



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

SUELEN MAIARA DOS SANTOS

**AVALIAÇÃO DA ADESÃO À PREVENÇÃO SECUNDÁRIA E QUALIDADE
DE VIDA A LONGO PRAZO APÓS SÍNDROME CORONARIANA AGUDA**

**ARACAJU
2023**

**SUELEN MAIARA DOS
SANTOS**

**AVALIAÇÃO DA ADESÃO À PREVENÇÃO SECUNDÁRIA E QUALIDADE
DE VIDA A LONGO PRAZO APÓS SÍNDROME CORONARIANA AGUDA**

2023

SUELEN MAIARA DOS SANTOS

AVALIAÇÃO DA ADESÃO À PREVENÇÃO SECUNDÁRIA E QUALIDADE DE VIDA A LONGO PRAZO APÓS SÍNDROME CORONARIANA AGUDA

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
Coorientadora: Profa. Dra. Ingrid Maria Novais Barros de Carvalho Costa

ARACAJU
2023

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

S237a Santos, Suelen Maiara dos
Avaliação da adesão à prevenção secundária e qualidade de vida a longo prazo após síndrome coronariana aguda / Suelen Maiara dos Santos ; orientador Antônio Carlos Sobral Sousa; coorientadora Ingrid Maria Novais Barros de Carvalho Costa. – Aracaju, 2023.
60 f. : il.

Dissertação (mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Sergipe, 2023.

1. Ciências da Saúde. 2. Síndrome Coronariana Aguda. 3. Qualidade de vida. 4. Prevenção secundária. 5. Adesão medicamentosa. I. Sousa, Antônio Carlos Sobral, orient. II. Costa, Ingrid Maria Novais Barros de Carvalho. III. Título.

CDU 616.12

SUELEN MAIARA DOS SANTOS

AVALIAÇÃO DA ADESÃO À PREVENÇÃO SECUNDÁRIA E QUALIDADE DE VIDA A LONGO PRAZO APÓS SÍNDROME CORONARIANA AGUDA

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

Coorientadora: Profa. Dra. Ingrid Maria Novais Barros de Carvalho Costa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

1º Examinador: Prof. Dr. Eduesley Santana Santos

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

2º Examinador: Prof^a. Dra. Jamily Oliveira Costa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, que possibilitou tudo isso acontecer e sempre me deu forças para prosseguir, lembrando-me da sua presença ao meu lado continuamente.

Aos meus pais, Maria e José, pelo amor, paciência, incentivo, apoio e orações durante todas aquelas tardes de coletas por ligações telefônicas. Ao amor da minha vida, Ageu, por me apoiar de uma forma tão doce, por entender esse processo de uma forma tão genuína e por me dar todo amor do mundo para superar tudo, sempre orando ao meu lado; Aos meus sogros, Lúcia e Domingos, por orarem constantemente por mim, e me apoiarem das mais diversas formas nesse mestrado. Ao meu amigo Fernando, que sempre esteve presente na graduação, e embarcou em minha escala pra ajudar na concretização desse sonho. Ao mistério dos sete, Ken e as meninas, Bete, Carlos e Lillena. A todos os meus irmãos, amigos e familiares, que participaram torcendo, orando, corrigindo, opinando e vibrando a cada etapa concluída.

Ao meu orientador, Professor Dr. Antônio Carlos Sobral Sousa, por acreditar em meu projeto, pela paciência, força, incentivo e persistência. À minha coorientadora, Professora Dra. Ingrid Maria Novais Barros de Carvalho Costa, serei eternamente grata pelo apoio, disponibilidade e suporte no momento que mais precisei. Ao professor Dr. José Rodrigo Santos Silva, pela realização da estatística do trabalho.

Aos hospitais e pacientes que participaram da pesquisa possibilitando a realização desse estudo; Aos professores que contribuíram na submissão do resumo. A todos os professores e componentes do programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, que sempre tiraram minhas dúvidas e tiveram paciência em todo o processo. E à todos que, direta ou indiretamente, fizeram parte da minha formação.

Por fim, um agradecimento especial aos membros da banca de qualificação e defesa, que contribuíram de forma grandiosa e ímpar na concretização desse trabalho.

RESUMO

Avaliação da Adesão à Prevenção Secundária e Qualidade de Vida a longo prazo após Síndrome Coronariana Aguda. Suelen Maiara dos Santos. 2023.

INTRODUÇÃO: A prevenção secundária após um evento de síndrome coronariana aguda (SCA) é fundamental, pois outros eventos isquêmicos são comuns após o evento inicial e a qualidade de vida acaba sendo um aliado na avaliação já que trata-se de uma medida cada vez mais utilizada. **OBJETIVOS:** Avaliar, a longo prazo, a adesão à prevenção secundária e qualidade de vida de pacientes após SCA, além de desenvolver uma cartilha educativa com orientações para aumentar a adesão. **MÉTODOS:** Trata-se de estudo transversal aninhado a uma coorte realizado com pacientes internados de outubro/2013 a setembro/2015 em quatro hospitais públicos/privados de referência em cardiologia na cidade de Aracaju, Sergipe. O estudo verificou, após 72 meses da SCA, a adesão às medicações prescritas, a prática de exercício físico e a qualidade de vida, mediante um questionário específico, o Questionário Internacional de Atividade Física e o Short Form-36. Os achados foram comparados com os obtidos decorridos 6 meses da SCA. A cartilha foi elaborada em formato de literatura de cordel. **RESULTADOS:** Amostra constou de 46 pacientes, com faixa etária entre 60 e 69 anos, sendo 63,04% do sexo masculino. A qualidade de vida melhorou nos domínios de dor, aspecto social e emocional. Os antitrombóticos, dentre eles o ácido acetil salicílico estava sendo utilizado por 73,9% dos voluntários, enquanto que faziam uso de beta-bloqueadores e de estatinas, apenas 69,5% da amostra. A maioria dos pacientes (73,91%) estavam sedentários. **CONCLUSÃO:** Em portadores de SCA, verificou-se a longo prazo, melhora na qualidade de vida e na adesão às medicações prescritas, porém houve aumento do sedentarismo.

Descritores: Síndrome Coronariana Aguda. Qualidade de vida. Prevenção secundária. Adesão medicamentosa.

ABSTRACT

Assessment of Adherence to Secondary Prevention and Long-Term Quality of Life after Acute Coronary Syndrome. Suelen Maiara dos Santos. 2023.

INTRODUCTION: Secondary prevention after an acute coronary syndrome (ACS) event is fundamental, as other ischemic events are common after the initial event and quality of life ends up being an ally in the evaluation, since it is an increasingly important measure. **OBJECTIVES:** To evaluate, in the long term, adherence to secondary prevention and quality of life of patients after ACS, in addition to developing an educational booklet with guidelines to increase adherence. **METHODS:** This is a cross-sectional study nested within a cohort carried out with patients hospitalized from October/2013 to September/2015 in four public/private reference hospitals in cardiology in the city of Aracaju, Sergipe. The study verified, after 72 months of ACS, adherence to prescribed medications, physical exercise and quality of life, through a specific questionnaire, the International Physical Activity Questionnaire and the Short Form-36. The findings were compared with those obtained after 6 months of ACS. The booklet was elaborated in the format of cordel literature. **RESULTS:** The sample consisted of 46 patients, with a mean age between 60 and 69 years, 63.04% of whom were male. Quality of life improved in the domains of pain, social and emotional aspects. Antithrombotics, including acetylsalicylic acid, were being used by 73.9% of the volunteers, while only 69.5% of the sample used beta-blockers and statins. Most patients (73.91%) were sedentary. **CONCLUSION:** In patients with ACS, there was a long-term improvement in quality of life and adherence to prescribed medications, with an increase in sedentary lifestyle.

