,53	72,00	21,98	0,285

*Testes de Mann-Whitney. DV: Desvio Padrão; CF: Capacidade Funcional; IAMCSST: Infarto Agudo do Miocárdio com supradesnívelamento do segmento ST; IAMSSST: Infarto Agudo do Miocárdio sem supradesnívelamento do segmento ST.

Nas análises da relação entre os escores dos domínios e eventos intra-hospitalares observamos que a capacidade funcional (CF) apresentou uma associação com as variáveis morte cardiovascular ($p < 0,024$) e sepse ($p < 0,035$) (Tabela 5). Já a dor mostrou uma relação com a Insuficiência Renal Crônica e aguda ($p < 0,041$). Assim como a capacidade funcional, o domínio físico também se correlacionou com a morte cardiovascular ($p < 0,040$) (Tabela 5).

Diferente do que esperava, a saúde e o mental não apresentaram relação com os eventos durante o período de internação. Enquanto que o emocional se associou com a Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) ($p < 0,004$), a vitalidade além de mostrar relação com surgimento de ICC ($p < 0,045$), também se associou a morte cardiovascular ($p < 0,012$) e o re-IAM ($p < 0,007$). O social foi o qual mais se relacionou com intercorrências. Houve uma associação deste aspecto com a ocorrência de Angioplastia ($p < 0,049$), Revascularização do Miocárdio (RM) ($p < 0,033$), morte cardiovascular ($p < 0,047$) e novo episódio de IAM ($p < 0,010$) (Tabela 6).

Tabela 5: Relação entre os domínios (CF, Físico, Dor e Mental) e os eventos intra-hospitalares dos pacientes que sofreram IAM

Variáveis		Domínios			
		CF	Físico	Dor	Mental
Angioplastia	S	54,27±31,76	41,55±42,34	48,70±30,61	69,01±21,54
	N	53,25±32,12	38,50±41,57	46,78±29,69	68,29±22,10
Realizou RM	S	52,80±32,27	32,20±39,41	41,08±26,45	69,56±23,15
	N	54,14±31,80	41,86±42,37	49,14±30,74	68,70±21,49
Morte Geral	S	31,25±29,55	31,25±47,32	47,75±37,69	54,00±22,74
	N	54,17±31,81	40,76±42,10	48,14±30,31	68,93±21,65
Morte Cardiovascular	S	38,33±33,70	21,43±35,61	39,62±20,09	60,95±26,26
	N	54,69±31,60	41,56±42,19	48,54±30,68	69,17±21,41
Re-IAM	S	45,26±33,52	30,26±39,60	44,16±34,48	65,89±19,34
	N	54,34±31,75	41,11±42,18	48,32±30,18	68,93±21,78
Angina Pós-IAM	S	39,72±33,67	30,56±41,62	43,89±32,15	59,78±28,47
	N	54,53±31,75	41,07±42,11	48,32±30,29	69,16±21,33
ICC	S	44,62±29,54	23,08±40,13	35,77±31,59	63,08±23,56
	N	54,24±31,88	41,17±42,09	48,50±30,29	68,97±21,63
CC	S	50,00±30,21	25,00±43,30	50,40±29,84	66,40±21,47
	N	54,02±31,88	40,84±42,10	48,13±30,37	68,83±21,70
PCR	S	43,57±30,16	21,43±32,31	41,50±17,57	63,43±30,01
	N	54,29±31,86	41,26±42,25	48,35±30,62	68,97±21,40
AVC	S	41,67±41,93	50,00±50,00	47,67±12,42	68,00±10,58
	N	54,06±31,80	40,62±42,10	49,16±30,32	68,81±21,74
Intercorrência Respiratória ou Pulmonar	S	45,00±37,08	32,14±47,25	50,29±36,01	67,43±18,54
	N	54,11±31,77	40,80±42,06	48,12±30,29	68,83±21,74
Sepse	S	5,00±7,07	12,50±17,68	30,50±14,85	58,00±8,49
	N	54,18±31,74	40,79±42,14	48,23±30,37	68,85±21,71
IRC ou IRA	S	36,67±20,82	8,33±14,43	16,67±5,77	45,33±22,74
	N	54,09±31,87	40,88±42,14	48,35±30,32	68,96±21,62

CP: Capacidade Funcional RM: Revascularização do Miocárdio; IAM: Infarto Agudo do Miocárdio; CC: Choque cardiogênico; PCR: Parada Cardiorrespiratória; ICC: Insuficiência Cardíaca Congestiva; AVC: Acidente Vascular Cerebral; IRC: Insuficiência Renal Crônica; IRA: Insuficiência Renal Aguda; S: sim; N: não.

Tabela 6: Relação entre os domínios (Vitalidade, Social, Emocional, Saúde) e os eventos intra-hospitalares dos pacientes que sofreram IAM.

Variáveis		Domínios			
		Vitalidade	Social	Emocional	Saúde
Angioplastia	S	61,02±23,80	69,64±29,04	59,77±44,31	58,55±56,48
	N	58,76±23,70	64,14±28,83	61,07±44,20	54,20±58,49
Realizou RM	S	58,98±23,39	60,38±30,10	55,36±46,98	54,20±23,60
	N	60,57±23,71	69,15±28,78	60,81±43,86	58,49±21,68
Morte Geral	S	47,50±23,98	43,75±33,07	83,35±19,23	46,00±11,17
	N	60,48±23,76	68,28±28,98	59,94±44,35	58,06±21,99
Morte Cardiovascular	S	47,62±24,42	57,74±23,21	60,31±38,91	53,81±16,89
	N	60,96±23,60	68,55±29,23	60,13±44,51	58,15±22,14
Re-IAM	S	45,26±21,95	51,97±27,09	57,89±44,23	56,74±19,44
	N	61,00±23,66	68,74±28,97	60,23±44,29	58,01±22,06
Angina Pós-IAM	S	50,56±24,96	62,50±29,70	44,44±51,13	57,28±21,98
	N	60,76±23,67	68,29±29,04	60,75±43,90	57,99±21,97
ICC	S	46,15±28,00	59,62±28,94	25,64±38,86	60,92±19,37
	N	60,77±23,55	68,31±29,06	61,10±44,03	57,88±22,03
CC	S	58,00±18,23	72,50±22,36	59,98±36,53	56,60±19,58
	N	60,77±23,55	68,03±29,14	60,14±44,34	57,98±21,99
PCR	S	53,21±24,07	62,50±29,42	59,52±37,40	56,86±23,33
	N	60,40±23,83	68,24±29,06	60,16±44,46	58,00±21,93
AVC	S	53,33±5,77	58,33±38,19	66,67±33,35	59,67±6,81
	N	60,42±23,83	68,13±29,03	60,10±44,32	57,95±22,01
Intercorrência Respiratória ou Pulmonar	S	62,14±22,33	69,64±28,74	61,90±48,80	56,57±26,46
	N	60,35±23,81	68,05±29,09	60,11±44,22	57,98±21,90
Sepse	S	37,50±3,54	37,50±17,68	100,00±0,00	42,50±17,68
	N	60,47±23,77	68,20±29,04	59,97±44,26	58,03±21,95
IRC ou IRA	S	41,67±15,28	37,50±21,65	55,57±19,28	47,33±15,53
	N	60,49±23,78	68,27±29,01	60,17±44,36	58,03±21,97

*Testes de t-Student ou Mann-Whitney. CP: Capacidade Funcional RM: Revascularização do Miocárdio; IAM: Infarto Agudo do Miocárdio; CC: Choque cardiogênico; PCR: Parada Cardiorespiratória; ICC: Insuficiência Cardíaca Congestiva; AVC: Acidente Vascular Cerebral; IRC: Insuficiência Renal Crônica; IRA: Insuficiência Renal Aguda; S: sim; N: não.

6. DISCUSSÃO

O presente estudo foi composto por uma amostra predominantemente idosa e masculina. Observa-se também que 57% apresentam antecedentes de DAC. Vale ressaltar que a presença deste fator juntamente com idade e sexo classifica-se como fatores de risco não modificáveis. Dentre os fatores de risco modificáveis, analisou-se que os mais prevalentes foram obesidade, hipertensão, dislipidemia e o sedentarismo, assim como também, a maioria se enquadra no perfil de não fumantes ou ex-fumantes.

No que se refere ao nível de escolaridade foi analisado que 55,42% dos pacientes estudaram até o ensino fundamental e apenas 15% possuem ensino superior. Evidencia-se que indivíduos com menor escolaridade apresentam um grau de comprometimento na compreensão da prevenção a doenças cardiovasculares e de adesão medicamentosa, com isso, estão mais vulneráveis aos fatores de risco (SILVEIRA et al., 2018; ARAÚJO et al. 2017).

