

Erikson Custódio Alcântara

**QUALIDADE DE VIDA APÓS INFARTO AGUDO DO
MIOCARDIO: AVALIAÇÃO COM OS QUESTIONÁRIOS
MAC NEW QLMÍ E SF-36**

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Ciências da Saúde da
Faculdade de Medicina da Universidade
Federal de Uberlândia, como parte das
exigências para obtenção do Título de
Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Elmiro Santos Resende

Faculdade de Medicina

Universidade Federal de Uberlândia

Uberlândia-MG

2005

Erikson Custódio Alcântara

**QUALIDADE DE VIDA APÓS INFARTO AGUDO DO
MIOCARIDO: AVALIAÇÃO COM OS QUESTIONÁRIOS
MAC NEW QLMI E SF-36**

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Ciências da Saúde da
Faculdade de Medicina da Universidade
Federal de Uberlândia, como parte das
exigências para obtenção do Título de
Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Elmiro Santos Resende

Faculdade de Medicina

Universidade Federal de Uberlândia

Uberlândia-MG

2005

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborado pelo Sistema de Bibliotecas da UFU / Setor de
Catalogação e Classificação

A347q Alcântara, Erikson Custódio, 1974-

Qualidade de vida após infarto agudo do miocárdio :
avaliação com os
questionários Mac New QLMI e SF-36 / Erikson Custódio
Alcântara. - Uberlândia, 2005.

105f. : il.

Orientador: Elmiro Santos Resende.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de
Uberlândia, Pro-grama de Pós-Graduação em Ciências da
Saúde.

Inclui bibliografia.

1. Enfarte do miocárdio - Teses. 2. Qualidade de vida -
Teses. I. Resende, Elmiro Santos. II. Universidade Federal de
Uberlândia. Progra-
ma de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. III. Título.

CDU: 616.127-

005.8(043.3)

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Orientador: Prof. Dr. Elmiro Santos Resende

COORDENADOR DO PROGRAMA

Prof. Dr. Miguel Tanus Jorge

UBERLÂNDIA – MG

2005

Dedicatória

Dedico este trabalho às três pessoas mais importante de minha vida: Luiza, Romes e Lindemberg, por entenderem meus momentos de ausência em suas vidas, pelo incentivo, dedicação, aprovação e compreensão.

A vocês, meu eterno respeito e gratidão.

Agradecimentos

Ao Prof. Dr. Elmiro Santos Resende,
meu orientador, por sua presença, orientação, apoio e estímulo.

Aos acadêmicos Aécio de Barros S. Junior, Elisa
T. Rodrigues e Iraides Moraes Oliveira,
por sua contribuição nesse trabalho.

À fisioterapeuta Ms. Vanessa Silva Lemos pela ajuda.

À Prof. Ms. Ivani de Oliveira N. Lopes pelos
ensinamentos e grande contribuição na análise estatística.

Aos Professores Drs. Miguel Tanus Jorge
e Lindioneza Adriano Ribeiro, pela luta do crescimento
científico da nossa Universidade.

As secretárias Arina Maria França, Ieda Borges A. Rodrigues,
Sidelma Ap. Gonçalves Dias e Elaine de F. Silvério pela ajuda e apoio.

Ao setor de nosologia, em especial à Regis Cristina F. Costa,
por contribuir com o trabalho.

À Prof^ª. Dr^ª. Maria de Fátima R. da Silva pela ajuda.

Ao amigo Marcelo Martins Lima por sua contribuição
em todas as etapas desse trabalho.

Sumário

Resumo

Abstract

1. Introdução.....	13
2. Revisão da literatura.....	16
2.1 Fatores de risco da doença aterosclerótica precoce.....	16
2.2 Qualidade de vida.....	22
2.3 Mensurar qualidade de vida para cardiopatas.....	23
2.4 Descrição de um questionário de qualidade de vida específico.....	26
2.5 Descrição de um questionário de qualidade de vida genérico – SF-36.....	27
3. Objetivo.....	29
3.1 Objetivo geral.....	29
3.2 Objetivo específico.....	29
4. Casuística e métodos.....	30
4.1 Tipo de estudo.....	30
4.2 Local do estudo.....	30
4.3 Período do estudo.....	30
4.4 Caracterização da população.....	30
4.5 Critérios de inclusão.....	32
4.6 Critérios de exclusão.....	32
4.7 Aspectos éticos da pesquisa.....	33
4.8 Procedimentos de coleta de dados.....	33
4.9 Instrumento para coleta de dados.....	34
4.10 Organização dos dados para análise.....	34
5. Resultados.....	36
6. Discussão.....	62
6.1 Qualidade de vida após o infarto agudo do miocárdio.....	65
6.2 Qualidade de vida e fatores de risco para doenças cardiovasculares.....	67
6.3 Qualidade de vida e tratamento instituído.....	79

7. Conclusão.....	81
Referências.....	82
Anexos.....	90
• Anexo I – Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa.....	91
• Anexo II – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	92
• Anexo III – Questionário de qualidade de vida Mac New QLMI.....	93
• Anexo IV – Questionário de qualidade de vida SF-36.....	101
• Anexo V – Ficha de coleta de dados sócio-demográficos e clínicos.....	105

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das frequências absolutas e percentuais de sexo da amostra estudada...	36
Tabela 2 - Média e desvio padrão das idades, da amostra estudada.....	36
Tabela 3 - Distribuição dos fatores de risco da amostra estudada, de acordo com dados da ficha sócio demográfica e clínico.....	40
Tabela 4 - Distribuição da frequência de pacientes operados.....	43
Tabela 5 – Distribuição de frequência do escore físico do questionário Mac New QLMI.....	45
Tabela 6 – Distribuição de frequência do escore emocional do questionário Mac New QLMI.....	46
Tabela 7 – Distribuição da frequência do escore social do questionário Mac New QLMI.....	46
Tabela 8 – Distribuição de frequência do escore total do questionário Mac New QLMI.....	47
Tabela 9 – Distribuição de frequência do escore físico do questionário SF-36.....	47
Tabela 10 – Distribuição de frequência do escore emocional do questionário SF-36.....	48
Tabela 11 – Distribuição de frequência do escore social do questionário SF-36.....	48
Tabela 12 – Distribuição de frequência do escore total do questionário SF-36.....	49
Tabela 13 - Distribuição dos valores médios de cada domínio dos questionários Mac New QLMI e SF-36.....	49

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição percentual da amostra estudada.....	37
Figura 2 – Distribuição da frequência de renda da amostra estudada.....	37
Figura 3 – Distribuição percentual de acordo com a cor da pele.....	38
Figura 4 – Distribuição da frequência de profissões de acordo com a amostra estudada.....	38
Figura 5 – Distribuição percentual dos entrevistados de acordo com o grau de instrução.....	39
Figura 6 – Distribuição percentual dos entrevistados de acordo com o estado civil.....	39
Figura 7 – Distribuição percentual dos entrevistados de acordo com o tempo de tabagismo em anos.....	41
Figura 8 – Distribuição da amostra estudada de acordo com a frequência semanal de atividade física.....	41
Figura 9 – Distribuição da frequência da amostra estudada de acordo com a parede infartada.....	42
Figura 10 – Distribuição do número de cateterismo.....	43
Figura 11 – Distribuição do número de anastomoses.....	44
Figura 12 – Distribuição do número de angioplastia percutânea.....	45

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Matriz de correlação dos escores entre os questionários SF-36 e Mac New QLMI.....	50
Quadro 2 – Matriz de correlação de Pearson e Kendall dos escores medidos pelo questionário Mc New QLMI, com o tratamento instituído.....	51
Quadro 3 – Coeficiente η , das relações entre os fatores de risco e os escores.....	53
Quadro 4 – Correlação entre os escores físico, emocional, social e total do Mac New QLMI com a parede infartada.....	54
Quadro 5 – Correlação de Pearson da idade, tempo de tabagismo e tempo de infarto com os escores do questionário Mac New QLMI.....	54
Quadro 6 – Análise de variância do escore total, considerando-se os gêneros como fator de variação.....	55
Quadro 7 – Análise de variância do escore total, considerando o tratamento como fator de variação.....	56
Quadro 8 – Matriz de correlação de Pearson e de Kendall dos escores medidos pelos questionário SF-36, com tratamento instituído.....	57
Quadro 9 – Coeficiente η das relações entre os fatores de risco e os escores físico, emocional, social e total do SF-36.....	58
Quadro 10 – Correlação entre os escores físico, emocional, social e total do SF-36, com a parede infartada.....	59
Quadro 11 – Correlação de Pearson da idade, tempo de tabagismo e tempo de infarto com os escores de qualidade de vida.....	59
Quadro 12 – Análise de variância do escore total, considerando-se os gêneros como fator de variação.....	60
Quadro 13 – Análise de variância do escore total, considerando-se os tratamentos instituídos como fator de variação.....	61

LISTA DE ABREVIATURAS

ANAVA	Análise de Variância
CKmb	Creatinofosfoquinase
DAC	Doença Arterial Coronariana
DM	Diabetes Mellitus
ETA	Coefficiente de correlação estatístico - η
FRICAS	Fatores de Risco para Insuficiência Coronariana na América do Sul
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HC	Hospital de Clinicas
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
MRFIT	Multiple Risk Factor Intervention Trial
QLMI	Quality of Life after Myocardial Infarction (Mac New)
QM	Quadrado médio
QV	Qualidade de Vida
SF-36	Nottingham Health Profile
SQ	Soma dos quadrados
SUS	Sistema Único de Saúde
UFU	Universidade Federal de Uberlândia
USCAS	Comitê de Epidemiologia da União das Sociedades de Cardiologia da América do Sul
WHO	World Health Organization

RESUMO

ALCÂNTARA, E. C. **Qualidade de vida após infarto agudo do miocárdio: avaliação com os questionários Mac New QLMI e SF-36.** 105f. 2005. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia, 2005.