KEY WORDS: Acute Coronary Syndrome. Quality of life. Secondary prevention. Medication adherence.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Caracterização da amostra dos pacientes após 72 meses da SCA, Aracaju, Sergipe, 2022.....	29
TABELA 2: Caracterização de hábito de vida, condições clínicas e utilização de medicamentos pelos pacientes com Síndrome Coronariana Aguda a longo prazo, 2022.....	30
TABELA 3: Qualidade de vida de pacientes aos 6 e 72 meses após SCA, Aracaju, Sergipe, 2022...31	
TABELA 4: Estilo de vida e utilização das classes medicamentosas aos 6 e 72 meses após SCA, 2022.....	32

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1: Fluxograma de seguimento dos pacientes com diagnóstico de Síndrome Coronariana Aguda atendidos nas Unidades de Referência em Cardiologia no Estado de Sergipe.....24

FIGURA 2: Fluxograma de coleta de dados. Fonte: Pesquisadora, Aracaju, Sergipe, 2022.....27

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AI: Angina Instável

AVC: Acidente Vascular Cerebral

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

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.....	16
2.1. Síndrome Coronariana Aguda.....	16
2.1.1. Infarto Agudo do Miocárdio.....	17
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. MÉTODO.....	23
4.1. Delineamento do estudo.....	23
4.2. Amostra.....	23
4.3. Critérios de inclusão.....	24
4.4. Critérios de exclusão.....	24
4.5. Variáveis analisadas.....	25
4.5.1. Avaliação do tratamento medicamentos/tabagismo.....	25
4.5.2. Avaliação da atividade física.....	25
4.5.3. Avaliação da qualidade de vida.....	26
4.6. Desenvolvimento de Cartilha Educativa.....	26
4.7. Análise de dados.....	27
4.8. Aspectos Éticos.....	28
5. RESULTADOS.....	29
6. DISCUSSÃO.....	33
7. CONCLUSÃO.....	35
REFERÊNCIAS.....	36
ANEXO A.....	43
APÊNDICE A.....	44
ANEXO B.....	45
ANEXO C.....	47
ANEXO D.....	52
APÊNDICE B.....	54

1. INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem sete das 10 principais causas de morte no mundo, sendo que as doenças cardiovasculares (DCV) permanecem como a principal causa de morte nos últimos 20 anos. Cerca de 14 milhões de brasileiros têm alguma doença no coração e cerca de 400 mil morrem por ano em decorrência dessas enfermidades (STEVENS et al., 2018; WHO, 2022).

A síndrome coronariana aguda (SCA) destaca-se dentre as doenças cardiovasculares, pois abrange um grupo que inclui 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 infarto agudo do miocárdio (IAM), merece destaque como a principal causa de morte e incapacidade no Brasil e no mundo devido à sua grande magnitude e severidade (WHO, 2022).

A prevenção secundária após síndrome coronariana aguda (SCA) refere-se ao tratamento de longo prazo que visa reduzir o risco de um novo evento cardiovascular e morte, buscando melhorar a sobrevida desses pacientes. Os pilares da prevenção secundária são: mudanças no estilo de vida com ênfase na atividade física programada, adoção de hábitos alimentares saudáveis, remoção do tabagismo e do uso de drogas em geral, além de estratégias para modular o estresse. (HERDY et al., 2014; CHINAIA et al., 2018; TSOI et al., 2020)

O IAM é um motivo comum de internação hospitalar, o que torna a prevenção secundária uma etapa importante no combate a essa prevalência crescente. Ensaio randomizados mostraram que a prevenção secundária após infarto agudo do miocárdio, reduz a mortalidade e os eventos cardiovasculares, melhora a qualidade de vida. (LIBBY, 2013; SOLOMON et al., 2020).

A adesão a um estilo de vida saudável, de acordo com algumas evidências científicas, quando associado ao controle dos fatores de risco modificáveis implicam na contribuição da redução do desenvolvimento de doenças cardiovasculares, especialmente 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.

Uma adequada orientação de prevenção secundária em pacientes com SCA dá possibilidade de modificar o prognóstico e a evolução clínica dos pacientes após a alta

hospitalar com base na terapia adotada e adesão ao tratamento, contribuindo para a redução e controle dos fatores de risco (FR) e comorbidades, colaborando dessa forma, para o aumento da sobrevida e melhora da qualidade de vida (QV) desses pacientes (MCDONAGH et al, 2021; LAWTON et al, 2021).

O termo qualidade de vida é muito amplo com concepção subjetiva e multidimensional e está vinculado ao nível de contentamento alcançado na esfera física, emocional e social. A qualidade de vida depende da situação econômica, saúde física e mental, segurança social, estabilidade política e do ambiente. Esta percepção tem sido investigada, assim como sua relação com o tratamento e o prognóstico de diversas doenças, como as cardiovasculares, influenciando a tomada de decisões e planejamento de políticas de saúde. Um dos instrumentos utilizados para avaliar a qualidade de vida é o Medical Outcomes Study 36- Item *Short-Form Health Survey* (SF-36), traduzido e validado na população brasileira. (WHOQOL, 1995; CUNHA et al., 2016; DZUBUR et al., 2016; FIORIN et al, 2020).

Quando o indivíduo consegue ter uma percepção sobre sua própria vida conectada com seus objetivos e fazendo parte de um sistema envolvido na tomada de decisão, define-se como Qualidade de Vida (HIGGINSON, CARR, 2001).

A mensuração da qualidade de vida em pacientes com infarto agudo do miocárdio está mais relacionada com os benefícios do que com os possíveis prejuízos durante o desfecho e o tratamento. Conhecer o nível de adesão dos pacientes aos pilares da prevenção secundária é necessário para criar e fortalecer as estratégias e instrumentos de orientação de forma realista e assertiva que facilitem essa adesão e reduzam os fatores de risco para os eventos subsequentes que comprometam a qualidade de vida ou aumentem a taxa de mortalidade.

Este estudo traz uma contribuição significativa para a literatura, pois as doenças cardiovasculares, entre elas a síndrome coronariana aguda, são importantes causas de morbimortalidade no Brasil e no mundo. A implementação de medidas de prevenção secundária após um episódio de SCA é um passo fundamental para reduzir a incidência de eventos cardiovasculares subsequentes. Os achados desta investigação apresentam evidências sobre a importância da prevenção secundária e seu impacto.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Síndrome Coronariana Aguda

A síndrome coronariana aguda é um complexo de síndromes agudas associadas ao desequilíbrio entre a disponibilidade e exigência de oxigênio ao coração, resultando na isquemia miocárdica. Geralmente, possui vários desencadeantes, sendo o infarto a implicação típica da condição. As doenças cardiovasculares são as principais responsáveis por morbimortalidade mundial (AZEVEDO, 2021; CARVALHO, 2019).

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 instabilização da placa aterosclerótica é a principal característica fisiopatológica da SCA, já que envolve erosão ou ruptura e subsequente formação de trombo oclusivo ou suboclusivo. Mas existem outros mecanismos que limitam o fluxo, no entanto, como por exemplo vasospasmo, embolia ou dissecação coronariana. A anemia, hipertensão, taquicardia, cardiomiopatia hipertrófica, estenose aórtica, entre outras, são fatores que também podem influenciar na fisiopatologia da SCA. A oclusão total pode significar infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST. Já um vaso obstruído parcialmente pode significar um infarto sem supradesnivelamento do segmento ST ou até mesmo angina instável (KIMURA et al., 2019; LIBBY, 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; KOLODGIE et al., 2001; SOUZA et al., 2014).

2.1.1. Infarto Agudo Do Miocárdio

O infarto agudo do miocárdio destaca-se dentre as causas de mortes por doenças do aparelho circulatório, 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).

O infarto pode acontecer por contração da artéria em casos raros, interrompendo o fluxo de sangue ou por desprendimento de um coágulo origina do dentro do coração e que se aloja no interior dos vasos. O principal sintoma do Infarto é dor ou desconforto na região peitoral, podendo irradiar para as costas, rosto, braço esquerdo e, raramente, o braço direito. Esse desconforto costuma ser intenso e prolongado, acompanhado de sensação de peso ou aperto sobre tórax (GUMEDE et al., 2022).

A falta de irrigação sanguínea causa a necrose tecidual, que caracteriza o IAM que está presente nas emergências dos hospitais, representando um sério problema de saúde em função de sua alta taxa de morbimortalidade (SANTOS&CESÁRIO, 2019)

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).

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, quando controlados, 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

Os fatores de risco cardiovasculares podem ser classificados 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, 2022; CARVALHO et al., 2016; GUS et al., 2015; SILVEIRA et al., 2018).

Quando os fatores ocorrem simultaneamente, 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).

Dessa forma, o aumento de peso e gordura corporal é intensificado com hábitos de vida inadequados, favorecendo uma maior ocorrência de DM, aumento do risco de HAS e, conseqüentemente, de DCV (FERREIRA et al., 2018).

A dislipidemia juntamente com a hipertensão arterial, diabetes, tabagismo, entre outros fatores, estão associados com a agressão ao endotélio vascular e conseqüente 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 conseqüente melhora do perfil lipídico (FALUDI et al., 2017).

O risco relativo de IAM é aumentado duas vezes pelo consumo de tabaco. 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)

Várias ações educativas no âmbito da saúde pública têm sido aplicadas, considerando que muitos desses fatores são modificáveis e estão relacionados ao estilo de vida. 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).

Em um 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, LV et al, 2017).