Um estudo multicêntrico, realizado no Brasil, também apresentou uma maior representatividade de pacientes do gênero masculino, com idade média que variou entre 61 e 65 anos (WANG et al., 2014). Pesquisas internacionais também apresentaram achados semelhantes ao presente estudo, observando que a presença do IAM é maior nos indivíduos masculinos e idosos (KRZYSZTOFIK et al., 2017; AĞAÇ et al., 2014). Sendo assim, estes dados podem estar relacionados com a elevada expectativa de vida e a displicência de cuidados com a saúde por parte dos homens, que, em contrapartida, acarreta um expressivo aparecimento de doenças crônico-degenerativas.

O sedentarismo perceptível pode estar associado ao maior número de idosos encontrado na amostra, isso pode ser explicado pelos efeitos do envelhecimento nos diferentes sistemas do organismo que, de certa forma, diminuem a aptidão e o desempenho físico (BARBOSA et al., 2007; CUNHA et al., 2016). A falta de atividade física aumenta a morbimortalidade destes pacientes, visto que a presença do exercício físico de forma regular reduz a incidência de HAS, obesidade, controle do perfil lipídico e consequentemente o risco de doença cardiovascular (CARVALHO et al., 2016; SBC, 2010; NASCIMENTO et al., 2017).

No que corresponde ao tipo de infarto, houve um maior predomínio de IAM com supra (55,62%), em relação ao IAM sem supra (44,38%). Marino et al. (2016) descreveu o perfil de pacientes com SCA e também encontrou uma maior presença de infarto com supradesnivelamento do ST (214 indivíduos), em relação ao infarto sem supradesnivelamento do ST (73 indivíduos). A literatura apresenta que a incidência de IAMCSST e IAMSSST

varia em todo o mundo e nos países europeus há um crescente número de IAMSSST (MAHESH et al., 2017; STEG et al., 2012).

Com relação ao tipo de assistência, o número de pacientes foi semelhante entre o serviço público (49,17%) e o privado (50,83%). Quanto ao tipo de IAM: hospital público o número de IAMCSSP foi maior que nos hospitais particulares. Pode ter decorrido do fato de o hospital público em que o estudo foi realizado ser referência em cirurgia cardíaca pelo SUS e no processo de seleção há prioridade para os pacientes com IAMCSSP.

Apesar de, a amostra estudada ser predominantemente idosa, este estudo revelou uma relação entre o IAMCSST e os indivíduos mais jovens (18 a 49 anos), do gênero masculino e de baixa escolaridade. Estudo semelhante encontrou uma média de idade de 59,5 anos para os que sofreram IAM com supra, com maior proporção do sexo masculino em relação ao feminino 4:1, já o grupo de IAM sem supra a média foi de 63 anos e a razão entre homens e mulheres foi de 2:1 (MAHESH et al., 2017).

Quanto à relação entre o tipo de IAM com os fatores de risco, observa-se uma correlação significativa entre o IAMCSST e o tabagismo. A nicotina contida no fumo é a droga psicoativa que mais causa dependência, sendo responsável por elevar o ritmo cardíaco e a pressão arterial. Cerca de 21% dos óbitos está associado ao tabaco. Além disso, o tabagismo interfere na qualidade de vida dos indivíduos aponta que o uso do tabaco causa impacto direto na expectativa de vida (PINTO, 2015; SIMÃO et al., 2013).

No que se referem à hipertensão, DM, excesso de peso, dislipidemia e atividade física não houve associação ao tipo de infarto, sendo observado a presença destes fatores tanto no IAMCSST como no IAMSSST. Dados controversos a estes foram encontrados em estudo semelhante em que houve relação entre o tipo de infarto com a HAS e hipercolesterolemia sendo, predominante, a presença destes fatores nos indivíduos que sofreram IAM sem supra. Neste mesmo trabalho também não encontrou associação entre DM e o tipo de infarto (MAHESH et al., 2017). Nos estudos de caso controle, em que compararam pacientes com IAM e sem IAM, comprovaram uma associação entre hipertensão, dislipidemia, obesidade, tabagismo e antecedentes de DAC nos indivíduos infartados (BAHAL et al. 2018; DU et al., 2015).

No tocante a percepção da qualidade de vida relacionada à saúde de todos os entrevistados, observou-se que os valores médios dos domínios aspectos físicos e dor foram baixos quando comparado as dimensões relacionadas à vitalidade, social, emocional e saúde mental. Já os estudos que avaliaram a QV durante o internamento, observaram percepção negativa para a qualidade de vida, tantos aos domínios físicos e da dor, como também, no

sono e reações emocionais. Com isso, concluiu-se que estes dois últimos podem estar associados tanto ao IAM como ao processo de hospitalização (SANTOS et al., 2017; DESSOTTE et al., 2011). A angina advinda da SCA, juntamente com os sentimentos desencadeados ao internamento pode influenciar nos aspectos físicos e da dor.

As pesquisas estão se preocupando em investigar a QV dos cardiopatas, principalmente, ao declínio na capacidade física, devido à presença de dispneia e fadiga. O presente estudo corrobora estes achados e reforça que esses indivíduos precisam de tratamento tanto neste aspecto quanto na dor (SANTOS et al., 2017; WHOQOL, 1995).

Diferente do esperado, não foi encontrada diferença significativa na qualidade de vida entre os dois tipos de IAM. Outra pesquisa equivalente a esta, também não encontrou diferença significativa entre as categorias de IAM, corroborando nossos resultados, este mesmo estudo também observou que houve uma redução da QV entre o pré-evento e o pós-evento, exceto no que se refere ao domínio da saúde geral. (MAHESH et al., 2017).

Mollon e Bhattacharjee (2017), em seu estudo de caso controle, identificaram que os indivíduos no qual sofreram IAM apresentam menor QV nos domínios de saúde geral, física e mental em comparação com a população que não sofreram infarto. Já nos domínios de sono, apoio emocional, ou satisfação com a vida não houve diferenças entre os sobreviventes de IAM e o grupo controle.

Ao analisar a relação da qualidade de vida com evolução intra-hospitalar destes pacientes, identificou-se que os domínios CF, físico, social e vitalidade estão associados à morte cardiovascular. Novos episódios de IAM apresentaram relação aos domínios vitalidade e social. A ICC associou-se com o aspecto emocional e vitalidade. No que tange os domínios da dor se associou à Insuficiência Renal Crônica e Aguda. Também foi observada a presença de sepse que esteve relacionada com a capacidade funcional, a ocorrência da angioplastia e RM que se associou ao domínio social. Ao contrário do que se almejava os domínios referentes à saúde e ao mental não apresentaram associação com eventos durante o período de internação.

Portanto, o domínio social foi o que mais se relacionou com eventos intra-hospitalares de alto risco. Diferente do encontrado, em um estudo que avaliou a qualidade de vida após a cirurgia de RM, observou que o domínio relações sociais foi o que apresentou o segundo maior escore (ARAÚJO et al., 2017). Segundo Souza et al. (2015), o suporte social pode atuar como fator de proteção, exercendo a função de aliviar o estresse nas situações de crise e intervir na recuperação da doença.

Existem algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação de nossos resultados. O questionário de investigação da qualidade de vida foi aplicado de forma retrospectiva e desta forma exige memorização dos pacientes. Adicionalmente, a utilização do instrumento genérico não está direcionada às características específicas da doença em estudo, bem como das pessoas acometido e ausência da avaliação da dieta como fator de risco cardiovascular.

7. CONCLUSÃO

Na presente investigação, observou-se que apenas o tabagismo está associado ao aparecimento do IAMCSST. Enquanto que os outros fatores de risco apresentam relação com o aparecimento dos dois tipos de IAM.

No tocante a qualidade de vida, observou-se percepção negativa nos domínios aspectos físicos e dor. Não foi encontrada disparidade na qualidade de vida entre os dois tipos de IAM. No que tange a evolução intra-hospitalares dos pacientes com IAM, o único domínio que não apresentou associação com algum tipo de evento foi à saúde, o domínio social foi o que mais se relacionou com eventos intra-hospitalares de alto risco.

Portanto, os fatores de risco já estão elucidados no que se refere à contribuição para o surgimento do IAM. Já a qualidade de vida necessita de mais estudos que investiguem sua relação com o surgimento de doenças cardiovasculares, bem como eventos intra-hospitalares, com o intuito de preconizar estratégias que evitem tanto o surgimento do IAM, como a redução da mortalidade por SCA.