O infarto agudo do miocárdio (IAM) é uma doença que resulta quase sempre da aterosclerose coronariana, a qual funciona como substrato anatômico capaz de desencadear o fenômeno trombótico e causando desequilíbrio súbito entre a oferta e o consumo de oxigênio pelo miocárdio. No Brasil, anualmente, a incidência é de 300 a 350 mil casos de IAM e cerca de 214 mil evoluem para o óbito. A qualidade de vida ligada à saúde diz respeito ao grau de limitação e desconforto que uma determinada doença ou tratamento relacionado a ela acarretam ao paciente e à sua vida. Trata-se de um conceito que traz consigo uma elevada carga de subjetividade e de variáveis sociais e culturais. Os chamados questionários genérico e específico, são instrumentos utilizados para medir qualidade de vida. O objetivo deste estudo é correlacionar a qualidade de vida avaliada em pacientes após infarto agudo do miocárdio, por meio dos questionários Mac New QLMI e SF-36, associando os escores dos domínios físico, emocional e social com o tratamento instituído, fatores de risco e tempo decorrido desde o infarto. Foram estudados 96 pacientes, sendo 25 do sexo feminino e 71 do sexo masculino, com idade média de $54,3 \pm 5,9$, com episódio de IAM que ocorreu entre 3 a 18 meses antes da aplicação dos questionários. Os pacientes foram selecionados no período de dezembro de 2003 a janeiro de 2004 via serviço de arquivo médico do Hospital de Clínicas de Uberlândia/UFU. Foram utilizados os questionários de QV Mac New QLMI, um instrumento específico, e o SF-36, um instrumento genérico. Os dados foram analisados por técnicas descritivas e a correlação dos escores de cada domínio dos questionários foi avaliada no grupo aplicando-se análise de variância. Os resultados demonstram que: a) os escores dos domínios físico e social têm alta correlação entre os questionários. b) a realização do cateterismo cardíaco é o único procedimento instituído que se correlaciona com todos os domínios do questionário específico. c) a correlação entre a presença dos fatores de risco, *diabetes mellitus* e dislipidemia, com a QV são os que se destacam significativamente ($p < 0,01$) para ambos os questionários. Outros fatores de risco como hipertensão arterial, tabagismo, depressão/ansiedade e estresse apresentam correlação significativa, ($p < 0,01$), apenas para o questionário genérico SF-36. Na amostra estudada não há diferença significativa nos escores dos domínios dos questionários quando correlacionados com o índice de QV até os 18 meses após IAM. Concluímos que a não realização do cateterismo e a presença de *diabetes mellitus* e dislipidemia contribuem, de forma significativa, para redução na percepção da qualidade de vida dos indivíduos entrevistados. As alterações mais importantes encontradas neste grupo são referentes aos escores físico e social em ambos os questionários.

Palavras chave: Qualidade de vida, infarto agudo do miocárdio, Mac New QLMI e SF-36.

ABSTRACT

ALCÂNTARA, E. C. **Quality of Life after Acute Myocardial Infarction: Evaluation with the MacNew QLMI and SF-36 questionnaires.** 105f. 2005. Dissertation (masters). College of medicine, Federal University Uberlândia, 2005.

The acute myocardial infarction (AMI) is a disease that commonly results of the coronary atherosclerosis, which serves as anatomical substrate for the development of the thrombosis, causing a sudden unbalance between the oxygen supply and myocardial oxygen consumption. In Brazil, approximately 300 – 350 one thousand case of AMI accounts for 214,000 deaths annually. Health-related quality of life refers to the limitation and discomfort degree that a certain disease or treatment related to it affects the patient life. It is a concept with high influence of subjectivity and social or cultural variables. The so-called generic and specific questionnaires are instruments used to measure life quality. The aim of this study was to correlate the quality of life after acute myocardial infarction through the MacNew QLMI and SF-36 questionnaires, by associating the scores of the physical, emotional and social domains with the instituted treatment, risk factors and time after onset the infarction. A total of 96 patients (25 women and 71 men, mean age of 54.3 ± 5.9 years) with an episode of AMI between 3 and 18 months before the questionnaire application were studied. The patients were selected during the period December 2003 to January 2004 through the medical files of the Clinics Hospital of Uberlândia (UFU). The QV MacNew QLMI and SF-36 questionnaires, a specific and a generic instrument, respectively, were applied. The data were analyzed by descriptive techniques and the correlation between the scores of each domain of the questionnaires was evaluated by the variance analysis. The results demonstrated that: a) the scores of the physical and social domains showed high correlation between the questionnaires; b) the catheterization was the only instituted treatment that showed correlation with all domains of the specific questionnaire; c) the presence of risk factors as diabetes mellitus and dyslipidemia showed a significant correlation with the QV index ($P < 0.01$) for both questionnaires. Other risk factors, such as arterial hypertension, smoking habits, depression/anxiety and stress showed a significant correlation ($P < 0.01$) only for the generic SF-36 questionnaire. There was no significant difference in the domain scores of the questionnaires when correlating with the QV index up to 18 months after AMI. We concluded that the non-accomplishment of catheterization and the presence of diabetes mellitus and dyslipidemia contribute significantly for the reduction in the quality of life of the interviewed individuals. The most important changes found in this patient group are related to the physical and social scores in both questionnaires.

Key words: Quality of life, acute myocardial infarction, MacNew QLMI and SF-36.

1. Introdução

As doenças cardiovasculares são a maior de todas as endemias do século XX. O aumento da incidência das síndromes coronarianas agudas, representadas pelo infarto agudo do miocárdio (IAM) e formas instáveis de angina, continua a ocorrer, embora a mortalidade delas decorrente tenha declinado. Apesar deste sucesso relativo do tratamento, as doenças cardiovasculares continuam sendo as principais causas de morte em diversos países, incluindo o Brasil. Em 1930, reponsabilizaram-se por 11,8%, em 1980, 30,8% e em 1994, 28% de todas as mortes registradas em nosso país (TIMERMAN et al., 2001).

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 16,2% do total de recursos são despendidos nesta patologia (NETTO; CHAGAS; LUZ, 1999). A distribuição dos custos indica que são gastos, em reais, 7,2 milhões para a doença isquêmica do coração, 5,5 milhões para as doenças cérebro-vasculares também isquêmicas e 3,9 milhões para a hipertensão arterial sistêmica, entidade clínica diretamente vinculada à aterosclerose (OMS, 2003; OPAS, 2003).

Diversos fatores estão relacionados a esta patologia vascular como o tabagismo, a hipertensão arterial, a obesidade, o *diabetes mellitus*, as dislipidemias e o estresse psicossocial. Observações recentes reafirmam estas situações como sendo os maiores fatores de risco reversíveis ligados às doenças isquêmicas de natureza aterosclerótica (INTERHEART, 2004).

Os processos isquêmicos que acometem o coração envolvem, na sua ampla maioria, o sistema de irrigação sangüínea constituído pelas artérias coronárias. As

manifestações isquêmicas podem ocorrer de maneira aguda ou crônica, caracterizando a angina de peito e as síndromes coronarianas agudas. Dentre as manifestações agudas, o IAM é uma doença que resulta quase sempre da aterosclerose com oclusão trombótica das artérias coronárias (BRAUNWALD, 2001).

O diagnóstico do IAM é feito pela detecção de níveis séricos elevados de troponina (T ou I) e/ou de creatinoquinase fração mb (CKmb), na presença de história clínica típica do paciente e de eletrocardiograma convencional alterado (BRAUNWALD, 2001; III Diretriz sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio, 2004). Uma vez instalado este quadro, e dependendo da sua extensão, ocorrem repercussões na capacidade de trabalho do coração, resultando em formas diversas de apresentação clínica e classes funcionais variadas de insuficiência cardíaca (III Diretriz sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio, 2004). Este comprometimento da função cardíaca, se mais intenso, pode repercutir desfavoravelmente na qualidade de vida do paciente.

A obtenção de uma qualidade de vida (QV) adequada é o maior desafio à terapêutica que se deseja instituir. Mais recentemente tem ocorrido um interesse especial por esta questão e alguns estudos demonstram que as limitações ou desconfortos causados pela própria doença ou pelo tratamento administrado alteram para pior a QV (OLDRIDGE et al., 1998).

A aferição da qualidade de vida pode ser feita por questionários que, após serem validados para uma determinada população, podem servir de base para orientações que devem ser prescritas frente a determinadas situações clínicas. Os questionários de qualidade de vida Mac New QLMI e SF-36 foram desenvolvidos para avaliar mudanças na QV de pacientes após o infarto ou daqueles portadores de outras doenças crônicas, inclusive os graus variados de insuficiência cardíaca que se seguem

ao IAM. São questionários curtos, que abordam funções físicas, emocionais e sociais, e apresentam confiabilidade, validade, responsividade e sensibilidade adequadas ao seus propósitos (HILLERS et al., 1994; CICONELLI et al., 1999; BENETTI et al., 2001; DIXON et al., 2002; GUSMÃO et al., 2005).

2. Revisão da literatura

2.1. Fatores de risco para a doença aterosclerótica precoce.

O estudo de Framingham, nos EUA, estabeleceu a relação entre o estilo de vida e doença aterosclerótica e foi, a partir deles, que o conceito de fator de risco começou a se desenvolver (*apud* GUIMARÃES, 1992). Não se sabia, porém, se este conhecimento poderia ser transposto para outras populações expostas a diferentes hábitos de vida. No Brasil, na década de 90, o Comitê de Epidemiologia da União das Sociedades de Cardiologia da América do Sul (USCAS), coordenou e elaborou o estudo multicêntrico sobre Fatores de Risco para Insuficiência Coronariana na América do Sul (FRICAS) chegando a conclusões semelhantes aos resultados de Framingham (SILVA et al., 1998). E em 2004, um estudo de caso controle sobre IAM em 52 países, observou a relação e o impacto dos fatores de risco: tabagismo, história de hipertensão arterial, diabetes, obesidade, dislipidemia, atividade física e o consumo de álcool sobre as síndromes coronarianas agudas (INTERHEART, 2004). Mais recentemente, a Sociedade Brasileira de Cardiologia patrocinou um amplo estudo referente às doenças do coração encontrando um panorama semelhante (Estudo Corações do Brasil-2005).

A importância de estudos dessa natureza é identificar os fatores de risco de uma determinada população para uma determinada patologia, levando em consideração a incidência da doença quando ocorre a exposição dos indivíduos a um dado agente e o que acontece quando este mesmo agente é afastado da população de risco. Este conceito de fator de risco surgiu em 1961 e é definido como a probabilidade de um resultado adverso ocorrer em virtude de exposição do indivíduo a um determinado agente e que a

suspensão dele reduz a possibilidade da ocorrência do evento (KANDEL, 1961; OMS, 2003).

Os principais fatores de risco relacionados às doenças cardiovasculares, de natureza isquêmica, já identificados são:

Hipertensão arterial sistêmica (HAS): o estudo de Framingham, demonstrou que os indivíduos com hipertensão arterial sistêmica (nível maior que 139 x 89 mmHg) têm maior risco para o desenvolvimento de Doença Arterial Coronária (DAC), quando comparados com aqueles com pressão normal (KANDEL, 2000). Existem várias classificações da HAS mas, recentemente, reconhece-se que cifras abaixo de 120/80 mmHg são consideradas ideais e valores acima de 140/90 mmHg estão na faixa de maior risco (VII JNC, 2003; III Diretriz sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio, 2004).

O estudo FRICAS demonstrou que 53,4% dos pacientes com IAM são hipertensos. A hipertensão arterial é um fator de risco importante para o infarto agudo do miocárdio e sua manutenção determina pior prognóstico após o IAM, tanto a curto como a longo prazo. No Brasil, é a doença mais prevalente no adulto, em diversas regiões, e é a primeira causa de aposentadoria por doenças (FARINATTI, et al., 2005).