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).

De acordo com um estudo 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 (BONOTTO et al, 2016).

2.3. Qualidade de vida

Qualidade de vida é uma medida cada vez mais utilizada. Após uma análise metódica, alguns autores chegaram à conclusão de que o questionário Short Form-36 (SF-36) é o instrumento mais adequado para medir a QVRS em pacientes cardiopatas. O SF-36 tem melhor validade de conteúdo no campo de doença cardíaca. Os instrumentos de qualidade de vida (QV), para o paciente infartado, possuem o objetivo de avaliar o efeito das doenças sobre o indivíduo em diversos aspectos, como as disfunções e os desconfortos físicos e emocionais, contribuindo na decisão, no planejamento e na avaliação de determinados tipos de tratamentos. Do mesmo modo, o valor real dos instrumentos é mostrar as mudanças significativas que possam ser representadas não somente estatisticamente, mas também clinicamente (FAILDE et al, 2009; RANJANDISH et al, 2019).

Quando se analisa os países desenvolvidos, as doenças cardiovasculares são consideradas a principal causa de óbito e são responsáveis por deixar limitações em pacientes sobreviventes a ela, o que repercute de forma considerável na qualidade de vida (QV), no prognóstico e na saúde deles.

A mensuração da qualidade de vida em pacientes com infarto do miocárdio está mais

relacionada com os benefícios do que com os possíveis prejuízos durante o desfecho e o tratamento. O que se deseja avaliar é o quanto o infarto impede ou dificulta a vida do paciente, especialmente, ao longo do tempo, pois desenvolvem mecanismos para tentar diminuir os desconfortos que o tratamento lhes ocasiona e, dependendo da intensidade, acabam por afetar o seu estilo de vida.

Após um evento agudo isquêmico, os pacientes, principalmente mais velhos, tendem a apresentar alterações no estilo de vida, mudanças estas que costumam a perdurar caso não haja intervenções adequadas (CAMPO et al., 2020).

Diante do exposto, uma das maneiras de reduzir a predisposição e/ou riscos para doenças por meio 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).

É importante avaliar a QV destes pacientes, para implementação de políticas preventivas e intervenções terapêuticas relacionadas ao IAM, e para transformar informações em conhecimento esta pode ser medida por instrumentos. Assim, indicadores de promoção à saúde nas mais variadas dimensões de um ser humano, são alcançados a partir destes parâmetros, traduzidas em domínios psicológico, econômico, espiritual, social e físico (ALVES; AERTS, 2011; RODRIGUES et al., 2015).

Existem vários 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; AERTS, 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).

O SF-36, apesar de ser um instrumento genérico de QV, possui uso difundido no Brasil, sendo um adequado parâmetro de avaliação. A aplicação do SF-36 em estudos com a finalidade de investigar a qualidade de vida de pacientes que sofreram IAM apresentaram resultados que contribuíram de forma positiva para intervenções (ANCHAH et al., 2017; DZUBUR et al., 2016, FIORIN, 2020). As doenças cardiovasculares provocam um impacto físico, psicoemocional e conseqüentemente 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).

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. A qualidade de vida também pode estar diretamente relacionada ao tipo de serviço assistencial à saúde que o indivíduo receba (CORRÊA et al., 2017; ALVES E AERTS; 2011).

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

- Avaliar, a longo prazo, a adesão à prevenção secundária e qualidade de vida de pacientes após síndrome coronariana aguda (SCA).

3.2. Objetivos específicos

- Avaliar a adesão à terapia medicamentosa em pacientes com SCA após 6 e 72 meses depois de um infarto agudo do miocárdio;
- Comparar a qualidade de vida de pacientes após 6 e 72 meses que sofreram um infarto agudo do miocárdio;
- Avaliar a prática de exercício físico de pacientes com SCA após 6 e 72 meses depois de um infarto agudo do miocárdio;
- Desenvolver uma cartilha educativa após coleta de dados.

4. MÉTODO

4.1. Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo transversal aninhado a uma coorte, de acompanhamento de pacientes que fazem parte de uma amostra abordada inicialmente no período entre Agosto de 2013 a Julho 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 com atendimento a pacientes do SUS (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 avaliação após 72 meses do evento inicial.

4.2. Amostra

A amostra foi composta por conveniência por pacientes que apresentaram o diagnóstico de SCA e concordaram em participar da pesquisa, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A). Por tratar-se de um estudo de acompanhamento de pacientes, não foi necessário coleta de assinaturas.

Os pacientes incluídos foram aqueles com quadro prévio de SCA, sendo elegíveis para o estudo quando apresentaram os sintomas compatíveis com: angina instável, IAM com supradesnivelamento do segmento ST (CSST) ou IAM sem supradesnivelamento do segmento ST (SSST). O diagnóstico era feito pela história clínica (com um início de sintomas consistentes com isquemia aguda nas 24 horas precedentes), aumento seriado nos marcadores de necrose cardíaca e confirmado por eletrocardiograma, ecodoplercardiograma ou cinecoronarioangiografia.

Na pesquisa anterior, 581 pacientes foram inseridos no estudo no momento da admissão hospitalar, com novas abordagens aos 30 (519 pacientes) e 180 dias (488 pacientes). Dados publicados (COSTA et al., 2019). No ano de 2020 houve uma nova abordagem aos pacientes, sendo possível localizar 209 indivíduos (dados não publicados).

Na presente pesquisa, a abordagem ocorreu por meio de ligações telefônicas de acordo

com lista prévia de acompanhamento dos últimos 209 pacientes, sendo que um deles foi excluído por estar hospitalizado e impossibilitado de responder aos questionamentos. Houve perda de acompanhamento por motivo de óbito (17), desconhecimento do paciente (26), telefones inválidos (113) e recusa (6), resultando em uma amostra final de 46 pacientes, como mostra a figura 1.

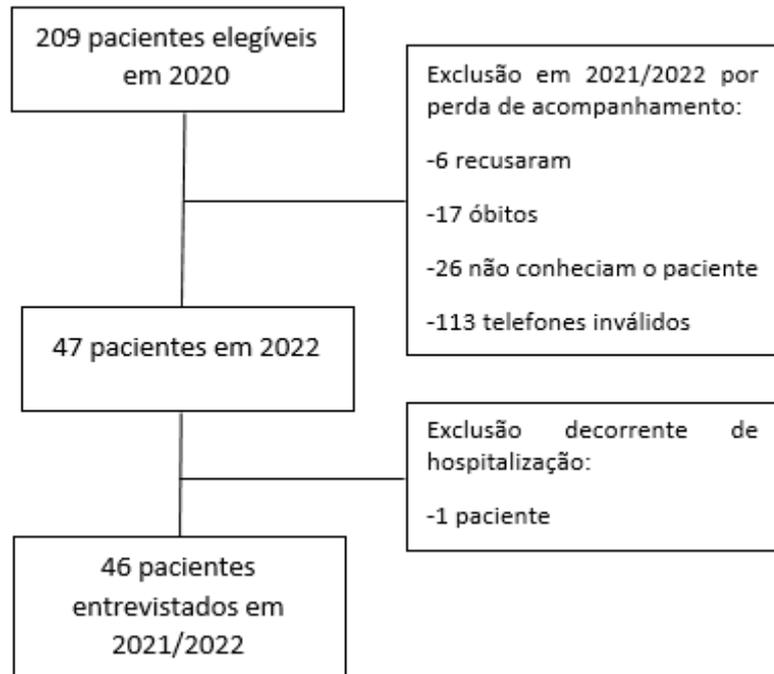


Figura 1. Fluxograma de seguimento dos pacientes com diagnóstico de Síndrome Coronariana Aguda atendidos nas Unidades de Referência em Cardiologia no Estado de Sergipe. Fonte: Pesquisadora, 2022

4.3. 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 e já faziam parte do estudo anterior.

4.4. Critérios de exclusão

Foram excluídos do estudo os pacientes que estavam hospitalizados, impossibilitados de responder os questionários, com telefones inválidos, que não conheciam o paciente, por motivo de óbito e aqueles que recusaram participar.

4.5. Variáveis analisadas

Para o presente estudo foram analisadas as seguintes variáveis:

- Por meio do questionário sobre tratamento medicamentoso/tabagismo (Apêndice A).
- ✓ Comorbidades: Dislipidemia; hipertensão arterial sistêmica; tabagismo; história familiar de DAC, insuficiência cardíaca, terapia de substituição renal;
- ✓ Tipo e classe atual de medicamentos em uso
- 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).