REFERÊNCIAS

- ABREU, B.N.A.; CAVALCANTI, R.B.T.; ZAZULA, A.D. Diagnóstico Diferencial de Dor Torácica. In: Guimarães H.P.; Zazula A.D.; Lopes R.D.; Berwanger O., Moreira H.G.; Laranjeira L.N.; et al. **Guia Prático de Síndromes Coronárias Agudas**. 1. ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Atheneu; 2013. p. 29-44.
- AĞAÇ, M.T.; AĞAÇ, S.; KORKMAZ, L. et al. A simple angiographic index to predict adverse clinical outcome associated with acute myocardial infarction. **Türk Kardiyol Dern Arş - Arch Turk Soc Cardiol**. v.42, n.4, p.321-329, 2014.
- AGUIAR, C. C. T.; et al. Instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde no Diabetes Mellitus. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v. 52, n. 6, p. 931-939, 2008.
- ALBERTY, R.; STUDENCAN, M.; KOVÁR F. Prevalence of Conventional Cardiovascular Risk Factors in Patients With Acute Coronary Syndromes in Slovakia **Cent Eur J Public Health**. v.25, n.1, p.77–84, 2017.
- ALVES, G.G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciê. Saúde Colet**. v.16, n.1, p.319-325, 2011.
- ALVES, L.R.; COUTINHO, V.; SANTOS, L.C. Indicadores antropométricos associados ao risco de doença cardiovascular. **Arq Sanny Pesq Saúde**.v.1, n.1, p.1-7, 2008.
- ANCHAH, L. HASSALI, M.A.; LIM, S.A.H.; IBRAHIM, M.I.M. et al. Health related quality of life assessment in acute coronary syndrome patients: the effectiveness of early phase I cardiac rehabilitation. **Health and Quality of Life Outcomes**. v.15, n.10, p. 1-14, 2017.
- ANDERSON, J. L. et al. ACC/AHA 2007 Guidelines for the management of patients with unstable angina / non-ST-elevation myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol*, v. 50, p. e1-e157, 2007.
- ARAÚJO, H.V.S; FIGUEIREDO, T.R.; COSTA, C.R.B.; SILVEIRA, M.M.B.M.; BELO, R.M.O.; BEZERRA, S.M.M.S. Quality of life of patients who undergone myocardial revascularization surgery. **Rev Bras Enferm [Internet]**. v.70, n.2, p.257-64, 2017. Disponível em : http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n2/pt_0034-7167-reben-70-02-0257 Acessado em: 20 de maio de 2019.
- BAHAL, M.; SEEMUNGAL, T.; LEGAL, G. Risk factors for first-time acute myocardial infarction patients in Trinidad. **BMC Public Health**. v.18, n.16, p.1-8, 2018.
- BARBOSA, A.R.; LEBRÃO, M. MARUCCI, M.F. Prevalência de inatividade física em idosos do município de São Paulo. **Revista Digital (Buenos Aires)**. v.105, n.11, 2007.
- BASSAN, F.; BASSAN, R.; ESPORCATTE, R.; SANTOS, B.; TURA, B. Papel prognóstico a muito longo prazo do BNP de admissão na síndrome coronariana aguda sem elevação do segmento ST. **Arq. Bras. Cardiol**. 2016. Disponível em <http://publicacoes.cardiol.br/portal/abc/portugues/2019/v11204>. Acesso em 05 de abril de 2019.

BECK, C.C.; LOPES, A.S.; PITANGA, F.J.G. Indicadores antropométricos de sobrepeso e obesidade como preditores de alterações lipídicas em adolescentes. **Rev. paul. pediatr.** v.29, n.1, p.46-53, 2011.

BELLANDI, B.; ZOCCHI, C.; XANTHOPOULOU, I.; SCUDIERO, F.; VALENTI, R.; MIGLIORINI, A.; ANTONIUCCI, D.; MARCHIONNI, N.; ALEXOPOULOS, D.; PARODI, G. Morphine use and myocardial reperfusion in patients with acute myocardial infarction treated with primary PCI. **Int J Cardiol.** v. 221, p.567-71, 2016.

BONOTTO, G.M.; MENDOZA-SASSI, R.A.; SUSIN, L.R.O. Conhecimento dos fatores de risco modificáveis para doença cardiovascular entre mulheres e seus fatores associados: um estudo de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva.** v.21, n.1, p.293-302, 2016.

BUCHOLZ, E.M.; BUTALA, N.M.; MA, S.; NORMAND, S.T.; KRUMHOLZ, H.M. Life Expectancy after Myocardial Infarction by Hospital Performance. **N Engl J Med.** v.375, n.14, p.1332–1342, 2016.

BUNDHUN, P.K.; WU, Z.J.; CHEN, M. Impact of Modifiable Cardiovascular Risk Factors on Mortality After Percutaneous Coronary Intervention A Systematic Review and Meta-Analysis of 100 Studies. **Medicine.** v.94, n.50, p.1-17, 2015.

CARNELOSSO, M.L.; BARBOSA, M.A.; PORTO, C.C.; SILVA, S.A.; CARVALHO, M.M.; OLIVEIRA, A.L.I. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares na região leste de Goiânia. **Ciênc. Saúde Coletiva.** v.15, n.1, p.1073-80, 2010.

CARVALHO, C.J.; MARINS, J.C.B.; AMORIM, P.R.S.; FERNANDES, M.F.; REIS, H.H.T.; SALES, S.S.; MIRANDA, M.R.; LIMA, L.M. Altas taxas de sedentarismo e fatores de risco cardiovascular em pacientes com hipertensão arterial resistente. **Medicina (Ribeirão Preto).** v.49, n.2, p.124-33, 2016. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br> Acessado em 05 de Abril de 2019.

CHAGAS, P.; CARAMORI, P.; BARCELLOS, C.; GALDINO, T.P.; GOMES, I.; SCHWANKE, C.H.A. Associação de diferentes medidas e índices antropométricos com a carga aterosclerótica coronariana. **Arq Bras Cardiol.**v.97, n.5, p.397-401, 2011.

CHOMISTEK, A.K.; CHIUVE, S.E.; ELIASSEN, A.H.; et al. Healthy lifestyle in the primordial prevention of cardiovascular disease among young women. **J. Am. Coll Cardiol.** v. 65, p.43–51, 2015.

CICONELLI, R. M.; FERRAZ, M. B.; SANTOS, W.; MEINÃO, I.; QUARESMA, M. R. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação da qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 143-150, 1999.

CIMMINO, G.; ANDREA, D.D.; MAURO, C.; MORISCO, C.; CIRILLO, P. Il trattamento dell'infarto miocardico acuto nel 2017. **G. Ital Cardiol.**, v.18, n.12, supl. 1, p. 3-10, 2018.

COUGHLIN, S.R. Thrombin signalling and protease-activated receptors. **Nature**. v.407, n.6801, p.258-64, 2000.

CUNHA, E.F.D.; DA SILVA, A.M.L.; SAAD, K.R.; DE MELO, T.A.; MARTINEZ, B.P.; CARVALHO, V.O.; FEITOSA-FILHO, G.S. Avaliação do estilo de vida de pacientes com infarto agudo do miocárdio admitidos em uma unidade coronariana. **Rev Soc Bras Clin Med**. v.14, n.1, p.18-21, 2016.

DAMIANI, G.; SALVATORI, E.; SILVESTRINI, G.; IVANOVA, I.; BOJOVIC, L.; IODICE, L. Influence of socioeconomic factors on hospital readmissions for heart failure and acute myocardial infarction in patients 65 years and older: evidence from a systematic review. **Clinical Interventions in Aging**. v.10, p.237–245, 2015.

DE CARVALHO, C.A; FONSECA, P.C.A.; BARBOSA, J.B.; MACHADO, S.P.; DOS SANTOS, A.M.; DA SILVA, A.M. Associação entre fatores de risco cardiovascular e indicadores antropométricos de obesidade em universitários de São Luís, Maranhão, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.20,n.2, p.479-490, 2015.

DE LIMA, M.L.; SANTOS, J.L.F; SAWADA, N.O.; DE LIMA, L.A.P. Qualidade de vida de indivíduos com acidente vascular encefálico e de seus cuidadores de um município do Triângulo Mineiro. **Rev Bras Epidemiol**. p.453-464, 2014.

DE QUADRO, T.M.B.; GORDIA, A.P.; DA SILVA, R.C.R.; SILVA, L.R. Predictive capacity of anthropometric indicators for dyslipidemia screening in children and adolescents, **J Pediatr (Rio J)**. v.91, n.5, p.455-463, 2015.