Dislipidemia: a alteração do perfil lipídico de indivíduos susceptíveis as síndromes coronárias agudas é um importante fator a ser considerado. A seguir descreveremos a classificação das dislipidemias: a) classificação laboratorial: hipercolesterolemia isolada (aumento do colesterol total e/ou LDL colesterol), hipertrigliceridemia isolada (aumento dos triglicérides), hiperlipidemia mista (aumento do colesterol total e dos triglicérides) e diminuição isolada do HDL-colesterol ou associada a aumentos dos triglicérides ou LDL-colesterol; b) classificação etiológica: dislipidemias primárias de origem genética e dislipidemias secundárias, causadas por

outras doenças ou uso de medicamentos (III Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemia, 2001).

A ingestão, por tempo prolongado, de dieta com elevado teor lipídico, associada à inatividade física e a determinado perfil genético, induz à dislipidemia. Um dos principais fatores de risco para as doenças coronarianas é a elevação dos níveis de LDL colesterol que sofrem fácil oxidação, promovem a lesão endotelial inicial e contribuem para o crescimento das placas de ateroma. A elevação dos triglicérides também favorece a formação de partículas de LDL especialmente suscetíveis à oxidação. A III Diretriz Brasileira recomenda a manutenção do colesterol total abaixo de 200 mg/dl e de valores de LDL variáveis, conforme se trata de pacientes com risco alto, moderado ou baixo (III Diretrizes Brasileiras Sobre Dislipidemias, 2001).

Forti et al (1999), demonstraram, que uma orientação dietética adequada, privilegiando frutas e vegetais e gorduras insaturadas, reduz a incidência de eventos coronarianos, diminuindo a mortalidade por DAC. Nos indivíduos que apresentam história clínica de aterosclerose coronariana, o tratamento adequado das dislipidemias modifica a evolução das lesões, retardando sua progressão, mantendo-as estáveis e impedindo o aparecimento de novas lesões (FORTI et al., 1999).

Tabagismo: o hábito de fumar ocorre em aproximadamente 30% da população e é particularmente comum nos jovens. Sabe-se que a exposição aos produtos derivados do tabaco duplica a taxa de mortalidade, independentemente dos níveis de pressão arterial (GUIMARÃES, 1992). Além de existir uma relação consistente entre tabagismo e aterosclerose, identifica-se uma relação direta entre o número de cigarros consumidos e a extensão da lesão coronariana (ARMAGANIJAN; BATLOUNI, 2000). O consumo de cigarros também potencializa a formação de trombos e promove disfunção endotelial, aumentando a resistência vascular periférica e reduzindo o fluxo

sangüíneo coronariano. Em contrapartida, a interrupção do hábito de fumar determina redução da incidência de IAM (ARMAGANIJAN; BATLOUNI, 2000; INTERHEART, 2004).

Diabetes mellitus: o *diabetes mellitus* (DM) é considerado uma pandemia. Acomete 7,5% da população e está associado à obesidade, à inatividade física e às dietas desbalanceadas. Em pacientes com diabetes, os níveis aumentados de glicemia, associados aos outros fatores metabólicos, podem lesar a barreira endotelial tornando-a mais suscetível às lesões, com conseqüente aumento do risco relativo de DAC (SARTO et al, 1997). Isso é particularmente importante se coexistirem níveis elevados de colesterol, tabagismo e HAS (SARTO, 1997; CARLSSON, 1998). Segundo Martinez et al. (1996), 85% de todos os diabéticos com mais de 50 anos são hipertensos e obesos, amplificando o risco cardiovascular.

Existe uma importante relação entre DM e doença coronariana. Os indivíduos diabéticos têm um risco duas a três vezes maior de apresentarem DAC, quando comparados com a população geral, e o risco de morte em 10 anos situa-se em torno de 30% (III Diretrizes Brasileiras Sobre Dislipidemias, 2001).

Sedentarismo e obesidade: o sedentarismo pode ser definido como a ausência da prática de exercício físico regular por um determinado indivíduo (OEHSCHLAEGGER et al., 2004); está frequentemente associado à obesidade e constitui importante fator de risco para DAC e morte precoce.

O sedentarismo implica em um risco relativo de morte em dez anos de 20% para ambos os sexos e sua prevalência na população é de 60%. Somando o seu risco relativo à sua prevalência, podemos entender o grande impacto negativo para a saúde que está condição acarreta (CARVALHO, 2001).

Os estudos de Framingham demonstrou, por sua vez, que indivíduos mais ativos fisicamente apresentaram menor morbi-mortalidade de origem cardiovascular (*apud* FONSECA et al., 1999). Em um estudo de Faludi et al (1996), indivíduos que praticaram exercício físico como forma de prevenção primária, reduziram de 30 a 55% o risco de um possível IAM, quando comparados com indivíduos que permaneceram sedentários.

O exercício físico praticado regularmente traz benefícios reduzindo a obesidade e a pressão arterial. A redução da pressão arterial acontece por queda da resistência vascular periférica e dos níveis plasmáticos de catecolaminas e insulina (BRONSTEIN, 1996). Exercícios, tanto de baixa quanto de alta intensidade, podem ainda induzir modificações favoráveis e consistentes no perfil lipídico, melhorando também a sensibilidade à insulina (FALUDI et al., 1996).

A obesidade, muitas vezes relacionada ao sedentarismo e ao consumo de dietas inadequadas, caracteriza-se por aumento de 20% ou mais do peso ideal para uma dada pessoa (FONSECA et al., 1999). O Ministério da Saúde aponta que existem 27 milhões de adultos com sobrepeso e obesos mórbidos em nosso país, o que corresponde a 32% da população adulta no Brasil (ISSA; FRANCISCO, 1996).

O aumento de peso, como fator de risco para aterosclerose, é determinante importante para a doença coronariana que, por sua vez, se correlaciona com a forma de distribuição da gordura corporal (ISSA; FRANCISCO, 1996; FONSECA et al., 1999). Homens e mulheres com índice de massa corporal aumentado e de mesma idade, têm risco cardiovascular aumentado de forma diretamente proporcional ao aumento da gordura peri-visceral abdominal. Esta forma de obesidade central ou andróide está, portanto, mais associada aos outros fatores de risco como HAS, DM e dislipidemia e tem valor preditivo para doença cardiovascular.

Estresse psico-social: as respostas ao estresse representam uma tentativa de adaptação do organismo às exigências ambientais. A síndrome generalizada de adaptação ao estresse, consiste num conjunto de respostas a fatores estressantes e se divide em três fases: a) o estágio de alarme, em que o organismo toma consciência de um estímulo (estressor); b) estágio de resistência ou adaptação, em que o organismo lança mão de substâncias neuro-hormonais, face à agressão, e recupera-se em um nível funcional superior àquele anterior ao estresse; c) e o estágio de exaustão, em que, face ao efeito contínuo dos fatores estressantes, os processos de recuperação não são mais capazes de atingir e restabelecer a homeostase (CASTRO, 1999; INTERHEART, 2004).

Níveis moderados de estresse podem colaborar com aspectos de proteção e adaptação mas, à medida que se acumulam, podem trazer prejuízos e exaustão das reservas fisiológicas. Nesse estágio avançado, essas modificações tornam-se deletérias (CASTRO, 1999).

Não se pretende afirmar que os infartados de um modo geral tenham personalidades afins, idênticas, nem tampouco semelhantes. O que deve ser considerado é que indivíduos altamente estressados, cujas características predominantes incluem ambição, competitividade, ansiedade e impaciência (personalidades do tipo A), estão mais expostos à doença cardiovascular (CAMPOS, 1992; SIVIERO, 2003). Também se contesta, de modo geral, que a personalidade desses pacientes seja constitucionalmente do jeito que se descreve, nada disso, o que há de comum nesse tipo definido como personalidade tipo A, é a contundente inclinação à ansiedade exagerada. Os tipos de comportamento decorrente da maneira ansiosa de viver são mais culturais que biológicas. A competitividade, por exemplo, traço marcante do comportamento da personalidade tipo A, só é estimulado pela civilização da produção e do sucesso social, portanto, valores culturais (BALLONE, 2001).

2.2. Qualidade de vida (QV)

A qualidade de vida é definida como *“a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto cultural e nos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”* (SEIDL; ZANNON, 2004).

Qualidade de vida relacionada à saúde é definida como a mensuração da percepção que o indivíduo tem do estado funcional orgânico e do impacto, limitação, condições de tratamento e perspectivas quanto à doença, crônica ou aguda, num contexto cultural e em um sistema de valores (SCHIPPER et al., 1996).

A relação entre saúde e qualidade de vida (QV) está estabelecida desde o nascimento da medicina social nos séculos XVIII e XIX. Trata-se de um conceito multidimensional que envolve o grau de satisfação atingido no âmbito das áreas física, emocional e social e que pode ser tratado do ponto de vista objetivo ou subjetivo, em abordagens individuais ou coletivas (MINAYO et al., 2000).

Na área de saúde, o interesse na promoção da qualidade de vida é relativamente recente e surgiu a partir de novos paradigmas que tem influenciado as políticas e práticas de saúde nas últimas décadas (SIVIERO, 2003). Os avanços tecnológicos e o número de profissionais melhor habilitados permite prolongar a vida de doentes antes considerados irrecuperáveis. Em contrapartida, o crescimento do poder de ação/intervenção médica, não acompanhou a busca da qualidade de vida dos indivíduos (CARVALHO, 2001) e abordagens inadequadas acabam, muitas vezes, gerando mais sofrimentos.

Após um infarto agudo do miocárdio, o paciente é incomodado pelo medo constante da morte, pelas mudanças de hábitos e estilo de vida que a ele serão impostas

(SIVIERO, 2003). As restrições e limitações podem alterar a qualidade de vida destas pessoas, se entendermos que a QV tem relação com expectativas e realizações.

Nesta visão, o “conceito de qualidade de vida, antes abordado por filósofos e poetas, constitui-se, nas últimas décadas, interesse de estudo para profissionais da área de saúde e pesquisadores tentando transformar algo que se julgava subjetivo em um modelo objetivo e quantitativo para ser usado em ensaios clínicos” (CICONELLI et al., 1999).

2.3. Mensurar qualidade de vida para cardiopatas

A avaliação da qualidade de vida é feita pela administração de instrumentos ou questionários que abrangem uma ampla extensão de critérios e não apenas uma simples variável como, por exemplo, a dor física (World Health Forum, 1996). Os instrumentos de mensuração de QV relacionada à saúde têm um enfoque, portanto, multidimensional e avaliam a percepção geral do indivíduo sobre o tema, embora sua ênfase maior recaia sobre sintomas, incapacidades e limitações ocasionadas por enfermidades. Ainda existem dúvidas se as ações decorrentes da aplicação dos questionários de qualidade de vida podem produzir mudança no estilo de vida dos portadores de cardiopatias e se os pacientes irão manter o novo estilo de vida proposto na avaliação.

Apesar de existirem pontos ainda pouco esclarecidos na avaliação da QV, é importante assinalar que a aplicação dos questionários de qualidade de vida têm colaborado para as pesquisas clínicas, principalmente quando se trata de realizar investigações com questionários específicos, pois estes permitem a mensuração dirigida de sinais e sintomas decorrentes de patologias ou de terapêuticas instituídas (BRYANT; MAYOU, 1993).