4.5.1. Avaliação do tratamento medicamentoso/tabagismo

Para avaliação no contexto do tratamento medicamentoso na prevenção secundária, foi utilizado a padronização de algumas classes de medicações com indicação A, segundo as Diretrizes especializadas, são elas: a) antitrombóticos: ácido acetilsalicílico (AAS) e/ou um inibidor P2Y₁₂ (Prazugrel, Ticagrelor ou Clopidogrel); b) β -bloqueadores; c) estatinas; d) inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA) / bloqueadores dos Receptores AT₁ (BRA) e antagonista de receptor da aldosterona (espironolactona) em caso de insuficiência cardíaca e/ou disfunção ventricular esquerda (PIEPOLI et al., 2016).

4.5.2. 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 questionados quanto à frequência da realização de atividade física através de entrevista feita por telefone. As perguntas feitas estavam relacionadas ao tempo utilizado fazendo atividades físicas na última semana. As respostas precisavam ser em frequência de dias e minutos gastos. As perguntas incluíram as atividades feitas no trabalho, para ir de um lugar a

outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das atividades em casa ou no jardim. Os questionamentos abrangeram atividades físicas vigorosas e moderadas. Sendo que as vigorosas são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar muito mais forte que o normal e as moderadas são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar um pouco mais forte que o normal. Os pacientes foram classificados em: ativo e sedentário (IPAQ, 2011; MATSUDO et al., 2001).

4.5.3. 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 questionário foi feito através de entrevista telefônica, seguindo lista prévia de pacientes já acompanhados. Foram feitas perguntas referentes a todos os domínios.

O SF-36 foi elaborado para ser um instrumento auto-administrável, mas pode ser aplicado no formato de entrevista. Visando uniformizar a conduta diante da variabilidade amostral, neste estudo, optou-se pelo recurso da entrevista por contato telefônico, sendo esta composta por pacientes de diferentes graus de escolaridade.

4.6. Desenvolvimento de Cartilha Educativa

A cartilha intitulada “Cartilha sobre Infarto Agudo do Miocárdio” foi elaborada pela autora deste estudo, composta por 9 textos em formato de poesias de literatura de cordel, com ilustrações e tabelas personalizadas para serem preenchidas pelo leitor, visando conectar a condição clínica com a realidade vivenciada pelo paciente. A cartilha foi desenvolvida com um conteúdo inédito e exclusivo, e foi enviada para os pacientes por meio digital após a coleta como forma de agradecimento por toda contribuição a pesquisa e incentivo a continuidade da

prevenção secundária.

4.7. Análise dos dados

A análise descritiva foi feita utilizando frequência simples e percentual para as variáveis qualitativas e média, desvio-padrão, mínimo e máximo para variáveis quantitativas. A comparação entre os diferentes momentos da pesquisa foi feita utilizando o teste de McNemar para as variáveis qualitativas e os testes de Wilcoxon para as variáveis quantitativas.

O teste de Shapiro-Wilks foi utilizado para verificar a aderência das variáveis quantitativas a distribuição Normal. O nível de significância adotado foi de 5% e o software utilizado foi o R Core Team na versão 4.2.0. A coleta de dados pode ser vista na figura 2.

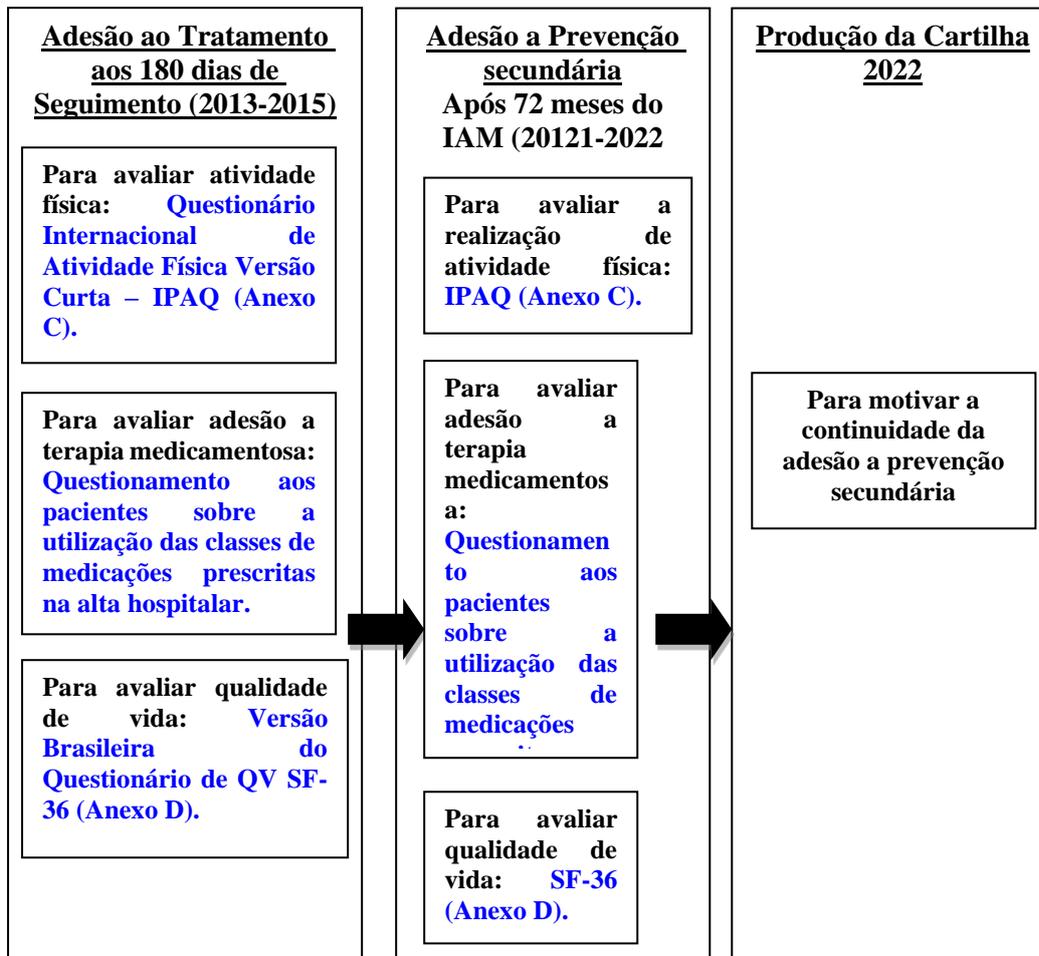


Figura 2. Fluxograma de coleta de dados. Fonte: Pesquisadora, Aracaju, Sergipe, 2022

4.8. Aspectos éticos

Por se tratar de um estudo de continuidade, este já havia sido 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 incluídos 46 pacientes no estudo. No geral, os resultados exibiram significativamente maior frequência de indivíduos do sexo masculino (63,04%), entre 60 a 69 anos (41,30%), atendidos pelo sistema privado (80,43%) com ensino médio completo (26,09%), negros (52,18%), como mostra a tabela 1.

Tabela 1: Caracterização da amostra dos pacientes após 72 meses da Síndrome Coronariana Aguda, Aracaju, Sergipe, 2022.

Variável/Categoria	Frequência (n)	Percentual
Faixa Etária		
50 a 59 anos	10	21,74
60 a 69 anos	19	41,30
70 a 79 anos	11	23,91
80 Anos ou +	6	13,04
Sexo		
Feminino	17	36,96
Masculino	29	63,04
Cor		
Branca	22	47,83
Negra	4	8,70
Parda	20	43,48
Tipo de Assistência		
Privado	37	80,43
Público	9	19,57
Escolaridade		
Fundamental I Incompleto	6	13,04
Fundamental II Incompleto	2	4,35
Fundamental I Completo	5	10,87
Fundamental II Completo	7	15,22
Ensino Médio Completo	12	26,09
Graduação Incompleta	3	6,52
Graduação	11	23,91

Na tabela 2 foi analisada a caracterização de hábitos de vida, condições clínicas e utilização de medicamentos pelos pacientes após SCA a longo prazo. No tocante aos fatores de risco a maioria é sedentário, possuem HAS e dislipidemia. Observa-se também que 27 (58,70%) fizeram angioplastia, 43 (93,48) não fumam e 4 (8,7%) tiveram AVC.

Ao avaliar o uso das classes de medicações, os resultados demonstram que 73,9% dos pacientes 72 meses após SCA está em uso de AAS e outras classes, 34,7% faz uso de IECA, 71,7% utiliza BRAIII, 69,5% dessa amostra faz uso de algum beta-bloqueador e 69,5% está em uso de estatina.

Tabela 2: Caracterização de hábito de vida, condições clínicas e utilização de medicamentos pelos pacientes com Síndrome Coronariana Aguda a longo prazo, Aracaju, Sergipe, 2022.