DESSOTTE, C.A.M; DANTAS, R.A.P.; SCHMIDT, A.; ROSSI, L.A. Qualidade de vida relacionada à saúde de sujeitos internados, decorrentes da primeira síndrome coronariana aguda. **Rev. Latino-am. Enfermagem**. v.19, n.5, p.2-8, 2011.

DIAS, C.M.C.C.; LEMOS, A.Q.; ALBUQUERQUE, I.A.V.S; BRASIL, C.A.; DE OLIVEIRA, F.T.O.; MACEDO, L.B. Qualidade de vida após sete anos do evento coronariano agudo. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**. v.5, n.2, p.114-124, 2015.

DOS SANTOS, P.M. Principais instrumentos de avaliação da qualidade de vida de idosos no brasil: vantagens e desvantagens na utilização. **Corpoconsciência**. v.19, n.02, p. 25-36, 2015.

DU, H.; DONG, C.; LIN, Q. Risk factors of acute myocardial infarction in middle-aged and adolescent people (< 45 years) in Yantai. **BMC Cardiovascular Disorders**. v.15, n.106, p. 2-4, 2015.

DZUBUR, A.; MEKIC, M.; PESTO, S.; NABIL, N. Echocardiographic Parameters as Life Quality Predictors in Patients After Myocardial Infarction Treated with Different Methods. **Med Arch**. v.70, n.6, p.419-424, 2016.

EDWARDS, R. The problem of tobacco smoking. **BMJ**. v.328, n.7433, p. 217-9, 2004.

ESCOSTEGUY, C.C.; TEIXEIRA, A.B.; PORTELA, M.C.; GUIMARAES, A.E.; LIMA, S.M.; FERREIRA, V.M., et al. Implementando diretrizes clinicas na atenção ao infarto agudo do miocárdio em uma emergência pública. **Arq. Bras. Cardiol**.v.96, n.1, p.18-25, 2011.

FALK, E.; NAKANO, M.; BENTZON, J.F.; FINN, A.V.; VIRMANI, R. Update on acute coronary syndromes: the pathologists' view. **Eur Heart J.** v.34, n.10, p.719-28, 2013.

FALUDI, A.A.; IZAR, M.C.O.; SARAIVA, J.F.K.; BIANCO, H.T.; CHACRA, A.P.M.; BERTOLUCI, M.C. et al. Diretriz brasileira baseada em evidências sobre prevenção de doenças cardiovasculares em pacientes com diabetes: posicionamento da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM). **Arq Bras Cardiol.** v.109, n.6 (Supl.1), p.1-31, 2017.

FARIA-NETO, J.R.; BENTO, V.F.R.; BAENA, C.P., et al. ERICA: prevalência de dislipidemia em adolescentes brasileiros. **Rev Saúde Pública.** v.50, n.2, p: 1-10, 2016.

FAVARATO, M.E.C.S.; FAVARATO, D.; HUES, W.A.; ALDRIGHI, J.M. Qualidade de vida em portadores de doença Arterial Coronária: Comparação entre gêneros. **AMB Rev. Assoc. Med. Bras.** v.52, n.4, p.236-41, 2006.

FERREIRA, CC, PEIXOTO MR, BARBOSA MA, SILVEIRA EA. Prevalencia de fatores de risco cardiovascular em idosos usuarios do sistema unico de saude de Goiania. **Arq. Bras. Cardiol.** v.95, n.5, p. 621-8, 2010.

FERREIRA, S.R.G.; FILHO, A.D.P.C.; LEBRÃO, M.L.; DUARTE, Y.A.O.; LAURENTI, R. Doenças cardiometabólicas. **Rev. Bras. Epidemiol.** v.21, s.2, p. 1-13, 2018.

FREITAS, E.O.; NOGUEIRA, R.S.; STEKEL, L.M.C; BUBLITZ, S.; KIRCHHOF, R.; GUIDO, L.A. Perfil de pacientes com doença arterial coronariana submetidos ao cateterismo cardíaco. **Rev Enferm UFSM.** 2013, 3(spe):679-88.

GONG, R.; CEHM, M.H.; PENG, L.S.; WEI, S.L. Common genes in coronary artery disease from Europe, Asia and North America regardless of race and lifestyle. **Eur Rev Med Pharmacol Sci.** v.19, n.6, p.1092-100, 2015.

GOSWAMI, D.S.; MANOHAR, T.P. Cardiometabolic Risk Factors in Acute Coronary Syndrome with Special Reference to Non-HDL Cholesterol. **J. Assoc. Physicians India.** v.64, n.10, p.30-36, 2016.

GUS, I.; RIBEIRO, R.A.; KATO, S.; BASTOS, J.; MEDINA, C.; ZAZLAVSKY, C. et al. Variations in the prevalence of risk factors for coronary artery disease in Rio Grande do Sul - Brazil: a comparative analysis between 2002 and 2014. **Arq. Bras. Cardiol.** v.105, n.6, p.573-9, 2015.

HESHMAT, R. et al. Economic inequality in nutritional knowledge, attitude and practice of Iranian households: The NUTRI-KAP study. **Med J Islam Repub Iran,** v. 30, p 1-8, 2016.

HIGGINSON, I.J.; CARR, A.J. Using quality of life measures in the clinical setting. **BMJ.** 2001; v.322, n.7297, p.1297-1300, 2001.

HILGENBERG, F.E.; SANTO, A.S.A.C.; SILVEIRA, E.A.; COMINETTI, C. Fatores de risco cardiovascular e consumo alimentar em cadetes da Academia da Força Aérea Brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.21, n.4, p.1165-1174, 2016.

HOMKO, C.J.; SANTAMORE, W.P.; ZAMORA, L.; et al. Cardiovascular disease knowledge and risk perception among underserved individuals at increased risk of cardiovascular disease. **J. Cardiovasc. Nurs.** v.23, n.4, p.332-7, 2008.

HUGUENIN, F.M.; PINHEIRO, R.S.; ALMEIDA, R.M.V.R; INFANTOS, A.F.C. Caracterização dos padrões de variação dos cuidados de saúde a partir dos gastos com internações por infarto agudo do miocárdio no Sistema Único de Saúde. **Rev. Bras. Epidemiol.** v.19, n.2, p.229-242, 2016.

IBANEZ, B.; JAMES, S.; AGEWALL, S.; ANTUNES, M.J.; BUCCIARELLI-DUCCI, C.; BUENO, H.; CAFORIO, A.L.P.; CREA, F.; GOUDEVENOS, J.A.; HALVORSEN, S.; HINDRICKS, G.; KASTRATI, A.; et al. Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). **European Heart Journal**, v. 39, n. 2, p. 119–177, 2017.

International Diabetes Federation. **The IDF consensus worldwide definition of metabolic syndrome**. Disponível em: https://www.idf.org/webdata/docs/IDF_Meta_def_final.pdf. Acesso em: 01 de agosto de 2019.

IPAQ Research Committee. **Guidelines for the data processing and analysis of the International Physical Activity Questionnaire**. No. 2005. Disponível em <http://www.ipaq.ki.se/scoring.pdf>. Acesso em: 05 de abril de 2019.

KAPKO, W.S.; KRZYCH, L. Knowledge on cardiovascular risk factors improves the effectiveness of rehabilitation following acute coronary syndrome. **Kardiologia Polska** v.75, n.4, p.344–350, 2017.

KHALEDA, S.; MATAHENA, R. Cardiovascular risk factors profile in patients with acute coronary syndrome with particular reference to left ventricular ejection fraction. **Indian Heart Journal**. v.70, n.1, p.45-49, 2018.

KIMURA, K.; KIMURA, T.; ISHIHARA, M.; NAKAGAWA, Y.; et al. JCS 2018 Guideline on Diagnosis and Treatment of Acute Coronary Syndrome. **Circulation Journal**. v.83, p.1085 – 1196, 2019.

KOLODGIE, F.D.; BURKE, A.P.; FARB, A.; GOLD, H.K.; YUAN, J.; NARULA, J. et al. The thin-cap fibroatheroma: a type of vulnerable plaque: the major precursor lesion to acute coronary syndromes. **Curr Opin Cardiol**. v.16, n.5, p. 285-92, 2001.

KRZYSZTOFIK, M.J.; SOKOLSKI, M.; KOSOWSKI, M. et al. Acute heart failure in patients admitted to the emergency department with acute myocardial infarction. **Kardiologia Polska**. v.75, n.4, p.306–315, 2017.