Os questionários utilizados estão em constante evolução mas algumas características deles devem ser exigidas como, por exemplo, a reprodutibilidade através do tempo, ou seja, os resultados obtidos em uma dada avaliação devem ser iguais ou muito semelhantes, em duas ou mais administrações do instrumento para um mesmo paciente, desde que seu estado clínico não tenha sido alterado (CICONELLI, 1999). Algumas particularidades dos questionários para QV serão analisadas a seguir.

Características dos instrumentos

O desenvolvimento e validação de instrumentos para avaliar a qualidade de vida ou de seus componentes específicos tornaram-se uma importante área de pesquisa médica. Todavia, para demonstrar as propriedades de medida desses instrumentos, eles devem ser avaliados e reavaliados em diferentes situações, ou seja, em diferentes centros de pesquisa e por diversos pesquisadores, aplicando-os em populações variadas. Para tal propósito, alguns cuidados devem ser tomados. Se os instrumentos para avaliação da QV forem desenvolvidos em outros idiomas, devem ser traduzidos cuidadosamente para o idioma do país onde serão aplicados. Eles devem ter suas medidas psicométricas testadas no contexto cultural específico no qual serão aplicados. Estas são algumas características importantes que o pesquisador deverá ficar atento ao escolher questionários de qualidade de vida para realizar pesquisas.

Algumas propriedades comuns aos questionários de QV serão discutidas abaixo.

Confiança

Um requisito fundamental de um questionário é saber se os mesmos resultados podem ser obtidos num re-teste (de confiança), demonstrando a sua consistência interna, o que pode ser aferido pelo coeficiente alfa Cronbach. Trata-se de

um coeficiente de segurança onde o alfa pode variar de 0 (zero) a 1 (um). Quanto mais próximo do valor 1, maior será a segurança oferecida pelo instrumento (HOFER et al., 2004).

Validade

Como a avaliação da qualidade de vida traz consigo certos aspectos subjetivos, é importante considerar os passos necessários para a validação do instrumento. Essas etapas serão rapidamente enumeradas e comentadas a seguir.

Validade de construção – é a comparação com propriedades psicométricas de outros instrumentos.

Validade de face – significa checar a clareza de todos os itens constantes do instrumento.

Responsividade – é uma importante propriedade psicométrica dos instrumentos de qualidade de vida e corresponde a diferentes níveis de percepção de cada indivíduo para as mais variadas questões apresentadas (HOFER et al., 2004).

Ressalvadas as limitações existentes, as aplicações repetidas desses instrumentos no decorrer de um período podem refletir a evolução clínica do paciente em diferentes aspectos, tornando-se útil para avaliação do impacto ocasionado por uma intervenção médica (GUCHT et al., 2004).

2.4. Descrição de um questionário de qualidade de vida específico

Alguns autores defendem enfoques mais específicos, no que se refere à qualidade de vida, assinalando que estes podem contribuir para melhor identificação das características relacionadas a um determinado agravo. Descreveremos, a seguir, um questionário de qualidade de vida específico para um grupo especial constituído por indivíduos com história prévia de infarto agudo do miocárdio.

2.4.1-Questionário Mac New QLMI para infarto agudo do miocárdio

O "questionário de qualidade de vida pós-infarto do miocárdio (QLMI) tem uma validade confiável e responde às condições específicas relacionadas à qualidade de vida" (OLDRIDGE et al., 1991; BENETTI et al., 2001).

O Mac New QLMI foi elaborado na Universidade de Newcastle, Austrália em 1993, para pacientes no pós-infarto do miocárdio que apresentam moderados níveis de ansiedade e/ou depressão. Este questionário investiga sintomas como a presença de dor torácica, fadiga, dificuldade de respirar e dores em membros inferiores (OLDRIDGE et al., 1991; BENETTI et al., 2001).

O Mac New QLMI foi validado para a língua portuguesa por Benetti & Nahas, em 1999, na cidade de Florianópolis, Santa Catarina. Foram estudados 33 pacientes infartados com idade média de $59,9 \pm 14,42$ anos. A versão brasileira do Mac New QLMI foi considerada válida, de simples administração, e um instrumento muito seguro para avaliar qualidade de vida relativa a saúde de pacientes que sofreram IAM (BENETTI et al., 2001).

Estudos com este questionário no Brasil ainda são escassos, sendo necessária investigação a respeito da utilização deste instrumento para a população brasileira.

O questionário é composto de 27 questões, com o escore máximo para cada uma de 7, e o mínimo de 1. Conseqüentemente, o escore total máximo corresponde a 189 e o mínimo a 27. Ele é dividido em três domínios, sendo que o escore emocional é calculado pela soma de 14 itens, o escore físico pela soma de 14 itens e o escore social pela soma de 13 itens (LIM et al., 1993; OLDRIDGE et al., 1999; BENETTI et al., 2001).

Este questionário possui uma validade confiável, sendo considerado pelos pesquisadores um “Gold Standart”, (Medical Outcomes Trust, 2002).

Para Foster et al., Mc Connell et al., e Gardner et al., (1995, 2000 e 2003) quando foi validado o questionário Mac New QLMI para as línguas alemã e holandesa, o mesmo apresentou responsividade significativa. O questionário Mac New QLMI também foi instrumento de estudo para o grupo da unidade de prevenção e reabilitação cardiovascular do Hospital Geral Santo Antônio na cidade de Porto, em Portugal. Na ocasião foram estudados 150 pacientes antes e após programa de reabilitação cardíaca. A versão portuguesa do QLMI mostrou-se, válida, segura e responsiva para pacientes com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio (LEAL et al., 2003).

2.5. Descrição de um questionário de qualidade de vida genérico – SF-36

Os questionários de qualidade de vida genéricos trazem, em sua estrutura, um conceito mais amplo, sem fazer referências às disfunções ou agravos específicos.

As medidas de avaliação genérica de saúde disponíveis não são capazes de indicar qual a melhor conduta a ser adotada, mas são úteis para demonstrar se os pacientes conseguem executar determinadas atividades que normalmente fazem e como se sentem quando as estão praticando.

O SF-36 é um instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida e é de fácil administração e compreensão. O SF-36 questiona o paciente sobre sua saúde e foi traduzido e validado, para a língua portuguesa, em 1998 (CICONELLI, 1999). É um questionário multidimensional, formado por 36 itens, englobados em 08 escalas. As escalas podem ser agrupadas em dois componentes, um físico e um mental; fazem parte do componente físico a avaliação da capacidade funcional, estado clínico geral, dor e aspecto físico. O componente mental engloba aspectos referentes à vitalidade, questões sociais, emocionais e avaliação da saúde mental (CICONELLI, 1999). Apresenta um escore final de 0 (zero) a 100 (cem) no qual o zero corresponde ao pior estado geral de saúde e 100 ao melhor estado.

É importante notar que, além da doença, incapacidades e sintomas devem ser analisados em um determinado paciente. O instrumento de aferição de QV pode ajudar a identificar o caminho pelo qual a doença atinge a qualidade de vida da pessoa e a propor soluções adequadas para cada situação (THE WHOQOL GROUP, 1995).

3. Objetivos

3.1. Objetivo geral

- Avaliar a qualidade de vida de pacientes após infarto agudo do miocárdio por meio dos questionários Mac New QLMI e SF-36.

3.2. Objetivos específicos

- Correlacionar os escores físico, emocional, social e total com os tratamentos instituídos.
- Correlacionar a presença dos fatores de risco para doença cardiovascular com o escore total e escores dos domínios físico, emocional e social.
- Verificar se os escores físico, emocional, social e total estão correlacionados com o tempo decorrido desde o infarto agudo do miocárdio.

4. Casuística e Métodos

4.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo e transversal, com abordagem qualitativa.

4.2. Local do estudo

O presente estudo foi realizado no ambulatório do Hospital de Clínicas de Uberlândia/UFU.

4.3. Período do estudo

O período de recrutamento dos pacientes para entrevista e coleta de dados foi de dezembro de 2003 a fevereiro de 2004.

4.4. Caracterização da população

Foram estudados 96 pacientes, todos com história prévia de infarto agudo do miocárdio. A confirmação do IAM foi feita a partir de registros existentes no prontuário médico. Como itens obrigatórios para o diagnóstico levou-se em conta a elevação de creatinofosfoquinase ou troponina T no plasma, associada à presença de história clínica de dor precordial, com duração igual ou maior que 20 minutos, e/ou eletrocardiograma convencional de 12 derivações com supra-desnívelamento de ST em pelo menos duas derivações contíguas (III Diretriz sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio, 2004). Foram incluídos pacientes de ambos os gêneros onde a idade variou de 41 a 65 anos, com idade média de $54,3 \pm 5,9$ anos, selecionados conforme critérios de inclusão e exclusão previamente definidos.

4.4.1. Definição dos fatores de risco

São apresentadas a seguir algumas definições utilizadas neste estudo para os diversos fatores de risco para aterosclerose.

- **Hipertensão arterial sistêmica:** foram considerados hipertensos, os indivíduos que apresentavam valores maiores que 130 x 85 mmHg, uma vez que todos tinham alto risco para doenças cardiovasculares (I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica, 2005).
- **Diabetes mellitus:** adotou-se, como critério de diagnóstico, a presença de glicemia de jejum maior que 126 mg/dL. Quando a glicemia obtida em jejum era superior a 100 mg/dL porém sem atingir o valor referido para diagnóstico (intolerância à glicose), o paciente era submetido ao teste simplificado de tolerância a glicose, com 75 mg dextrosol, realizando-se determinações da glicose sanguínea antes da ingestão e 2 horas após (GTT simplificado). Nestas circunstâncias, o diagnóstico de diabetes é feito se o valor exceder a 200 mg/dL na segunda medida. Valores entre 140 e 200 mg/dL são considerados indicativos de intolerância à glicose (I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica, 2005).
- **Dislipidemia:** como se tratava de uma população de alto risco para doenças cardiovasculares, a dislipidemia foi caracterizada quando o colesterol total no plasma era superior a 200 mg/dL ou o LDL colesterol maior que 100 mg/dL; valores de triglicérides maiores que 150mg/dL também foram enquadrados nesta categoria (III Diretriz Brasileira de Dislipidemia, 2001).
- **Tabagismo:** foi considerado como fumante o indivíduo que fumou mais de 100 cigarros, ou cinco maços de cigarros, em toda a sua vida e fuma atualmente (Diretriz para Cessação do Tabagismo, 2004).

- **Sedentarismo:** foram considerados como sedentários, indivíduos que não praticavam nenhum tipo de exercício físico de caráter regular (III Diretriz sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio, 2004).