Variável/Categoria	Frequência	Percentual
Tabagismo		
Não	43	93,48
Sim	3	6,52
Hipertensão		
Não	4	8,70
Sim	42	91,30
Dislipidemia		
Não	11	23,91
Sim	35	76,09
Insuficiência Cardíaca		
Não	39	84,78
Sim	7	15,22
Angina de Peito		
Não	33	71,74
Sim	13	28,26
Angioplastia		
Não	19	41,30
Sim	27	58,70
Cirurgia de RM		
Não	36	78,26
Sim	10	21,74
AVC		
Não	42	91,30
Sim	4	8,70
Etilista		
Não	41	89,13
Sim	5	10,87
Antitrombóticos		
Não	12	26,09
Sim	34	73,91
IECA		
Não	30	65,22
Sim	16	34,78
BRAII		
Não	33	71,74
Sim	13	28,26
BETA-BLOQ		
Não	14	30,43
Sim	32	69,57
ESTATINA		
Não	14	30,43
Sim	32	69,57
IPAQ		
Ativo	12	26,09
Sedentário	34	73,91

* RM: Revascularização do Miocárdio/ AVC: Acidente Vascular Cerebral/ IECA: Inibidor da Enzima Conversora da Angiotensina/BRAlII: Bloqueadores de receptor da Angiotensina/ Beta-bloq: Beta-bloqueador/ IPAQ: *International Physical Activity Questionnaire*.

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 53,26 a 89,13. Nenhum dos domínios ficou abaixo de 50. As dimensões que apresentaram maiores médias foram: social e emocional (TABELA 3).

Nos resultados da Tabela 3 observa-se que nos domínios: dor, social e emocional houve significância. Assim, fica evidente uma melhora da qualidade de vida dos pacientes da amostra, independentemente do tipo de assistência, decorridos 72 meses após o último acompanhamento. Ainda verificou-se que alguns domínios não tiveram grandes mudanças mesmo depois de 72 meses.

Tabela 3: Comparação da qualidade de vida de pacientes aos 6 e 72 meses após SCA, Aracaju, Sergipe, 2022.

Domínios	6 meses	72 meses	P-valor
CF*	53,70 (32,29)	57,39 (21,65)	0,187
FÍSICO	55,43 (49,42)	53,26 (38,59)	0,704
DOR	61,74 (28,07)	72,22 (11,93)	0,030
SAÚDE	54,35 (21,87)	59,48 (16,21)	0,131
VITALIDADE	63,80 (24,09)	65,76 (11,35)	0,870
SOCIAL	67,93 (35,03)	82,34 (11,66)	0,032
EMOCIONAL	50,00 (50,55)	89,13 (22,29)	< 0,001
MENTAL	65,30 (21,15)	71,83 (8,17)	0,155

*CF: Capacidade Funcional

Ao considerar a adesão à prevenção secundária no que se refere ao estilo de vida e utilização das classes medicamentosas aos 6 e 72 meses após SCA, de acordo com a tabela 4, observou-se que 12 pessoas faziam uso de antitrombóticos aos 6 meses, mas atualmente não tem mais essa indicação, e 34 pessoas faziam uso antes e continuam fazendo uso.

Um resultado importante foi a quantidade de pessoas que saíram de ativos para sedentários (58,8%), além dos indivíduos que continuam sedentários (41,2%), sem nenhuma alteração mesmo depois de 72 meses.

Tabela 4: Estilo de vida e utilização das classes medicamentosas aos 6 e 72 meses após SCA, Aracaju, Sergipe, 2022.

Variável/Categoria	n (%)		P-valor
	Antitrombóticos (72 meses)		
Antitrombóticos (6 meses)	Não	Sim	
Não	0 (0,0)	0 (0,0)	0,001
Sim	12 (100,0)	34 (100,0)	
	BETA-BLOQ (72 meses)		
BETA-BLOQ (6 meses)	Não	Sim	
Não	0 (0,0)	1 (3,1)	0,002
Sim	14 (100,0)	31 (96,9)	
	ESTATINA (72 meses)		
ESTATINA (6 meses)	Não	Sim	
Não	1 (7,1)	2 (6,2)	0,010
Sim	13 (92,9)	30 (93,8)	
	IECA/BRA (72 meses)		
IECA/BRAIII (6 meses)	Não	Sim	
Não	3 (10,0)	2 (12,5)	<0,001
Sim	27 (90,0)	14 (87,5)	
	IPAQ (72 meses)		
IPAQ (6 meses)	Ativo	Sedentário	
Ativo	10 (83,3)	20 (58,8)	<0,001
Sedentário	2 (16,7)	14 (41,2)	
	Tabagismo (72 meses)		
Tabagismo (6 meses)	Não	Sim	
Não	43 (100,0)	3 (100,0)	0,248
Sim	0 (0,0)	0 (0,0)	

* Beta-bloq: Beta-bloqueador/ IECA: Inibidor da Enzima Conversora da Angiotensina/BRAIII: Bloqueadores de receptor da Angiotensina/ IPAQ: *International Physical Activity Questionnaire*.

Depois de toda aplicação dos questionários e análise, houve o desenvolvimento de uma cartilha educativa que foi enviada para os pacientes após a coleta. Esse material tende a ser transformador, podendo tirá-lo da zona de conforto, motivando-o a uma mudança de comportamento. Porém, este processo de mudança não ocorre somente na interação paciente-cartilha educativa, sugere-se que o impacto acontece também no meio familiar, na disseminação das boas práticas entre os familiares, amigos e conhecidos, visto que muitos são idosos e precisam de alguém para ajudá-los. O desenvolvimento de uma cartilha educativa voltada à saúde do paciente após síndrome coronariana aguda facilita o processo de aprendizagem servindo como estímulo para ampliar o olhar clínico e reforçar as orientações no período posterior à doença. Dessa forma, a sobrevida torna-se mais alcançável.

6. DISCUSSÃO

O presente estudo foi composto por uma amostra predominantemente hipertensa e dislipidêmica. Vale ressaltar que a presença deste fator juntamente com o sedentarismo classifica-se como fatores de risco modificáveis. Além destes, a maioria também se enquadra no perfil de não fumante.

Um estudo feito em 2018 corrobora com estes resultados, pois os pesquisadores encontraram prevalência de 83% de hipertensão em portadores de doença arterial coronariana e ainda uma reflexão: apesar da influência da hipertensão arterial sistêmica no desfecho das DCV, 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 (SILVEIRA et al., 2018).

O maior número de sedentários encontrados nos resultados podem estar relacionados ao envelhecimento nos diferentes sistemas do organismo que, de certa forma, diminuem a aptidão e o desempenho físico. A morbimortalidade dos pacientes é aumentada pela falta de atividade física, visto que a presença do exercício físico de forma regular reduz a incidência de HAS, obesidade, controle do perfil lipídico e conseqüentemente o risco de doença cardiovascular (CUNHA et al., 2016; CARVALHO et al., 2016; BARROSO, 2020; NASCIMENTO et al., 2017).

Estudos têm demonstrado que a redução da atividade física após a alta hospitalar foi associada a um maior risco de morte cardiovascular em pacientes com SCA. Além disso, diversas pesquisas têm mostrado que o aumento dos níveis de atividade física está associado a melhorias na qualidade de vida, redução dos fatores de risco cardiovascular e melhor prognóstico em pacientes com SCA, o que evidencia a necessidade de melhoria nesse aspecto. (GÓMEZ-MARÍN et al., 2021; D'ASCENZO et al., 2021).

É possível observar uma correlação significativa entre o infarto e o tabagismo. Os danos ao sistema cardiovascular aumentam com o decorrer dos anos de prática ao tabagismo. É evidente que ocorre a relação dose-resposta, a qual o risco é alto mesmo em baixos níveis de exposição. A morbimortalidade do IAM também possui um aumento significativo quando comparado a um grupo de pacientes tabagistas, sendo o tabaco um fator responsável por 18% das mortes mundiais por IAM (PINTO, 2015; SIMÃO et al., 2013; NARDIN et al., 2020).

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).

Desse modo, houve melhora na QV, principalmente, no domínio de mobilidade, atividades usuais e ansiedade/depressão. Estudos anteriores mostraram que o estresse psicológico e os problemas de saúde mental aumentam o risco de eventos de doença cardiovascular (DCV), como ataque cardíaco ou acidente vascular cerebral. Além disso, após eventos de DCV, a maioria dos pacientes relatam grande estresse. No entanto, os tratamentos psicológicos têm apenas efeitos modestos em pacientes com DCV. Por isso, tem-se argumentado que novos modelos conceituais são necessários para entender a etiologia do estresse e doenças mentais e problemas de saúde em pacientes com DCV. Portanto, este estudo incluiu uma revisão sistemática da literatura e um modelo conceitual sobre o papel do significado na vida para estresse psicológico, saúde mental e riscos CVD (VOS, 2021).