LEE, Y.; KIM, R.B.; LEE, H.J.; KIM, K. et al. Relationships among medication adherence, lifestyle modification, and health-related quality of life in patients with acute myocardial infarction: a cross-sectional study. **Health and Quality of Life Outcomes**. v.16, n.100, p.1-8, 2018.

LEMOS, C.; GOTTSCHALL, C.A.M.; PELLANDA, L.C.; MULLER, M. Associação entre depressão, ansiedade e Qualidade de Vida após infarto do Miocárdio. **Psicol. teor. pesqui.** v.24, n.4, p.471- 76, 2008.

LINS, L.; CARVALHO, F.M. SF-36 total score as a single measure of health-related quality of life: Scoping review. **SAGE Open Medicine**. v.4, p.1–12, 2016.

LIPSCHITZ, D.A. Screening for nutritional status in the elderly. **Primary Care**. v.21, n.1, p.55-67, 1994.

LISIAK, M.; UCHMANOWICZ, I. WONTOR, R. Frailty and quality of life in elderly patients with acute coronary syndrome. **Clinical Interventions in Aging**. v.11, p.553–562, 2016.

LOBATO, T.A.A; TORRES, R.S.; GUTERRES, A.S.; MENDES, W.A.A; et al. Indicadores antropométricos de obesidade em pacientes com infarto agudo do miocárdio. **Rev Bras Cardiol**. v.27, n.3, p.203-212, 2014.

LV, J.; YU, C.; GUO, Y.; BIAN, Z.; YANG, L.; CHEN, Y.; TANG, X.; ZHANG, W. et al. Adherence to Healthy Lifestyle and Cardiovascular Diseases in the Chinese Population. **JACC**. v.69, n.9, p.1116 – 25, 2017.

MACKMAN, N. Triggers, targets and treatments for thrombosis. **Nature**. v.451, n.7181, p.914-8, 2008.

MAHESH, P. K. B.; GUNATHUNGA, M. W.; JAYASINGHE, S.; ARNOLD, S. M. et al. Pre-event quality of life and its influence on the post-event quality of life among patients with ST elevation and non-ST elevation myocardial infarctions of a premier province of Sri Lanka. **Health and Quality of Life Outcomes**. v.15, n.54, p. 1-10, 2017.

MANNSVERK, J.; WILSGAARD, T.; MATHIESEN, E.B.; LOCHEN, M.L.; RASMUSSEN, K., et al. Trends in Modifiable Risk Factors Are Associated With Declining Incidence of Hospitalized and Nonhospitalized Acute Coronary Heart Disease in a Population. [Circulation](#). v.5, n.133, p.74-81, 2016.

MANSUR, A.P.; FAVARATO, D. Mortalidade por Doenças Cardiovasculares no Brasil e na Região Metropolitana de São Paulo: Atualização 2011. **Arq. Bras. Cardiol**. v. 99, n.2, p.755-761, 2012.

MARINO, B.C.A.; MARCOLINO¹, M.S.; JÚNIOR, R.S.R. et al. Perfil Epidemiológico e Indicadores de Qualidade em Pacientes com Síndrome Coronariana Aguda na Região Norte de Minas Gerais – Projeto Minas Telecardio 2. **Arq Bras Cardiol**. v.107, n.2, p.106-115, 2016.

MATSUDO, S. et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Rev Bras de Ativid Fís & Saúde**, v. 6, n. 2, p. 5-12, 2001.

MAZO, G. Z. **Atividade física, qualidade de vida e envelhecimento**. Porto Alegre: Meridional, 2008.

MOLLON, L.; BHATTACHARJEE, S. Health related quality of life among myocardial infarction survivors in the United States: a propensity score matched Analysis. **Health and Quality of Life Outcomes**. v.15, n.235, p.1-10, 2017.

NARULA, J.; NAKANO, M.; VIRMANI, R.; KOLODZIE, F.D.; PETERSEN, R.; NEWCOMB, R. et al. Histopathologic characteristics of atheros-clerotic coronary disease and implications of the findings for the invasive and noninvasive detection of vulnerable plaques. **J Am Coll Cardiol**. 2013;61(10):1041-51.

NASCIMENTO, T.S.; MUSSI, F.C.; PALMEIRA, C.S.; SANTOS, C.A.; SANTOS, M.A. Fatores relacionados à inatividade física no lazer em mulheres obesas. **Acta Paul Enferm**. v.30, n.3, p.308-15, 2017.

NUZZO, R. Scientific method: Statistical errors - P values, the “gold standard” of statistical validity, are not as reliable as many scientists assume. **Nature**. v.506, n.7487, p.150–152, 2014.

OLIVEIRA, M. R.; ORSINI, M. Escalas de avaliação da qualidade de vida em pacientes brasileiros após acidente vascular encefálico. **Revista Neurociências**, v.17, n.3, p. 255-262, 2008.

OLIVEIRA, R.A.R.; MOREIRA, O.C.; LOPES, P.R.N.R.; AMORIM, W.; BREGUEZ, M.S.; MARINS, J.C.B. Variáveis bioquímicas, antropométricas e pressóricas como indicadores de risco cardiovascular em servidores públicos. **Fisioter. Mov.**, v. 26, n. 2, p. 369-377, 2013.

Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). **Doenças Cardiovasculares**, 2017. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/>. Acessado em 29 de julho de 2019.

OTSUKA, F.; JONER, M.; PRATI, F.; VIRMANI, R.; NARULA, J. Clinical classification of plaquemorphology in coronary disease. **Nat Rev. Cardiol**. 2014;11(7):379-89.

PESARO, A.E.P.; CAMPOS, P.C.G.D.; KATZ, M.; CORRÊA, T.D.; KNOBEL, E. Síndromes Coronarianas Agudas: Tratamento e Estratificação de Risco* **Rev. bras. ter. intensiva**. 2008, vol.20, n.2, p.197-204.

PIEGAS, L.S.; AVEZUM, A.; GUIMARÃES, A.P.; MUNIZ A.J.; REIS, H.J.L. et al. Comportamento da Síndrome Coronariana Aguda. Resultados de um Registro Brasileiro. **Arq Bras Cardiol**. v.100, n.6, p.502-510, 2013.

PINTO, M.T.; PICHON-RIVIERE, A.; BARDACH, A. Estimativa da carga do tabagismo no Brasil: mortalidade, morbidade e custos. **Cad. Saúde Pública**. v.31, n.6, p.1283-1297, 2015.

PONTES, A.A.D.; PONTES, E.D.S.; DA SILVA, S.M.; DA SILVA, W.F.; et al. Obesidade como Fator de Risco para o Surgimento de Doenças Cardiovasculares. **International Journal of Nutrology**. v.11, n.1, p.24-327, 2018.

RIBEIRO, K.R.A.; SILVA, L.P.; LIMA, M.L.S. Conhecimento do Infarto agudo do miocárdio: implicações para assistência de enfermagem. **Rev Enferm UFPI**. v.5, n.4, p.63-8, 2016.

RIDKER, P.M. From C-reactive protein to interleukin-6 to interleukin-1: moving upstream to identify novel targets for atheroprotection. **Circ Res**. v.118, n.1, p.145-56, 2016.

RODRIGUES, G.H.P.; GEBARA, O.C.E; GERBI, C.C.S; PIERRI, H.; WAJNGARTEN, R. Depressão como Determinante Clínico de Dependência e Baixa Qualidade de Vida em Idosos Cardiopatas. **Arq Bras Cardiol**. v.104; n.6, p.443-449, 2015.

ROSSI, R.C.; VANDERLEI, F.M.; MEDINA L.A.R. et al., Influência do perfil clínico e sociodemográfico na qualidade de vida de cardiopatas submetidos à reabilitação cardíaca. **ConScientiae Saúde**. v.10, n.1; p. 59-68, 2011.

SANDERSON, S.C.; WALLER, J.; JARVIS, M.J.; HUMPHRIES, S.E.; WARDLE, J. Awareness of lifestyle risk factors for câncer and heart disease among adults in the UK. **Patient Educ Couns**. v.74, n.2, p.221-227, 2009.

SANTOS, A.M.G.; MATTOS, M.A.; SIQUEIRA, A.F. Valor prognóstico do estado nutricional na síndrome coronariana aguda. **Rev Bras Cardiol**. v.25, n.1, p.50-8, 2012.

SANTOS, J.R.; REIS, S.C.C.A.G; REIS, M.C.S. et.al. Qualidade de vida de pacientes hospitalizados com doenças cardiovasculares: possibilidades de intervenção da terapia ocupacional. **Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup**. Rio de Janeiro. v.1; n.5, p.620-633, 2017.