4.5. Critérios de inclusão

Foram incluídos no estudo pacientes com diagnóstico de IAM, sendo este confirmado por registro no prontuário médico, quando, apresentava níveis elevados de CKmb ou troponina, ECG com supra desnivelamento de ST, história clínica de dor precordial com duração maior que 20 minutos. E o diagnóstico era confirmado quando pelo menos dois desses critérios estavam presentes. Os pacientes tinham no mínimo 3 e no máximo 18 meses desde o diagnóstico confirmado de IAM e eram de ambos os gêneros.

4.6. Critérios de exclusão

Não foram incluídos no estudo pacientes com incapacidade para a prática de atividade física ou que apresentassem quaisquer patologias associadas (neurológica, insuficiência renal, pneumopatia crônica, amputações e diabetes descompensado, sendo considerado para este último item ausência de poliúria, polidipsia e polifagia). Não participaram do estudo pacientes com fração de ejeção ventricular menor do que 55%, estimado à ecocardiografia. Também foram excluídos os que foram encaminhados à reabilitação cardíaca. Os que não residiam na cidade de Uberlândia, também não foram selecionados por critérios técnicos.

4.7. Aspectos éticos da pesquisa

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia/UFU, tendo sido aprovado (Anexo I) nos termos da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta pesquisa envolvendo seres humanos.

Todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo II). Este documento esclarece a natureza da pesquisa, a voluntariedade da participação e a garantia do sigilo referente aos dados obtidos.

4.8. Procedimentos para a coleta de dados

Primeiramente foi feito um levantamento do número de pacientes atendidos no período de janeiro de 2000 a novembro de 2003. Foram separados aqueles que chegaram no pronto socorro ou que foram internados no Hospital de Clínicas de Uberlândia, com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio. Duzentos e cinquenta pacientes se enquadraram no critério de inclusão. Foram anotados os endereços e todos os possíveis telefones para contato. De posse de uma lista de nomes e números de prontuários, o pesquisador construiu uma agenda com dias e horários definidos para que os sujeitos pudessem comparecer ao ambulatório de cardiologia para serem entrevistados.

Após a agenda estabelecida, foi feito o contato por telefone com cada paciente, sendo-lhe explicado o objetivo da ligação e do estudo. Em seguida eles foram convidados a comparecer ao local da entrevista.

Dos 250 pacientes previamente selecionados com base nos prontuários médicos, 137 não foram encontrados (número de telefone errado, endereço inexistente, mudança de casa e até mesmo de cidade). Foram localizados e convidados a comparecer ao ambulatório, 113 pacientes. Destes, 102 compareceram, sendo 6 deles excluídos, 4

por apresentarem história de acidente vascular cerebral com comprometimento motor e 2 pacientes eram pneumopatas crônicos.

Dos noventa e seis pacientes do estudo, 71 (74%) eram do sexo masculino e 25 (26%) do sexo feminino.

No grupo selecionado, o tempo decorrido desde o infarto até a entrevista variou de 3 a 18 meses. As entrevistas foram conduzidas pelo pesquisador e por uma acadêmica do curso de medicina devidamente treinada para tal fim.

4.9. Instrumentos para coleta de dados

Na coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos:

- Questionário de qualidade de vida Mac New QLMI (Anexo III);
- Questionário de qualidade de vida SF-36 (Anexo IV);
- Ficha sócio-demográfica e clínica (Anexo V).

4.10. Organização dos dados para análise

Os dados obtidos na entrevista foram categorizados e digitados em uma base do banco de dados do Programa Excel, versão do Office 2003, Microsoft. Os dados foram transportados para o programa SPSS 9.0 for Windows.

As tabelas e figuras foram construídas utilizando-se números absolutos e porcentagem.

Foi aplicado cálculo estatístico descritivo para os dados de características sócio-demográficas e clínicas.

Para correlação dos escores entre os questionários, utilizou-se o teste de correlação de Pearson (ARANGO, 2001).

Para correlação dos escores medidos pelos questionários em relação ao tratamento instituído, foi aplicado o teste de correlação de Pearson e Kendall. Para

detectar se houve variação dos escores médios em relação ao tratamento instituído, utilizou-se o teste F (ARANGO, 2001).

O coeficiente η (um coeficiente para medir similaridade/correlação) foi utilizado para analisar a relação entre os fatores de risco e a parede acometida pelo infarto, com os escores dos questionários.

Para detectar se houve ou não correlação da idade, tempo de exposição ao tabaco e tempo desde o infarto com os escores dos questionários, utilizou-se a correlação de Pearson.

Para análise do escore total dos questionários, foi aplicado a análise de variância – ANAVA (ARANGO, 2001).

Foram fixados níveis de significância de 1% (ou $p < 0,01$) e 5% (ou $p < 0,05$).

5. Resultados

A. Características sócio-demográficas

Foram estudados 96 pacientes com história prévia de infarto agudo do miocárdio. A amostra foi composta por 25 (26%) pacientes do sexo feminino e 71 (74%) do sexo masculino, conforme ilustra a Tabela 1.

Tabela 1: Distribuição das frequências absolutas e percentuais referentes ao gênero.

Sexo	Pacientes	Frequência %
Feminino	25	26%
Masculino	71	74%
Amostra total	96	100%

Tabela 2: Média e desvio padrão das idades em anos, na amostra estudada.

Idade	Pacientes (n = 96)
Média	54,3
Desvio Padrão	5,9

A idade variou de 41 a 65 anos; a média e desvio padrão estão assinalados na Tabela 2. Os valores correspondentes à idade e suas distribuições, constam da Figura 1.

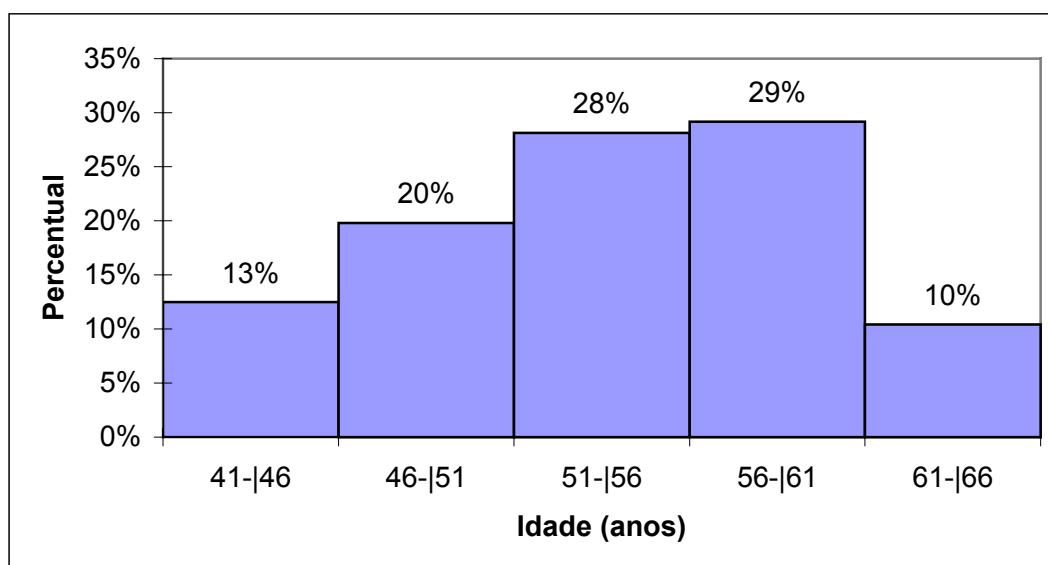


Figura 1 – Distribuição percentual da amostra estudada de acordo com a faixa etária (n = 96).

A renda familiar declarada da amostra estudada variou de 0 à R\$3.000,00, como ilustra a Figura 2.

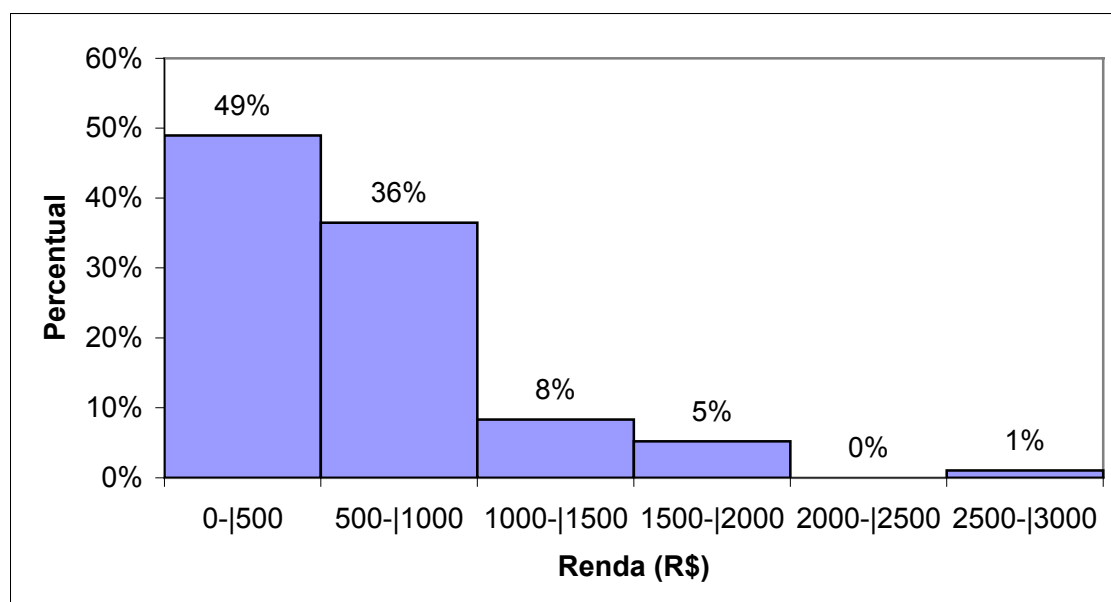


Figura 2 – Distribuição da frequência de renda da amostra estudada.

De toda a amostra, 52% eram de cor branca, 36% pardos e 12% de cor preta.

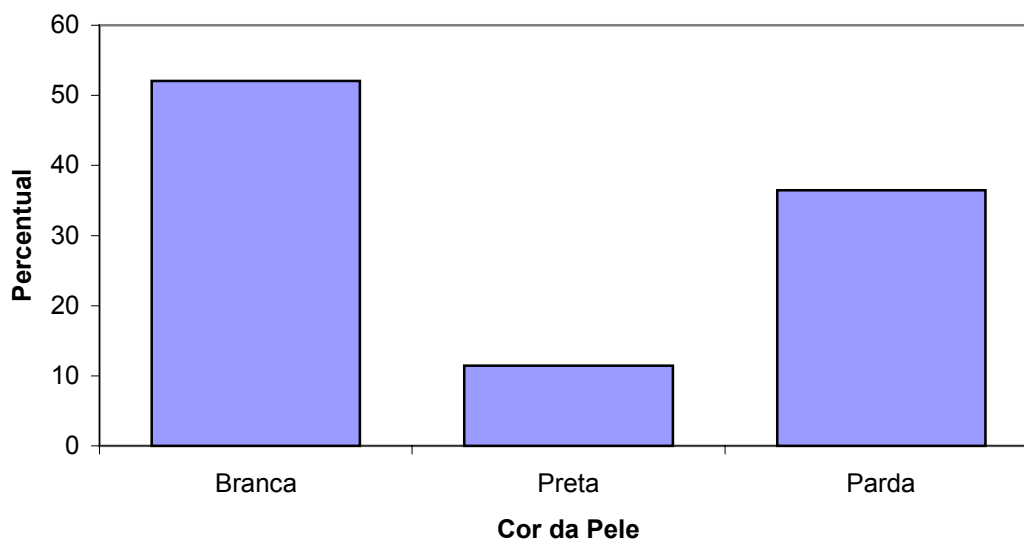


Figura 3 – Distribuição percentual encontrada de acordo com a cor da pele (n = 96).