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 sofreu 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.

Diferente do encontrado, em um estudo que avaliou a qualidade de vida após a cirurgia de revascularização do miocárdio, 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. Um grande corpo de literatura mostra que, na população em geral, a falta de significado leva a qualidade de vida mais baixa, níveis mais altos de estresse e pior desempenho físico, saúde, como pressão arterial mais alta e sistema imunológico suprimido (VOS, 2021).

Em um estudo de 2021 os pesquisadores descobriram que as principais áreas afetadas pela SCA foram a saúde física, a saúde mental, a capacidade funcional e a capacidade de participação social. Outros estudos também têm sugerido que a SCA pode levar a problemas de saúde física a longo prazo, como dificuldades respiratórias e dor crônica, além de problemas de saúde mental, como depressão e ansiedade (KRISHNAMOORTHY et al., 2020, GOYAL et al., 2021).

Há muitas limitações que precisam ser consideradas quando observa-se a interpretação de resultados. Por tratar-se de uma amostra relativamente pequena, as conclusões tornam-se limitadas. A memorização dos pacientes é importante, visto que o questionário de investigação da qualidade de vida foi aplicado de forma retrospectiva. Adicionalmente, a utilização do instrumento genérico para medicação não está direcionada especificamente as doenças

cardíacas que são específicas do estudo.

7. CONCLUSÃO

Na presente investigação, observou-se que houve uma melhora da qualidade de vida dos pacientes da amostra, independentemente do tipo de assistência, decorridos 72 meses após o último acompanhamento.

Em relação ao uso de medicamentos nos pacientes, percebeu-se que houve uma adesão significativa, quanto a prática de atividade física, ficou evidente a necessidade de estratégias que melhorem essa motivação. Assim, ao final de um acompanhamento a longo prazo, percebeu-se ainda algumas limitações dos pacientes referente a informações relacionadas a adesão da prevenção secundária. Dessa forma, após a coleta de dados, sentiu-se a necessidade de criar uma cartilha educativa com uma linguagem mais simples e didática que foi enviada para os pacientes por meio digital, como forma de agradecimento por toda contribuição a pesquisa e incentivo a continuidade da prevenção secundária.

É válido ressaltar a importância deste estudo como estímulo para ampliar o olhar clínico para o período posterior à doença, pois em conjunto com as intervenções secundárias, a sobrevida pode ser aumentada. Ademais, espera-se que mais pesquisas possam ser realizadas e contribuam para apontar intervenções mais adequadas.

Considerando a perda de amostra, visto que é uma pesquisa de acompanhamento a longo prazo, ressalta-se que os resultados aqui apresentados são um corte com limitações. Portanto, verificou-se melhora na qualidade de vida e na adesão às medicações prescritas, com aumento no sedentarismo 72 meses após a síndrome coronariana aguda.

Por fim, a prevenção secundária após SCA é extremamente importante para reduzir o risco de eventos cardiovasculares futuros. Mudanças no estilo de vida, medicamentos prescritos e seguimento de rastreamento são fundamentais para garantir que os pacientes obtenham os melhores resultados possíveis.

REFERÊNCIAS

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- AZEVEDO, R. B. et al. Abordagem prática para síndrome coronariana aguda em pacientes com Covid-19. **International Journal of Cardiovascular Sciences**, n. 34, v.1, p. 89-98, 2021.
- 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.
- BARROSO et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol.* 2020; 116(3) 516-658.
- 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.
- 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.
- CAMPO, G., TONET, E., CHIARANDA, G. Et al. Exercise intervention improves quality of life in older adults after myocardial infarction: randomised clinical trial. **Heart**, n. 106, v. 21, 1658-1664. <http://dx.doi.org/10.1136/heartjnl-2019-316349>, 2020.
- 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. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br>, 2016.
- CARVALHO, L. C.; CAIADO, N. B. D. B. C.; SILVA, S. C. M. et al. Síndrome Coronariana Aguda: uma abordagem sobre seu impacto na cardiologia, *Research, Society and Development*, v. 11, n.9, 2022.
- CHINAIA, C.; JULIANO, Y.; DE ESTON ARMOND, J.; COLOMBO SOUZA, P. Fatores de risco

associados à prevenção secundária das doenças cardiovasculares: DOI: 10.15343/0104-7809.20184204958973. *O Mundo da Saúde*, v. 42, n. 4, p. 958-973, 1 dez. 2018.

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.

COSTA, I. M. N. B. C. et al; Diet quality of patients with acute coronary syndrome receiving public and private health care, *Nutrition*, v. 59, p. 131-137, 2019.

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.

D'ASCENZO, F., RUSSO, A., SHEIBAN, I., TAVAZZI, L., & GALIUTO, L. Prognostic implications of physical activity after hospital discharge in patients with acute coronary syndrome. *European Journal of Preventive Cardiology*, n. 28, v. 2, p. 255-264, 2021.

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.

FAILDE, I.; MEDINA, P.; , RAMIREZ, C.; ARANA, R., Assessing health-related quality of life among coronary patients: SF-36 vs SF-12, *Public Health*, n. 123, p. 615-617, 2009.

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.

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.

FIORIN, B. H. , MOREIRA, R. S. L., LOPES, A. B. , SIPOLATTI, W. G. R., FURIERI, L. B., FIORESI, M., et al. **Quality of life assessment after acute myocardial infarction.** Rev Rene. 2020; 21:e44265. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202144265>.

GÓMEZ-MARÍN, O., PÉREZ-GONZÁLEZ, J., & FERNÁNDEZ-ORTIZ, A. Physical activity and acute coronary syndrome: From risk factors to prognosis. *Revista Española de Cardiología*, n. 74, v.3, p. 194-203, 2021.

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.

GOYAL, D. et al. Quality of Life After Acute Coronary Syndrome: A Systematic Review. *International Journal of Cardiology*, v. 312, p.103-110, 2021.

GUMEDE, N. et al. Assessing the risk factors for myocardial infarction in diet-induced prediabetes: myocardial tissue changes. **BMC Cardiovascular Disorders.** v. 22, n. 350, p. 3-11, 2022. <https://doi.org/10.1186/s12872-022-02758-8>

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.

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.

HERDY, AH et al . Diretriz Sul-Americana de Prevenção e Reabilitação Cardiovascular. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo , v. 103, n. 2, supl. 1, p. 1-31, Aug. 2014 . Available from <http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2014003000001&lng=en&nrm=iso>.

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.

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>.

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.

KRISHNAMOORTHY, S. et al. Factors Influencing Quality of Life After Acute Coronary Syndrome: A Systematic Review. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, v. 35, n. 4, p.437-444, 2020.

LAWTON, J. S. et al. ACC/AHA/SCAI Guideline for Coronary Artery Revascularization: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. **Circulation.** v. 145, n. 3 p. 4-e17. doi: 10.1161/CIR.0000000000001039. 2021

LIBBY, P. Mechanisms of Acute Coronary Syndromes and Their Implications for Therapy, **N Engl J Med**, v. 368, n.21, p. 2004-2013, 2013.

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.

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.

MCDONAGH, T.A., et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. European Association of Preventive Cardiology (EAPC). *Eur. Heart J.* 2021, 42, 3599–3726.

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

MANNVERK, 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.

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.

NARDIN M. et al.; Impact of active smoking on the immature platelet fraction and its relationship with the extent of coronary artery disease. *European journal of clinical investigation*. 2020; 50(2) 13181.

NARULA, J.; NAKANO, M.; VIRMANI, R.; KOLODGIE, 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.

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.

Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). **Doenças Cardiovasculares**, 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/>. Acessado em 27 de julho de 2022.

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.

PIEPOLI, M. F.; HOES, A. W.; AGEWALL, S. et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts). Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). **Eur Heart J** v. 37, n. 29, p. 2315–2381, 2016.

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.

RANJANDISH, F.; MAHMOODI, H.; SHAGHAGHI, A. Psychometric responsiveness of the health-related quality of life questionnaire (HeartQoL-P) in the Iranian post-myocardial infarction patients. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 17, n. 10. Disponível em: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-018-1075-8#citeas>. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-1075-8>, 2019.