SCATTOLIN, F. A. A. Qualidade de vida: a evolução do conceito e os instrumentos de medida. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**. v. 8, n. 4, p. 1-5, 2006.

SILVA, R.B.; DE CASTRO, C.M.; ISER, B.P.; DE CASTILHO, L.G.C. Perfil dos pacientes com síndromes coronarianas agudas em um hospital da Região Sul do Brasil. **Rev Soc Bras Clin Med** .v.14, n.1, p.33-37, 2016.

SILVA, L.N.; KARINO, M.E.; MARTINS, J.T.; GALDINO, M.J.Q.; et al. Perfil epidemiológico e clínico de pacientes com síndrome coronariana aguda. **Rev enferm UFPE on line**. v.12, n.2, p.379-85, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/22563/27900>. Acesso em 05 de abril de 2019.

SILVA, S.A.; PASSOS, S.R.L.; CARBALLO, M.T.; FIGUEIRÓ, M. et al. Avaliação da qualidade de vida após síndrome coronariana aguda: revisão sistemática. **Arq. Bras. Cardiol**. v.97, n.6, p.526- 540, 2011.

SILVEIRA, E.L.; DA CUNHA, L.M.; PANTOJA, M.S.; LIMA, A.V.M.; DA CUNHA, A.N.A. Prevalência e distribuição de fatores de risco cardiovascular em portadores de doença arterial coronariana no Norte do Brasil. **Rev Fac Ciênc Méd.** v.20, n.3; p.167-73, 2018.

SIMÃO, A.F.; PRÉCOMA, D.B.; ANDRADE, J.P.; CORREA, F.H.; SARAIVA, J.F.K.; OLIVEIRA, G.M.M., et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. **Arq Bras Cardiol.** v.101, n.2, p.1-63, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol.** v.95 (supl. 1), p.1-51, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). IV Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq Bras Cardiol**, v. 88 (supl. 1), p. 1-19, 2007.

SOUZA, A.R.; ALBUQUERQUE, L.F.; SILVA, F.A.; MACHADO, R.C. Fatores associados a um impacto na qualidade de vida pós revascularização miocárdica. **Rev Rene.** v.19, n.3459, p. 1-10, 2018.

SOUZA, C.F.; MAEHARA, A.; LIMA, E.; GUIMARÃES, L.F.C.; CARVALHO, A.C.; ALVES, C.M.R.; CAIXETA, A. Caracterização Morfológica e Tecidual de Lesões Culpadas em Pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnívelamento do Segmento ST Após Uso de Fibrinolítico. Análise com Ultrassom Intracoronário e Tecnologia iMAP. **Rev. Bras. Cardiol. Invasiva.** v.22, n.3, p.225-32, 2014.

STAMPFER, M.J.; HU, F.B.; MANSON, J.E.; RIMM, E.B.; WILLETT, W.C. Primary prevention of coronary heart disease in women through diet and lifestyle. **N. Engl J Med.** v.343, p.16–22, 2000.

STEG, P.G.; JAMES, S.K.; ATAR, D. et al. ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force on the management of ST-segment elevation acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology (ESC). **Eur Heart J.** v.33, n.20, p.2569–619, 2012.

STEVENS, B.; PEZZULLO, L.; VERDIAN, L.; TOMLINSON, J.; GEORGE, A.; BACAL, F. Os Custos das Doenças Cardíacas no Brasil. **Arq Bras Cardiol.** v.111, n.1, p.29-36, 2018.

TCHICAYA, A.; LORENTZ, N.; DEMAREST, S.; BEISSEL, J. Persistence of socioeconomic inequalities in the knowledge of cardiovascular risk factors five years after coronary angiography. **European Journal of Cardiovascular Nursing.** v.17, n.2, p.136-147, 2018,

TESTON, E.F.; CECILIO, H.P.M.; SANTOS, A.L.; DE ARRUDA, G.O.; RADOVANOVIC, C.A.T.; MARCON, S.S. Fatores associados às doenças cardiovasculares em adultos. **Medicina (Ribeirão Preto).** v.49, n.2, p.95-102, 2016.

The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. **Soc. Sci. Med. Oxford.** v.41, n.10, p.1403-1409, 1995.

The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. **Soc. Sci. Med.**; v.46, p.1569-85, 1998.

TORRE, G.L.; COCCHIARA, R.A.; SORDO, E.L. et al. Counseling intervention to improve quality of life in patients with pre-existing acute myocardial infarction (AMI) or chronic obstructive pulmonary disease (COPD): a pilot study. **Prev med hyg.** v.59, p.153-158, 2018.

WALIA, R.; BHANSALI, A.; RAVIKIRAN, M.; RAVIKUMAR, P.; BHADADA, S.K.; SHANMUGASUNDAR, G. et al. High prevalence of cardiovascular risk factors in Asian Indians: a community survey - Chandigarh Urban Diabetes Study (CUDS). **Indian J. Med. Res.** v.139, n.2, p.252-9, 2014.

WANG, R.; MEI, B.; LIAO, X.; LU, X.; et al. Determination of risk factors affecting the in-hospital prognosis of patients with acute ST segment elevation myocardial infarction after percutaneous coronary intervention. **BMC Cardiovascular Disorders.** v.17, n.243 p. 1-11, 2017.

WANG, R.; NEUENSCHWANDER, F.C.; FILHO, A.L.; MOREIRA, C.M.; DOS SANTOS, E.S. et al. Uso de Intervenções Baseadas em Evidências na Síndrome Coronária Aguda – Subanálise do Registro ACCEPT. **Arq Bras Cardiol.** v.102, n.4, p.319-326, 2014.

WARE, J.E.; SHERBOURNE, C. D. The Mos 36-item short-form health survey (SF36). I. Conceptual frame work and item selection. **Med Care.** v. 30: p. 473-83, 1992.

WHO. **World Health Organization.** Cardiovascular diseases (CVDs): Key facts. 2017.

WHO. **World Health Organization.** Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva, 1995.

WHO. **World Health Organization.** Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. Geneva, 1998.

WHO. **World Health Organization.** Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control. MENDIS, S.; PUSKA, P.; NORRVIING, B. (editors). Geneva 2011.

WHO. **World Health Organization.** Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva, 2009.

WHO. **World Health Organization.** Global status report on non communicable diseases 2010. Geneva, 2011.

YILDIRIM, E.; ATILA, I.; CELIK, M.; YUKSEL, U.C.; ACIKEL, C.; BUGAN, B.; GOKOGLAN, Y. Relação entre o Escore de Gensini e Mortalidade Intra-Hospitalar em Pacientes com Infarto do Miocárdio com Supradesnívelamento do Segmento ST. **Int J Cardiovasc Sci.** v.30, n.1, p.32-41, 2017.

ZANCHET, A.T.; MARIN, A.H. PERFIL PSICOSSOCIAL DE PACIENTES COM SÍNDROME CORONARIANA AGUDA. **Psicologia, saúde & doenças.** v.15, n.3, p.656-770, 2014.

ZHELEV, Z.; OHTAKE, H.; IWATA, M. et al. Diagnostic accuracy of contemporary and high-sensitivity cardiac troponin assays used in serial testing, versus single-sample testing as a comparator, to triage patients suspected of acute on- ST-segment elevation myocardial infarction: a systematic review protocol. **BMJ**. v.30, n.9, s.3, p.1-7, 2019.

APÊNDICE A

	ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO E MUDANÇAS DE ESTILO DE VIDA EM PACIENTES COM SÍNDROME CORONARIANA AGUDA
---	--

COD: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O senhor (a) está sendo convidado (a) a participar deste estudo pelo fato de ter apresentado um quadro de Síndrome Coronariana Aguda (Angina ou infarto do miocárdio). Entre os vários fatores predisponentes para Síndrome Coronariana, está a adoção de um estilo de vida sedentário, a obesidade e hábitos alimentares inadequados.

Este estudo tem a finalidade de investigar a **ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO E MUDANÇAS DE ESTILO DE VIDA EM PACIENTES COM SÍNDROME CORONARIANA AGUDA**. Por isso, solicitamos o seu consentimento para o incluirmos em nossa pesquisa. Caso o Sr. (a) concorde em participar da nossa pesquisa, essa participação ocorrerá da seguinte forma: 1 – Serão coletadas informações do seu prontuário médico; 2 – Responder algumas perguntas com relação a aspectos sócio-econômicos e de saúde; 3 – Responder a um questionário de atividade física; 4 – Responder a um questionário referente aos medicamentos; 5 – Responder a um questionário de qualidade de vida; 6 – Responder a dois questionários de consumo alimentar.