Com referência à ocupação dos entrevistados, a maioria exercia atividades domésticas (23%), motoristas representaram 19% da amostra, aposentados 16%, atividades de construção civil 11%, comerciantes 5% e as demais atividades 26%.

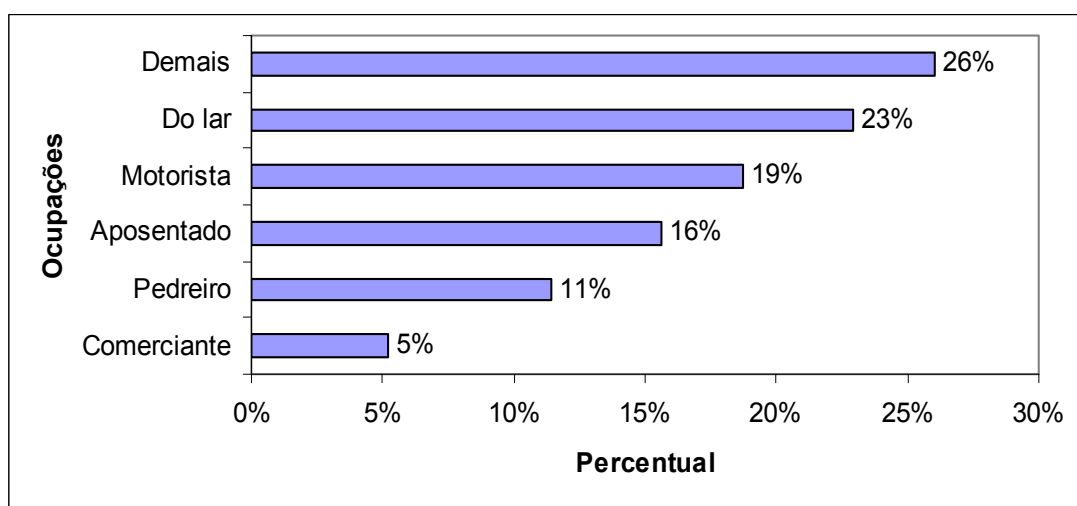


Figura 4 – Distribuição da frequência de profissões na amostra estudada.

Grande parte da população do estudo completou o ensino fundamental (91%). Os demais tinham o ensino médio (6%), ensino superior (2%) e 1% eram analfabetos.

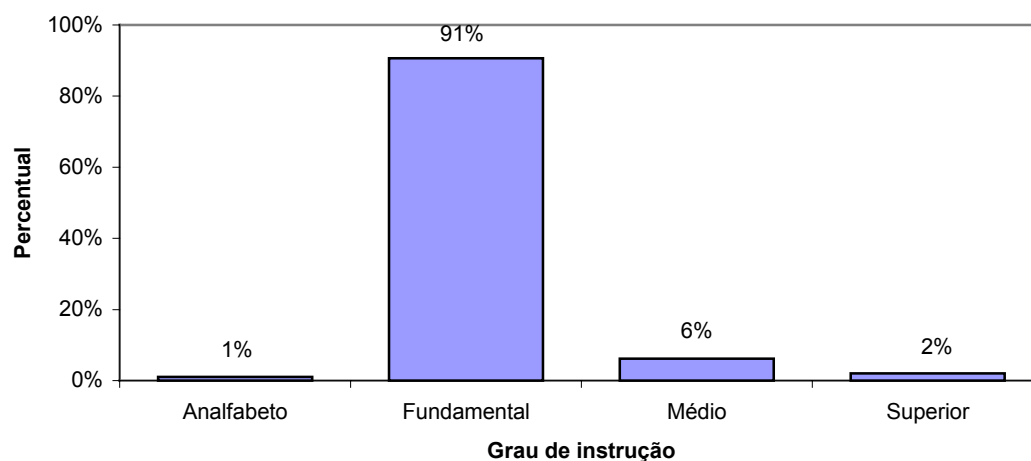


Figura 5 - Distribuição percentual dos entrevistados de acordo com o grau de instrução (n= 96).

No que diz respeito ao estado civil, 74% eram casados, 9% desquitados, 10% solteiros, 5% viúvos e 2% amasiados.

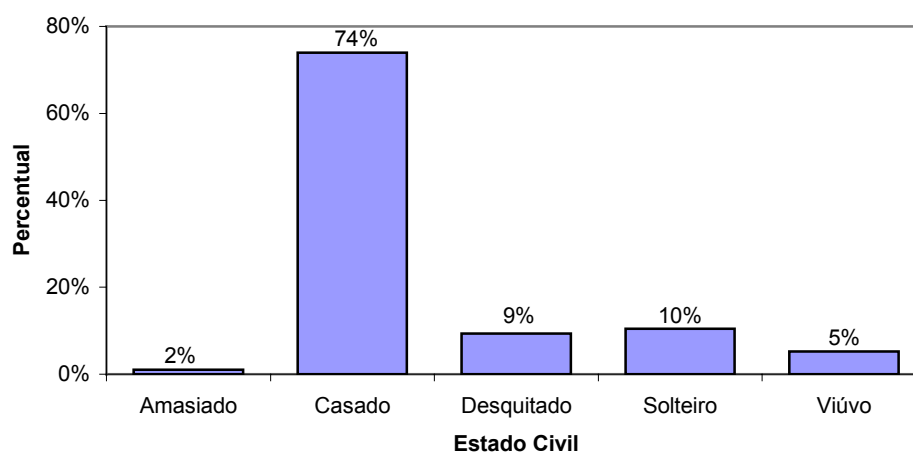


Figura 6 – Distribuição percentual dos entrevistados de acordo com o estado civil (n=96).

B. Fatores de risco para doença coronariana

Foram coletadas informações referentes aos fatores de risco mais frequentes para doenças cardiovasculares.

A hipertensão arterial foi detectada em 55% dos indivíduos. O *diabetes mellitus* foi encontrado em 21% dos casos e a dislipidemia 14%. Quanto à pergunta “você se considera uma pessoa estressada?”, cinquenta e dois pacientes (54%) responderam que sim. Também foi perguntado se os pacientes se sentiam deprimidos e ansiosos e 66% responderam que na maior parte de suas vidas se consideravam assim.

Setenta e três pacientes (76%) confirmaram história de tabagismo.

Tabela 3: Distribuição dos fatores de risco para doença cardiovascular na amostra estudada, de acordo com dados da ficha sócio-demográfica e clínica (n = 96).

Fatores de Risco	Frequência (%)	
	Presença	Ausência
Hipertensão arterial sistêmica	55% (53)	45% (43)
Dislipidemia	14% (13)	86% (83)
Diabetes	21% (20)	79% (76)
Estresse	54% (52)	46% (44)
Depressão/ansiedade	66% (63)	34% (33)
Tabagismo	76% (73)	24% (23)
Sedentarismo	54% (52)	46% (44)

O tempo de exposição ao tabaco variou de 1 a 57 anos, com média de $30,4 \pm 12,7$ anos. A distribuição em quartis está indicada na Figura 7.

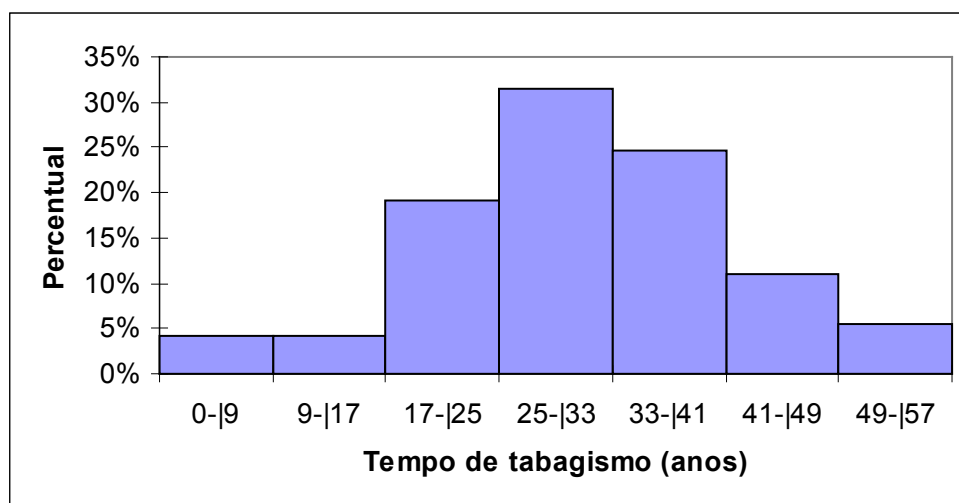


Figura 7 – Distribuição percentual dos entrevistados em quartis, de acordo com o tempo de tabagismo em anos (n= 96).

Dos pacientes entrevistados, 44 (46%) não foram enquadrados como sedentários, fazendo atividade física regular em, pelo menos, um dia da semana (Figura 8); 52 (54%) não praticavam nenhum tipo de atividade física.

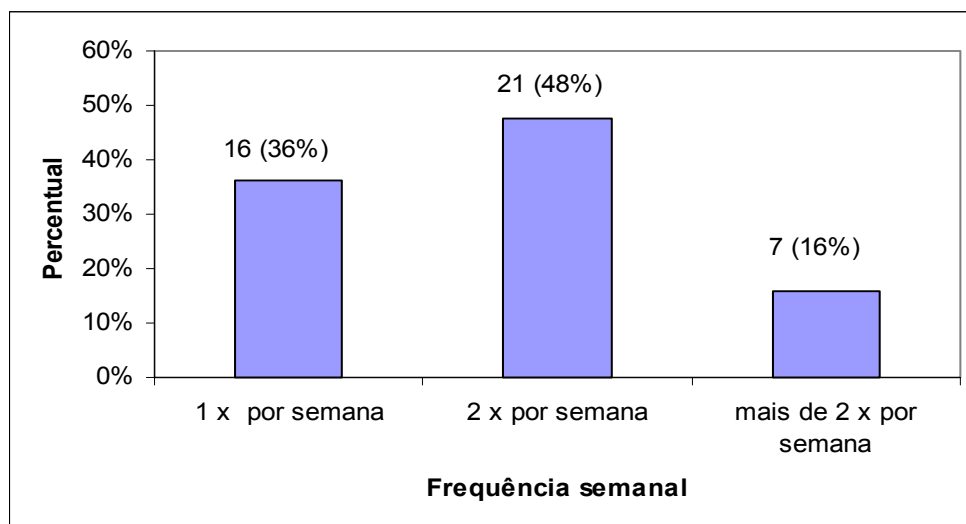


Figura 8 – Distribuição de pacientes não sedentários na amostra estudada, de acordo com a frequência semanal de atividade física (n = 44).