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. S. S., CESÁRIO, J. M. S. Atuação da enfermagem ao paciente com infarto agudo do miocárdio (IAM). São Paulo: **Revista Recien**. v. 9, n. 27, p. 62-72, 2019.
- 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, 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.
- SOLOMON, M.D.; LEONG, T.K.; LEVIN, E.; RANA, J.S.; JAFFE, M.G.; SIDNEY, S.; GO, A.S. Cumulative adherence to secondary prevention guidelines and mortality after acute myocardial infarction. **Journal of the American Heart Association**, v. 9, n. 6, p. 1-13, 2020.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- TSOI, K. K., CHEONG, Y., & TAN, H. C. Secondary prevention of coronary artery disease:

An update. **Annals of the Academy of Medicine**, Singapore, v. 49, n. 12, p. 810-815, 2020.

VOS, J.; Cardiovascular disease and meaning in life: A systematic literature review and conceptual model. **Palliative and Supportive Care**, p. 1–10. Disponível em: <<https://doi.org/10.1017/S1478951520001261>>.2021

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. 2022.

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

ANEXO A



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 Prof^o 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:** _____

APÊNDICE A

	ADESÃO A PREVENÇÃO SECUNDÁRIA E NÍVEL DE QUALIDADE DE VIDA APÓS SÍNDROME CORONARIANA AGUDA A LONGO PRAZO
---	---

COD: _____

QUESTIONÁRIO SOBRE TRATAMENTO MEDICAMENTOSO/TABAGISMO

Nome: _____

1. Tabagismo: () Sim () Não () Já fumou, mas parou		
2. Tem hipertensão?	Sim ()	Não ()
3. Faz tratamento regular para hipertensão	Sim ()	Não ()
4. Tem dislipidemia?	Sim ()	Não ()
5. Faz tratamento regular para dislipidemia?	Sim ()	Não ()
6. História familiar de DAC precoce? / H<55 E M<65	Sim ()	Não ()
7. DAC prévia?	Sim ()	Não ()
8. Insuficiência Cardíaca	Sim ()	Não ()
9. Doença renal crônica?	Sim ()	Não ()
10. Terapia de substit renal (diálise) ?	Sim ()	Não ()
11. Doença vascular periférica?	Sim ()	Não ()
12. Angina de Peito?	Sim ()	Não ()
13. Angioplastia percutânea prévia?	Sim ()	Não ()
14. Cirurgia de RM prévia?	Sim ()	Não ()
15. AVC prévio?	Sim ()	Não ()
16. Etilista?	Sim ()	Não ()

17. MEDICAÇÕES EM USO () ASS () Clopidogrel () Prasugrel () Ticagrelor () Ticlopidina () IECA () BRAII () Beta-Bloqueador () Estatina () Bloqueador de Ca ⁺⁺ () Nitrato () Insulina () Outros Quais? _____ 18. Os medicamentos foram compradas? () Sim () Não 19. Alguém ajuda a comprar os medicamentos? () Sim () Não 20. Recebeu medicações de algum lugar () Sim () Não
--

ANEXO B

	ADESÃO A PREVENÇÃO SECUNDÁRIA E NÍVEL DE QUALIDADE DE VIDA APÓS SÍNDROME CORONARIANA AGUDA A LONGO PRAZO
---	---

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 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 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 sentando 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 C

	ADESÃO A PREVENÇÃO SECUNDÁRIA E NÍVEL DE QUALIDADE DE VIDA APÓS SÍNDROME CORONARIANA AGUDA A LONGO PRAZO
---	---

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 sentido 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	<p>A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7</p> <p>Se 7 = 1 e se 8 = 1, o valor da questão é (6)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 1, o valor da questão é (5)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 2, o valor da questão é (4)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (3)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 4, o valor da questão é (2)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (1)</p> <p>Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte:</p> <p>Se a resposta for (1), a pontuação será (6)</p> <p>Se a resposta for (2), a pontuação será (4,75)</p> <p>Se a resposta for (3), a pontuação será (3,5)</p> <p>Se a resposta for (4), a pontuação será (2,25)</p> <p>Se a resposta for (5), a pontuação será (1,0)</p>	

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:

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

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)

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

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

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.

ANEXO D

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE
ARACAJÚ/ UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SERGIPE/ HU-



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO E MUDANÇAS DE ESTILO DE VIDA EM PORTADORES DE SÍNDROME CORONARIANA AGUDA

Pesquisador: Ingrid Maria Novais Barros de Carvalho Costa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 15868513.8.0000.5546

Instituição Proponente:

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 302.544

Data da Relatoria: 07/06/2013

Apresentação do Projeto:

Projeto apresentado de acordo com a Plataforma Brasil.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Secundário:

- Conhecer o perfil sócio-econômico dos pacientes atendidos nas unidades hospitalares de referência em cardiologia. - Identificar a presença de fatores de risco relacionados à doença cardiovascular (hipertensão arterial sistêmica, diabetes, dislipidemia, obesidade, sedentarismo, tabagismo, etilismo). - Analisar o perfil antropométrico dos pacientes. - Analisar o consumo alimentar dos pacientes. - Identificar os níveis séricos de colesterol total, triglicérides, HDL-colesterol, LDL-colesterol, glicemia de jejum e da pressão arterial. - Avaliar o nível de realização de atividade física dos pacientes. - Verificar após a alta hospitalar o nível de adesão dos pacientes às orientações (dietéticas, prática de atividade física e uso de medicamentos) realizadas pelas equipes dos principais hospitais de referência em cardiologia aos 30 e 180 dias após o evento de SCA. - Identificar a ocorrência de eventos cardiovasculares (Readmissão por causa cardíaca, IAM, acidente vascular cerebral (AVC), morte cardiovascular) decorridos 180 dias do evento agudo.

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)2105-1805

E-mail: cephu@ufs.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE
ARACAJÚ/ UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SERGIPE/ HU-



Continuação do Parecer: 302.544

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Não existirão riscos adicionais aos pacientes, uma vez que não serão realizados procedimentos invasivos. A coleta de dados ocorrerá por meio de entrevistas, exame físico (pesagem e medição com fita métrica) e informações do prontuário dos pacientes.

Benefícios: A partir dos resultados dessa pesquisa será possível verificar a adesão dos pacientes às orientações de mudanças de estilo de vida e tratamento medicamentoso realizadas pelas equipes dos hospitais na alta hospitalar. Esses dados servirão de subsídio para traçar estratégias públicas de saúde, no sentido de prevenir eventos secundários nos pacientes com SCA.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante sobre as doenças cardiovasculares (DCV): principal causa de morbimortalidade no mundo. Com a hipótese de que o conhecimento sobre o nível de adesão às orientações para tabagismo, consumo dietético, realização de atividade física e a prescrição medicamentosa após a alta hospitalar em pacientes que apresentaram o quadro de Síndrome Coronariana Aguda, servirá de base para traçar estratégias de políticas públicas de saúde para o controle de fatores de risco e na prevenção de eventos cardiovasculares subsequentes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos Adequados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

UF: SE

Telefone: (79)2105-1805

Município: ARACAJU

CEP: 49.060-110

E-mail: cephu@ufs.br

Página 02 de 03

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE
ARACAJÚ/ UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SERGIPE/ HU-



Continuação do Parecer: 302.544

ARACAJU, 12 de Junho de 2013

Assinador por:
Anita Hermínia Oliveira Souza
(Coordenador)

APÊNDICE B

Cartilha sobre Infarto Agudo do Miocárdio



Prevenção secundária do fundo do coração

Edição Cardiologia e Poesia, n° 1

Suelen Santos

Ilustrações: Kenneth Lincoln

Índice

Apresentação.....	4
Infarto Agudo do Miocárdio.....	5
Fatores de Risco.....	7
Prevenção Secundária.....	9
Alimentação Saudável.....	11
Qualidade de Vida.....	13
Alcoolismo e Tabagismo.....	14
Atividade Física.....	15
Medicamentos.....	19
Orientações ao Cardíaco.....	22

Apresentação

A iniciativa de elaborar esta cartilha surgiu durante a coleta de dados de uma pesquisa de acompanhamento com infartados. O principal objetivo é promover a informação de forma lúdica e didática para esses pacientes.

Orientar pessoas através de poemas é um desafio gratificante e muito prazeroso, visto que foi possível unir duas paixões: cardiologia e poesia.

Que esta cartilha possa trazer mudanças saudáveis e que esta leitura seja feita do fundo do seu coração.

Com muita estima, *Suelen Santos*

4

Infarto Agudo do Miocárdio

O que é que é infarto?
Pra você que quer saber:
É aquela dor no peito
Que não dá pra descrever
Sensação é tão ruim
Parece que vai morrer.
O aperto no coração
É artéria entupindo
Pode doer braço esquerdo
Até quando tá dormindo
Ombro, pescoço, mandíbula
Ou azia persistindo.