Solicitamos também o consentimento para realizar um seguimento após a sua alta hospitalar por telefone, para obter informações sobre sua saúde. Estas informações estão relacionadas à realização de atividade física, consumo alimentar, utilização de medicamentos e qualidade de vida. Os contatos serão realizados 30 dias e 180 dias após a ocorrência do quadro de Síndrome Coronariana Aguda.

O senhor (a) não será submetido (a) a nenhum tratamento medicamentoso e/ou exames adicionais, a não ser aqueles que fazem parte do tratamento empregado pelo seu médico assistente, portanto não há risco decorrente da sua participação e não haverá nenhum custo adicional para o senhor (a).

Esse estudo pretende caracterizar melhor os pacientes que apresentem o mesmo quadro clínico que o seu e, conseqüentemente, poder oferecer um tratamento mais adequado. Esses dados serão armazenados em um Banco de Dados e mantidos em caráter confidencial e sigiloso, onde seu nome não aparecerá em nenhuma publicação. Informamos que os seus dados ficarão sob a responsabilidade do Profº Dr. Antônio Carlos Sobral Sousa (Contato: 2107-1056) e da nutricionista e doutoranda Ingrid Maria Novais Barros de Carvalho Costa (Contato: 9977-0986).

Ressaltamos ainda que, se concordar em participar do estudo e assinar esse termo, o (a) senhor (a) permanecerá com o direito de desistir de sua participação na pesquisa a qualquer momento, assim como poderá receber, caso solicite, informações sobre o andamento do estudo.

Nome do Paciente: _____
(ou representante legal)

Assinatura do Paciente _____ **Data:** _____
(ou representante legal)

Investigador: _____
Assinatura _____ **Data:** _____

COD: _____

APÊNDICE B

	ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO E MUDANÇAS DE ESTILO DE VIDA EM PACIENTES COM SÍNDROME CORONARIANA AGUDA
---	--

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO

Nome do entrevistador: _____ Data: ____/____/____

1.DADOS DE IDENTIFICAÇÃO			
Nome: _____			
Endereço: _____			
Bairro: _____	Cidade: _____	Tel Res Tel Cel Tel Trab	
E-mail: _____			
Data de Nasc: ____/____/____	Idade: ____	Sexo: () M () F	Cor: () B () N () P
Nº Hospital: (1) São Lucas (2) Primavera (3) Hospital do Coração (4) Cirurgia			
Nº de Admissão na Urgência: _____		Convênio: () SUS () IPES () Plano saúde () Part	
Data de Admissão na Urgência: ____/____/____		Hora da Admissão: _____	
Nº do Prontuário ou Nº de Controle do Hospital: _____			
Contato Adicional 1: Nome: _____ Cidade: _____ UF ____ Telefones (____) _____ Grau de Parentesco: _____ Obs.: _____		Contato Adicional 2: Nome: _____ Cidade: _____ UF ____ Telefones (____) _____ Grau de Parentesco: _____ Obs.: _____	

2. PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO	
Estado Civil: () Casado () Divorciado () Solteiro () Viúvo () Mora com companheiro(a)	Ocupação: _____
Escolaridade: _____ anos de estudo completo	Renda Familiar: R\$ _____
Nº de Dependentes: _____	Renda Familiar Per capita: R\$ _____

2.1 TABELA DE POSSE DE ITENS					
	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Banheiros					
Empregados domésticos					
Automóveis					
Microcomputador					
Lava louça					
Geladeira					
Freezer					
Lava roupa					
DVD					
Microondas					
Motocicleta					
Secadora de roupa					
Escolaridade da pessoa de referência	Analfabeto / Fundamental I incompleto	Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	Fundamental II completo / Médio incompleto	Médio completo / Superior incompleto	Superior completo
Água encanada	Não	Sim			
Rua pavimentada	Não	Sim			

3. QUADRO CLÍNICO NO INTERNAMENTO (Obter no prontuário)			
Diagnóstico: () AI () IAM S/ Supra () IAM C/ Supra			
PA: ____ / ____ mmHg		FC: ____ bpm	
Laboratório: Hemoglobina: ____ g/dl Hematócrito: ____ % Leucócitos: ____ Glicemia de jejum: ____ mg/dl Glicemia PP: ____ mg/dl HbA1C: ____ Creatinina: ____ g/dl Colesterol Total ____ HDL ____ LDL ____ TG ____			
CK-MB elevada: () SIM () NÃO Maior valor : ____			
KILLIP: () I () II () III () IV			
CAbd ____ cm	Peso Atual ____ kg	Altura ____ cm	IMC ____
Fez Angioplastia?	() Sim () Não	Fez RM?	() Sim () Não

4. ANTECEDENTES E FATORES DE RISCO CARDIOVASCULARES					
Tabagismo: () Sim () Nunca fumou () Parou há ____ meses ou ____ anos					
Diabetes Mellitus: () Sim () Não Tratamento: () Dieta () Medicamento () Insulina					
Excesso de peso anterior a SCA? () Sim () Não Peso anterior a SCA ____ kg					
	Sim	Não		Sim	Não
Tem hipertensão?	()	()	Faz tratamento regular p/ HAS?	()	()
Tem dislipidemia?	()	()	Faz tratamento regular p/ DLP?	()	()
História familiar de DAC precoce? / H<55 E M<65	()	()	DAC prévia?	()	()
Insuficiência Cardíaca	()	()	Angina de Peito	()	()
IAM prévio?	()	()	Angioplastia percutânea prévia	()	()
Cirurgia de RM prévia?	()	()	AVC prévio	()	()
Doença renal crônica?	()	()	Terapia de substit renal (diálise)	()	()
Doença vascular periférica	()	()	É etilista?	()	()

5. MEDICAÇÕES UTILIZADAS PREVIAMENTE	
() ASS () Clopidogrel () Prasugrel () Ticagrelor () Ticlopidina () IECA () BRAII () Beta-Bloqueador () Estatina () Bloqueador de Ca++ () Nitrato () Insulina () Outros Quais? _____	

6. MEDICAÇÕES UTILIZADAS NA FASE AGUDA (Período de Internação)	
() ASS () Clopidogrel () Prasugrel () Ticagrelor () Ticlopidina () IECA () BRAII () Beta-Bloqueador () Estatina () Bloqueador de Ca++ () Nitrato () Insulina () Outros Quais? _____	

7. RESULTADO HOSPITALAR			
	Sim	Não	Data
Morte geral	()	()	____/____/____
Morte cardiovascular	()	()	____/____/____
Re – IAM	()	()	____/____/____
Angina Pós-IAM	()	()	____/____/____
Insuficiência Cardíaca Congestiva	()	()	____/____/____
Choque cardiogenico	()	()	____/____/____
Parada cardíaca	()	()	____/____/____
AVC	()	()	____/____/____
Hemorragia	()	()	____/____/____
Redução de ____ g/dL de Hemoglobina			
Redução de ____ % de Hematócrito			

8. LABORATÓRIO PRÉ-ALTA (Obter no prontuário)	
Hemoglobina: ____ g/dl Hematócrito: ____ % Glicemia de jejum: ____ mg/dl HbA1C: ____	
Glicemia PP: ____ mg/dl Creatinina: ____ g/dl CT ____ HDL ____ LDL ____ TG ____	

9. MEDICAÇÕES PRESCRITAS NA ALTA HOSPITALAR

() ASS () Clopidogrel () Prasugrel () Ticagrelor () Ticlopidina () IECA () BRAII
 () Beta-Bloqueador () Estatina () Bloqueador de Ca++ () Nitrato () Insulina () Outros
 Quais _____

As medicações são compradas: () Sim () Não Se sim, quantas são compradas _____

Alguém ajudou a comprar as medicações? () Sim () Não

Recebeu medicações de algum lugar () Sim () Não Pegou Onde? _____

10. RECEBEU RECOMENDAÇÕES NA ALTA HOSPITALAR (Data da Alta: __/__/__)

	Sim	Não		Sim	Não
Abandono do tabagismo	()	()	Modificações da dieta	()	()
Reabilitação cardiovascular (Atividade física)	()	()	Sobre as medicações	()	()

11. ASSISTÊNCIA APÓS A ALTA HOSPITALAR

	Sim	Não		Sim	Não
Médico aos 30 dias após SCA	()	()	Médico aos 180 dias após SCA	()	()
Nutricionista aos 30 dias após SCA	()	()	Nutricionista 180 dias após SCA	()	()
Educ físico aos 30 dias após SCA	()	()	Educ físico aos 180 dias após SCA	()	()
Tabagismo aos 30 dias após SCA	()	()	Tabagismo aos 30 dias após SCA	()	()