C. Comprometimento do coração pelo IAM

Dos pacientes estudados, 34% tiveram infarto da parede inferior do ventrículo esquerdo, associado ou não às regiões dorsal e lateral. Conforme demonstrado na Figura 9, parede anterior foi envolvida na maioria dos casos, em diferentes extensões (48%).

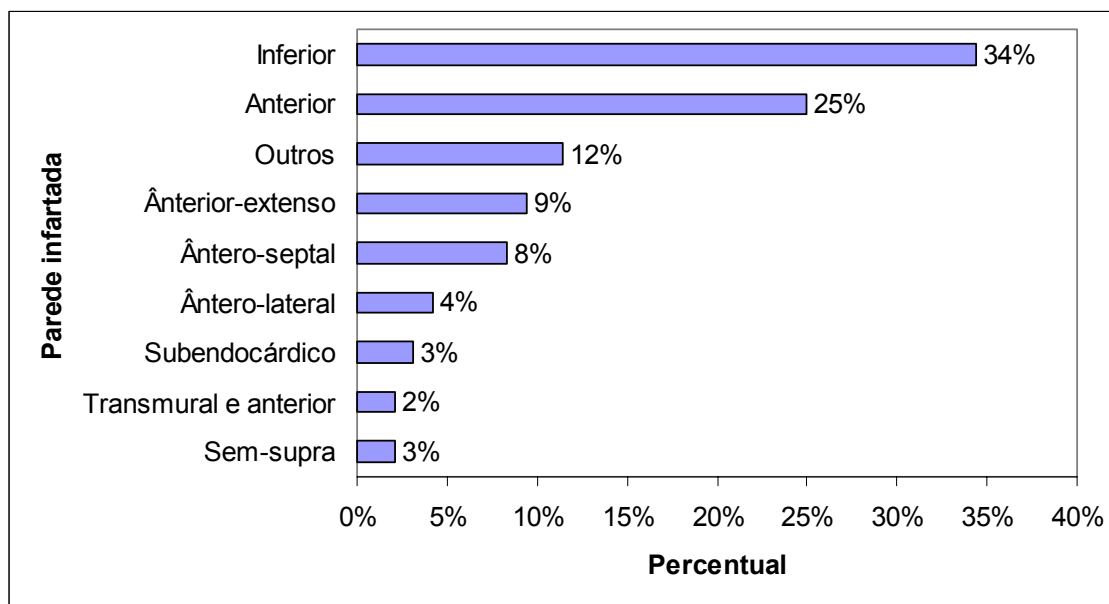


Figura 9 – Distribuição da frequência do infarto agudo do miocárdio, de acordo com a parede infartada, nos 96 pacientes.

D. Cateterismo cardíaco

Sessenta e nove por cento dos pacientes foram submetidos ao cateterismo diagnóstico ou terapêutico. O número de procedimentos realizados em cada paciente variou de 1 a 4 (Figura 10).

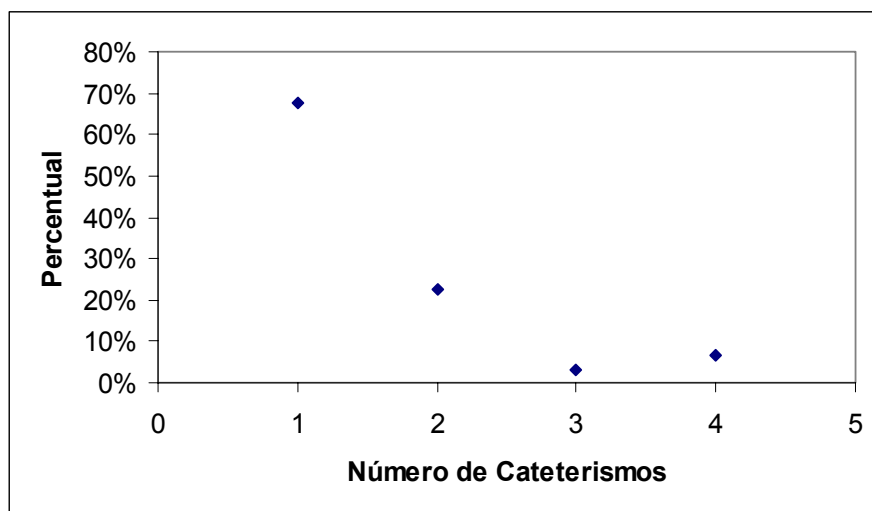


Figura 10 – Distribuição do número de cateterismos nos indivíduos avaliados.

E. Revascularização cirúrgica do miocárdio

Trinta e oito pacientes (40%) foram submetidos à revascularização miocárdica por procedimento cirúrgico. Cinquenta e oito pacientes (60%) não foram operados (Tabela 4).

Tabela 4: Distribuição da frequência de pacientes operados e não operados.

Cirurgia Cardíaca	Número de pacientes	(%)
Revascularização cirúrgica	38	(40)
Não revascularização cirúrgica	58	(60)
Total	96	(100,0)

F. Número de pontes (anastomoses) em cada paciente

O número de anastomoses realizadas nas diversas intervenções variou de 1 a 6 (Figura 11).

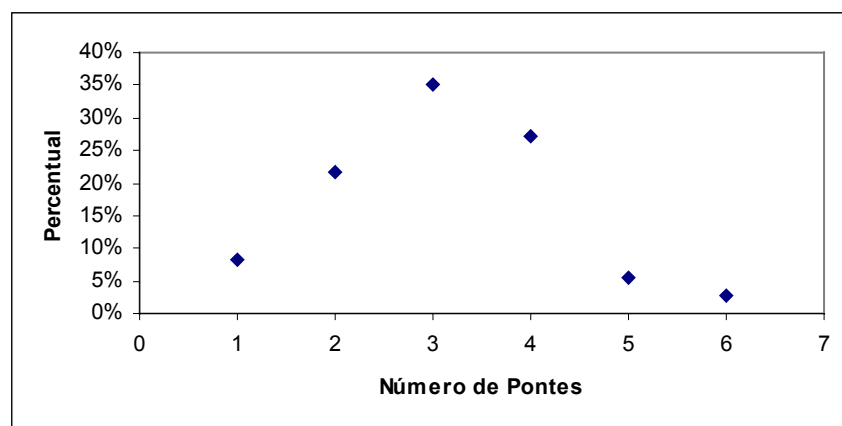


Figura 11 – Distribuição do número de anastomoses (*bypass* coronariano) nos indivíduos avaliados.

G. Angioplastia transluminal percutânea

Dos pacientes estudados, 38% foram submetidos ao cateterismo cardíaco com realização de angioplastia percutânea da artéria coronária culpada pelo IAM ou de outro vaso de importância clínica, quando a obstrução do vaso é superior a $\frac{3}{4}$ do vaso de luz. O número de realizações desta intervenção, variou de 1 a 3 (Figura 12).

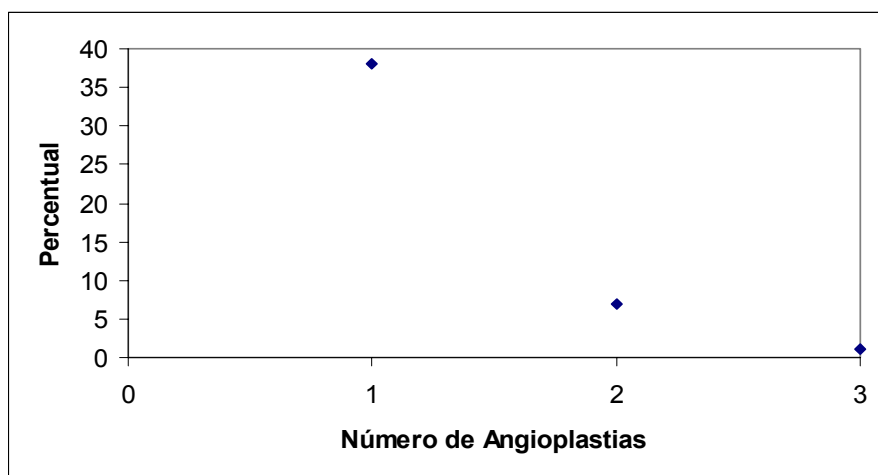


Figura 12 – Distribuição do número de angioplastia percutânea nos indivíduos avaliados.

H. Resultados do questionário de qualidade de vida Mac New QLMI

Os diversos resultados obtidos pela aplicação do questionário específico Mac New QLMI estão apresentados a seguir.

Escore Físico

O escore físico, que representa o conjunto de atividades diárias que está comprometida ou limitada, foi aproximadamente simétrica, conforme ilustra a Tabela 5.

O escore médio foi $63,8 \pm 14,9$, com variação entre 32 e 93.

Tabela 5 – Distribuição de frequência do escore físico dos 96 pacientes entrevistados

Escore Físico	f	f (%)
27 -36	3	3
36 -45	8	8
45 -54	14	15
54 -63	25	26
63 -72	22	23
72 -81	9	9
81 -90	10	10
90 -99	5	5
Total	96	

Escore Emocional

A Tabela 6 mostra que a maior frequência (29%) no escore emocional está compreendido entre 52 e 61 pontos. A média do escore emocional foi de $62,8 \pm 14,8$ e a variação foi de 29 a 93 pontos.

Tabela 6 – Distribuição de frequência do escore emocional dos 96 entrevistados

Escore Emocional	f	f (%)
25 -34	1	1
34 -43	13	14
43 -52	7	7
52 -61	28	29
61 -70	15	16
70 -79	16	17
79 -88	13	14
88 -97	3	3
Total	96	

Escore Social

No escore social, representado na Tabela 7, o percentual maior concentrou-se no intervalo de 47 a 56 e 50 % dos entrevistados atingiram valores abaixo de 58 pontos. A média foi $58,5 \pm 14,1$, com variação entre 24 e 89.

Tabela 7 – Distribuição da frequência do escore social dos 96 entrevistados

Escore Social	f	f (%)
20 -29	2	2
29 -38	7	7
38 -47	7	7
47 -56	27	28
56 -65	22	23
65 -74	19	20
74 -83	10	10
83 -92	2	2
Total	96	

Escore Total

Os resultados do escore total (Tabela 8) demonstra maior concentração de indivíduos entre 106 e 123 pontos.

Tabela 8 – Distribuição de frequência do escore total dos 96 entrevistados

Escore Total	f	f (%)
55 -72	5	5
72 -89	8	8
89 -106	12	13
106 -123	27	28
123 -140	18	19
140 -157	15	16
157 -174	9	9
174 -191	2	2
Total	96	

I. Resultado do questionário de qualidade de vida SF-36

Os resultados do questionário genérico SF 36 serão apresentados a seguir.