5

Alguns tem uma suadeira

Tontura ou mal estar

Pode ter ansiedade,

Cansaço, falta de ar,

Desmaio ou confusão,

Vontade de vomitar.

Conhecido popularmente como ataque cardíaco, é um processo de morte do tecido

(necrose) de parte do músculo cardíaco por falta de oxigênio, devido à obstrução da

artéria coronária. Adotar medidas de promoção juntamente com hábitos de vida saudáveis para prevenção das doenças cardiovasculares é de fundamental importância.

6

Fatores de Risco

E quem pode ter infarto?
 Todo mundo, na verdade!
 Mas uns fatores de risco
 Aumentam a gravidade:
 Fumar ou ter diabetes,
 Genética, obesidade.
 Alcoolismo é perigoso
 Nada de se estressar,
 É bom parar um momento
 Para poder relaxar,
 Triglicérides elevados
 Também tem que avaliar.



7

Ser homem ou sedentário,
 Não cuidar da alimentação,
 Aumento abdominal,
 Colesterol, Hipertensão.
 Só checar se tem algum,
 Previna com atenção!

O que eu tenho?

Pressão alta () Alcoolismo () Fuma ()
 Triglicérides/colesterol elevados ()
 Diabetes () Estresse ()
 Obesidade () Sedentário ()

Há vários fatores de risco que são modificáveis e estão totalmente ligados ao estilo de vida, como atividade física, hábitos alimentares, sono, estresse e relacionamento com amigos e familiares.

8

Prevenção Secundária

Depois do primeiro infarto
 Continue a prevenção:
 Medicamentos, exercícios
 E claro: Alimentação!
 Essas são as medidas
 Para a manutenção.
 É um reaprendizado
 Do estilo de vida total,
 Mas se cuidar direitinho
 Pode ter vida normal
 Vai depender de você:
 Mudança é opcional.



9

Lista de alimentos que estou comendo:

10

Alimentação Saudável

Algo muito importante
É cuidar do coração
E o que faz a diferença
É a alimentação
Comer frutas e verduras
Controlar gordura e pão.
Nada de bacon, toucinho,
Álcool, frutos do mar,
Salgados ou enlatados,
Frituras tem que evitar
Carne gorda ou muito sal
Manteiga é bom parar.



11

Diminuir o açúcar

E comida processada
Preferir os desnatados,
Peixes, carne grelhada
O importante é manter
Uma dieta regrada.

A alimentação é um dos principais fatores que contribuem para o risco de infarto agudo do miocárdio, como também outras doenças cardiovasculares. A hiperlipidemia (aumento de gorduras no sangue) aumenta a possibilidade do desenvolvimento da aterosclerose, dessa forma é importante atentar para o consumo de gorduras (triglicérides e colesterol).

12

Qualidade de Vida

Como está sua saúde? Ruim, boa ou excelente?
Como estão os sentimentos?
Está triste ou contente?
Toma banho sozinho?
Você é independente?
A qualidade de vida, do paciente infartado
É de extrema importância, para um bom resultado
Ter momentos com a família, andar menos
estressado.
A dor é inevitável, sofrimento opcional
Energia ao acordar
É sempre fundamental
E quando não encontrar
Lembre-se que és especial!

13

Tabagismo e Alcoolismo

Qualquer vício é difícil
Quando se quer parar
E esses dois maus hábitos
Só fazem atrapalhar
Beber álcool em excesso
E também o de fumar.
Então um passo importante
É não fumar nem beber
Pois é fator de risco
Para outro infarto ter
É preciso persistir
E esses vícios vencer.



14

Atividade Física

Outra orientação
 É sempre se exercitar
 Uma pequena rotina
 É importante criar:
 Ginástica, academia,
 Ou apenas caminhar.
 Sedentarismo atrapalha
 Aumenta peso corporal,
 Contribui para obesidade
 Que é prejudicial
 A atividade física
 É super fundamental



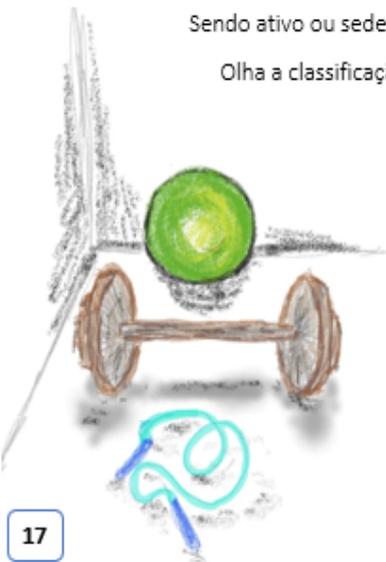
15

Anote sua rotina de exercícios abaixo:

Início: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
Domingo				
Segunda				
Terça				
Quarta				
Quinta				
Sexta				
Sábado				

16

Atividades Vigorosas
 Forçam a respiração
 Atividades moderadas
 Um pouco menos ação
 Sendo ativo ou sedentário
 Olha a classificação.



17

- MUITO ATIVO:** aquele que cumpriu as recomendações de: a) VIGOROSA: 5 dias ou mais durante a semana e 30 minutos ou mais por sessão b) VIGOROSA: 3 dias ou mais por semana e 20 minutos ou mais por sessão + MODERADA e/ou CAMINHADA: 5 dias ou mais por semana e 30 minutos ou mais por sessão. **2. ATIVO:** aquele que cumpriu as recomendações de: a) VIGOROSA: 3 dias ou mais por semana e 20 minutos ou mais por sessão; ou b) MODERADA ou CAMINHADA: 5 dias ou mais por semana e 30 minutos ou mais por sessão; ou c) Qualquer atividade somada: 5 dias ou mais por semana e 150 minutos ou mais por semana (caminhada + moderada + vigorosa).
- IRREGULARMENTE ATIVO:** aquele que realiza atividade física, porém insuficiente para ser classificado como ativo pois não cumpre as recomendações quanto à frequência ou duração.
- SEDENTÁRIO:** aquele que não realizou nenhuma atividade física por pelo menos 10 minutos contínuos durante a semana.

18

Medicamentos

Tomar o que é prescrito
 É mais que obrigação
 Etapa fundamental
 Pra cuidar do coração
 Anote os medicamentos
 Preste muita atenção!
 Nada de esquecer,
 Coloque no despertador
 Nada de pular um dia
 Para não ter nenhuma dor
 Nada de tomar a mais
 Nem acrescentar nem pôr.



19

Meus comprimidinhos:

	Manhã	Tarde	Noite
			
Medicamento			

20

Orientações ao Cardíaco

Ir ao cardiologista,
 Com frequência regular
 Fazer todos os exames
 Que o médico solicitar
 Seguir as recomendações
 É preciso se cuidar.
 É necessário também
 Ficar de olho na pressão
 Ter um aparelho em casa
 E medir com atenção
 E nunca se esquecer
 De tomar a medicação.

21

Minhas consultas

Mês	Consulta	Retorno
Janeiro	Data: __/__/__	Data: __/__/__
Fevereiro	Data: __/__/__	Data: __/__/__
Março	Data: __/__/__	Data: __/__/__
Abril	Data: __/__/__	Data: __/__/__
Maiο	Data: __/__/__	Data: __/__/__
Junho	Data: __/__/__	Data: __/__/__
Julho	Data: __/__/__	Data: __/__/__
Agosto	Data: __/__/__	Data: __/__/__
Setembro	Data: __/__/__	Data: __/__/__
Outubro	Data: __/__/__	Data: __/__/__
Novembro	Data: __/__/__	Data: __/__/__
Dezembro	Data: __/__/__	Data: __/__/__

22

Referências

ANDRADE, L. C. V., **Infarto Agudo no Miocárdio**, Boas Práticas Clínicas em Cardiologia, Hospital do Coração, Disponível em: <http://cardiol.br/boaspraticasclinicas/ferramentas/paciente/modelo-bpc/FolhetoIAM_2.pdf>.

CUNHA, E. F. D. et al. **Avaliação do estilo de vida de pacientes com infarto agudo do miocárdio admitidos em uma unidade coronariana**, Revista da Sociedade Brasileira da Clínica Médica. v. 14, n. 1, p. 18-21, 2016.

MATSUBO, S. et al. **Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil**. Rev. Bras. Ativ. Saúde, Rio Grande do Sul, v. 2, n. 6, p. 5-12, 2001.

NICOLAU, J. C. et al. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST – 2021**. Arq Bras Cardiol, DOI: 10.36660/abc.20210180, 2021.