12. MEDICAÇÕES PRESCRITAS AOS 30 DIAS APÓS A ALTA HOSPITALAR

Quais? _____

As medicações são compradas: () Sim () Não Se sim, quantas são compradas _____

Alguém ajudou a comprar as medicações? () Sim () Não

Recebeu medicações de algum lugar () Sim () Não Pegou Onde? _____

Alguma vez faltou dinheiro para adquiri-las? () Sim () Não Quantas vezes nos últimos 30 Dias _____

13. RESULTADOS EM 30 DIAS APÓS SCA

	Sim	Não	Data
Morte geral	()	()	___/___/___
Morte cardiovascular	()	()	___/___/___
Re - IAM	()	()	___/___/___
Angina Pós-IAM	()	()	___/___/___
Insuficiência Cardíaca Congestiva	()	()	___/___/___
Choque cardiogenico	()	()	___/___/___
AVC	()	()	___/___/___

14. MEDICAÇÕES PRESCRITAS AOS 180 DIAS APÓS A ALTA HOSPITALAR

Quais? _____

As medicações são compradas: () Sim () Não Se sim, quantas são compradas _____

Alguém ajudou a comprar as medicações? () Sim () Não

Recebeu medicações de algum lugar () Sim () Não Pegou Onde? _____

Alguma vez faltou dinheiro para adquiri-las? () Sim () Não Quantas vezes nos últimos 30 Dias _____

15. RESULTADOS EM 180 DIAS APÓS SCA

	Sim	Não	Data
Morte geral	()	()	___/___/___
Morte cardiovascular	()	()	___/___/___
Re - IAM	()	()	___/___/___
Angina Pós-IAM	()	()	___/___/___
Insuficiência Cardíaca Congestiva	()	()	___/___/___
Choque cardiogenico	()	()	___/___/___
AVC	()	()	___/___/___

ANEXO A

	ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO E MUDANÇAS DE ESTILO DE VIDA EM PACIENTES COM SÍNDROME CORONARIANA AGUDA
---	--

COD: _____

IPAQ - QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA

VERSÃO CURTA

Nome: _____

Nome do Entrevistador: _____ Data: ____/____/____

Nós estamos interessados em saber que tipos de atividade física as pessoas fazem como parte do seu dia a dia. As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gastou fazendo atividade física na **ÚLTIMA** semana. As perguntas incluem as atividades que você fez no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Suas respostas são MUITO importantes. Por favor responda cada questão mesmo que considere que não seja ativo. Obrigado pela sua participação!

Para responder as questões lembre que:

- atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal.
- atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal.

Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza **por pelo menos 10 minutos contínuos** de cada vez.

1a Em quantos dias da última semana você **CAMINHOU** por **pelo menos 10 minutos contínuos** em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?

dias _____ por **SEMANA** () Nenhum

1b Nos dias em que você caminhou por **pelo menos 10 minutos contínuos** quanto tempo no total você gastou caminhando **por dia**?

horas _____ minutos: _____

2a Em quantos dias da última semana, você realizou atividades **MODERADAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar **moderadamente** sua respiração ou batimentos do coração (**POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA**)

dias _____ por **SEMANA** () Nenhum

2b Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?

horas _____ minutos: _____

3a Em quantos dias da última semana, você realizou atividades **VIGOROSAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar **MUITO** sua respiração ou batimentos do coração.

dias _____ por **SEMANA** () Nenhum

3b Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?

horas _____ minutos: _____

Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentado durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.

4a Quanto tempo no total você gasta sentado durante um **dia de semana**?

horas _____ minutos: _____

4b Quanto tempo no total você gasta sentado durante em um **dia de final de semana**?

horas _____ minutos: _____

ANEXO B

	ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO E MUDANÇAS DE ESTILO DE VIDA EM PACIENTES COM SÍNDROME CORONARIANA AGUDA
---	--

COD: _____

VERSÃO BRASILEIRA DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA -SF-36

Nome: _____

Nome do Entrevistador: _____ Data: ____/____/____

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2

b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

CÁLCULO DOS ESCORES DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA

Fase 1: Ponderação dos dados

Questão	Pontuação	
01	Se a resposta for	Pontuação
	1	5,0
	2	4,4
	3	3,4
	4	2,0
	5	1,0
02	Manter o mesmo valor	
03	Soma de todos os valores	
04	Soma de todos os valores	
05	Soma de todos os valores	
06	Se a resposta for	Pontuação
	1	5
	2	4
	3	3
	4	2
	5	1
07	Se a resposta for	Pontuação
	1	6,0
	2	5,4
	3	4,2
	4	3,1
	5	2,0
	6	1,0
08	A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7 Se 7 = 1 e se 8 = 1, o valor da questão é (6) Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 1, o valor da questão é (5) Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 2, o valor da questão é (4) Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (3) Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 4, o valor da questão é (2) Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (1) Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte: Se a resposta for (1), a pontuação será (6) Se a resposta for (2), a pontuação será (4,75) Se a resposta for (3), a pontuação será (3,5) Se a resposta for (4), a pontuação será (2,25) Se a resposta for (5), a pontuação será (1,0)	

09	Nesta questão, a pontuação para os itens a, d, e, h, deverá seguir a seguinte orientação: Se a resposta for 1, o valor será (6) Se a resposta for 2, o valor será (5) Se a resposta for 3, o valor será (4) Se a resposta for 4, o valor será (3) Se a resposta for 5, o valor será (2) Se a resposta for 6, o valor será (1) Para os demais itens (b, c, f, g, i), o valor será mantido o mesmo
10	Considerar o mesmo valor.
11	Nesta questão os itens deverão ser somados, porém os itens b e d deverão seguir a seguinte pontuação: Se a resposta for 1, o valor será (5) Se a resposta for 2, o valor será (4) Se a resposta for 3, o valor será (3) Se a resposta for 4, o valor será (2) Se a resposta for 5, o valor será (1)

Fase 2: Cálculo do Raw Scale

Nesta fase você irá transformar o valor das questões anteriores em notas de 8 domínios que variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 = pior e 100 = melhor para cada domínio. É chamado de raw scale porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida.

Domínio:

- Capacidade funcional
- Limitação por aspectos físicos
- Dor
- Estado geral de saúde
- Vitalidade
- Aspectos sociais
- Aspectos emocionais
- Saúde mental

Para isso você deverá aplicar a seguinte fórmula p

a domínio:

Domínio:

Valor obtido nas questões correspondentes – Limite inferior x 100
Variação (Score Range)

Na fórmula, os valores de limite inferior e variação (Score Range) são fixos e estão estipulados na tabela abaixo.

Domínio	Pontuação das questões correspondidas	Limite inferior	Variação
Capacidade funcional	03	10	20
Limitação por aspectos físicos	04	4	4
Dor	07 + 08	2	10
Estado geral de saúde	01 + 11	5	20
Vitalidade	09 (somente os itens a + e + g + i)	4	20
Aspectos sociais	06 + 10	2	8
Limitação por aspectos emocionais	05	3	3
Saúde mental	09 (somente os itens b + c + d + f + h)	5	25

Exemplos de cálculos:

- Capacidade funcional: (ver tabela)

Domínio: Valor obtido nas questões correspondentes – limite inferior x 100
Variação (Score Range)

Capacidade funcional: $\frac{21 - 10}{20} \times 100 = 55$

O valor para o domínio capacidade funcional é 55, em uma escala que varia de 0 a 100, onde o zero é o pior estado e cem é o melhor.

- Dor (ver tabela)
- Verificar a pontuação obtida nas questões 07 e 08; por exemplo: 5,4 e 4, portanto somando-se as duas, teremos: 9,4

- Aplicar fórmula:

Domínio: $\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$

$$\text{Dor: } \frac{9,4 - 2}{10} \times 100 = 74$$

O valor obtido para o domínio dor é 74, numa escala que varia de 0 a 100, onde zero é o pior estado e cem é o melhor.

Assim, você deverá fazer o cálculo para os outros domínios, obtendo oito notas no final, que serão mantidas separadamente, não se podendo soma-las e fazer uma média.

Obs.: A questão número 02 não faz parte do cálculo de nenhum domínio, sendo utilizada somente para se avaliar o quanto o indivíduo está melhor ou pior comparado a um ano atrás.

Se algum item não for respondido, você poderá considerar a questão se esta tiver sido respondida em 50% dos seus itens.