Escore Físico

A percepção da qualidade de vida para escore físico (Tabela 9) encontrada pelo SF-36, no grupo infartado, mostra frequências altas e homogêneas no intervalo de 33 a 69, com média igual a $56,4 \pm 14,9$. O valor máximo observado foi de 84 pontos.

Tabela 9 – Distribuição de frequência do escore físico dos 96 entrevistados

Escore Físico	f	f (%)
15 -24	1	1
24 -33	4	4
33 -42	15	16
42 -51	17	18
51 -60	15	16
60 -69	18	19
69 -78	22	23
78 -87	4	4
Total	96	

Escore Emocional

O escore emocional variou de 48 a 96 pontos, com média de $75,3 \pm 8,2$. Os resultados estão expostos na Tabela 10.

Tabela 10 – Distribuição de frequência do escore emocional dos 96 entrevistados

Escore Emocional	f	f (%)
44 -51	1	1
51 -58	3	3
58 -65	8	8
65 -72	13	14
72 -79	36	38
79 -86	29	30
86 -93	4	4
93 -100	2	2
Total	96	

Escore Social

O escore social (Tabela 11) variou de 0 a 100, com média de $63,2 \pm 24,8$. O intervalo com maior frequência foi de 37,5 a 50 pontos.

Tabela 11 – Distribuição de frequência do escore social dos 96 entrevistados

Escore Social	f	f (%)
0,0 -12,5	5	5
12,5 -25,0	6	6
25,0 -37,5	6	6
37,5 -50,0	24	25
50,0 -62,5	14	15
62,5 -75,0	15	16
75,0 -87,5	13	14
87,5 -100	13	14
Total	96	

Escore Total

A distribuição do escore total (Tabela 12) variou de 33 a 69 pontos, com média de 54 ± 9 .

O intervalo com maior frequência foi de 55 a 60 pontos.

Tabela 12 – Distribuição de frequência do escore total dos 96 entrevistados

Escore Total	f	f (%)
30 -35	2	2
35 -40	4	4
40 -45	14	15
45 -50	14	15
50 -55	12	13
55 -60	25	26
60 -65	13	14
65 -70	12	13
Total	96	

J. Resultado dos escores médios de cada domínio dos questionários

Mac New QLMI e SF-36

Apresentaremos, a seguir, uma comparação entre os escores médios dos domínios dos dois questionários utilizados no estudo.

Tabela 13 - Distribuição dos valores médios de cada domínio dos questionários

Domínios	Mac New QLMI	SF-36
Físico	63,5	56,4
Emocional	62,8	75,3
Social	58,5	63,2
Total	121,6	54,0

L. Correlação dos escores entre os questionários SF-36 e Mac New QLMI

O Quadro 1 é uma matriz de correlação dos escores entre os questionários SF-36 e Mac New QLMI. O domínio físico do questionário Mac New QLMI tem correlação significativa com o mesmo domínio do questionário SF-36.

O escore emocional do questionário Mac New QLMI não apresentou correlação significativa com o escore emocional do SF-36. O escore social do questionário Mac New QLMI teve correlação significativa com o escore social do questionário SF-36.

Dentro do questionário Mac New QLMI, houve correlação altamente significativa entre todos os domínios. No questionário SF-36, observou-se correlação altamente significativa entre o domínio social e físico e entre o escore total e os demais.

Quadro 1 – Matriz de correlação dos escores entre os questionários SF-36 e Mac New QLMI.

	Físico SF-36	Emocional SF-36	Social SF-36	Total SF-36	Físico QLMI	Emocional QLMI	Social QLMI	Total QLMI
Físico/SF-36	1,000	,160	,517	,915	,634	,576	,565	,609
Sig. exata	-	,119	,000**	,000**	,000**	,000**	,000**	,000**
Emocional/SF-36	-	1,000	-,014	,513	-,161	-,149	-,140	-,140
Sig. exata	-	-	,895	,000**	,116	,146	,173	,174
Social/SF-36	-	-	1,000	,597	,515	,538	,490	,546
Sig. exata	-	-	-	0,000	,000**	,000**	,000**	,000**
Total/SF-36	-	-	-	1,000	,505	,472	,458	,503
Sig. exata	-	-	-	-	,000**	,000**	,000**	,000**
Físico/QLMI	-	-	-	-	1,000	,904	,921	,956
Sig. exata	-	-	-	-	-	,000**	,000**	,000**
Emocional/QLMI	-	-	-	-	-	1,000	,860	,946
Sig. exata	-	-	-	-	-	-	,000**	,000**
Social/QLMI	-	-	-	-	-	-	1,000	,932
Sig. exata	-	-	-	-	-	-	-	,000**
Total/QLMI	-	-	-	-	-	-	-	1,000
Sig. exata	-	-	-	-	-	-	-	-

Sig. exata – significância exata

** Correlação significativa a um nível inferior a 0,01 (bilateral).

M. Correlação de Pearson e Kendall dos escores medido pelo questionário Mac New QLMI com o tratamento instituído

A correlação de Pearson e de Kendall indicaram que o número de anastomoses e o procedimento de angioplastia coronária não estão correlacionados com a variação das percepções da qualidade de vida de cada um dos quatro escores medidos, como ilustra o Quadro 2. A simples realização do cateterismo diagnóstico ou terapêutico apresentou correlação altamente significativa com os escores físico, emocional, social e total.

Quadro 2 - Matriz de correlação de Pearson e Kendall dos escores medidos pelo questionário Mc New QLMI, com o tratamento instituído.

	PEARSON				KENDALL			
	FÍSICO	EMOC	SOCIAL	TOTAL	FÍSICO	EMOC	SOCIAL	TOTAL
NUMERO PONTES	0,0335	,083	,070	,051	0,0132	,062	,044	,032
Sig. Exata	0,7462	,420	,500	,619	0,8674	,433	,576	,684
ANGIOPL	-0,0288	,010	-,041	-,007	-0,0041	,003	-,001	,008
Sig. Exata	0,7809	,921	,691	,949	0,9603	,974	,989	,926
CATETER	0,3037	,333	,250	,344	0,2159	,202	,159	,220
Sig. exata	0,0026**	,001**	,014*	,001**	0,0083**	,013*	,050**	,007**

Sig. Exata – significância exata

* Correlação significativa a um nível 0,01 e 0,05 (bilateral).

**Correlação significativa a um nível inferior a 0,01 (bilateral).

N. Medida de correlação dos fatores de risco e os escores físico, emocional, social e total do questionário Mac New QLMI

Dentre os fatores de risco, a presença de hipertensão arterial diagnosticada não apresentou correlação significativa com nenhum dos escores. A dislipidemia, por outro lado, determinou correlação significativa com os escore físico e total.

O fator de risco *diabetes mellitus* correlacionou-se significativamente com todas as percepções de qualidade de vida.

O estresse, depressão e ansiedade, tabagismo e sedentarismo não apresentaram correlação significativa com nenhum escore (Quadro 3).

Quadro 3 - Coeficiente η , das relações entre os fatores de risco e os escores do QLMI

	ESCORES	VALOR	SIG. EXATA
HIPERTENSÃO ARTERIAL	FÍSICO	,703	,401
	EMOC	,707	,317
	SOCIAL	,766	,303
	TOTAL	,848	,371
DISLIPIDEMIA	FÍSICO	,546	,003**
	EMOC	,666	,068
	SOCIAL	,586	,075
	TOTAL	,730	,002**
DIABETES	FÍSICO	,705	,0405*
	EMOC	,741	,033*
	SOCIAL	,645	,026*
	TOTAL	,771	,035*
ESTRESSE	FÍSICO	,725	,240
	EMOC	,687	,322
	SOCIAL	,654	,168
	TOTAL	,755	,248
DEPRESSÃO ANSIEDADE	FÍSICO	,748	,314
	EMOC	,712	,374
	SOCIAL	,675	,241
	TOTAL	,817	,334
TABAGISMO	FÍSICO	,750	,161
	EMOC	,660	,128
	SOCIAL	,632	,210
	TOTAL	,746	,151
SEDENTARISMO	FÍSICO	,703	,273
	EMOC	,700	,246
	SOCIAL	,678	,231
	TOTAL	,840	,249

* Correlação significativa a nível 0,01 e 0,05.

** Correlação significativa a nível inferior a 0,01.

O. Resultados de similaridades entre os escores do questionário Mac New QLMI e a parede infartada

Não houve significância entre as relações dos escores com as paredes acometidas pelo infarto, como mostra o Quadro 4.

Quadro 4 – Correlação entre os escores físico, emocional, social e total do Mac New QLMI com a parede acometida pelo infarto

ESCORES	VALORES	SIGNIFICÂNCIA EXATA
FÍSICO	,302	,754
EMOC	,304	,734
SOCIAL	,315	,672
TOTAL	,312	,814

P. Correlação da idade, tempo de tabagismo e tempo depois do infarto com os escores do questionário Mac New QLMI

Os resultados obtidos estão dispostos no Quadro 5. Houve correlação negativa significativa entre o tempo de tabagismo e o escore emocional, significando que, quanto maior o tempo de tabagismo, pior a percepção do paciente (menor é a nota para este item).

Os pacientes apresentavam um tempo de 3 a 18 meses após o infarto agudo do miocárdio até sua entrevista.

O tempo decorrido desde o infarto, bem como a idade, não apresentaram correlação significativa com os escores do questionário de qualidade de vida.

Quadro 5 - Correlação de Pearson da idade, tempo de tabagismo e tempo de infarto com os escores do questionário Mac New QLMI.

	Físico	Emocional	Social	Total
Idade	-,068	,082	-,019	-,029
Sig. exata	,513	,424	,857	,777
Tempo tabagismo	,183	-,200	-,188	-,188
Sig. exata	,074	,050*	,066	,067
Tempo de infarto	,014	,005	-,007	,008
Sig. exata	,891	,958	,944	,941

Sig. exata – significância exata.

* Correlação significativa a nível de 0,01 e 0,05.

Q. Análise de variância do escore total do questionário Mac New QLMI, considerando os gêneros como fator de variação

O quadro 6 mostra que não há diferença significativa entre as medidas da percepção de qualidade de vida entre os gêneros.

Quadro 6 - Análise de variância do escore total considerando-se os gêneros como fator de variação.

TOTAL	GL¹	SQ²	QM³	F⁴	Sig.⁵
Entre os gêneros	1	39,003	39,003	,052	,820
Dentro dos gêneros	94	70722,955	752,372	-	-
Total	95	70761,958	-	-	-

¹ - grau de liberdade, ² - soma dos quadrados, ³ – quadrado médio, ⁴ – F estatístico e

⁵ – significância.

R. Análise de variância dos escores do questionário Mac New QLMI, considerando o tratamento instituído como fator de variação

O teste F não demonstrou diferença significativa entre as médias dos escores de acordo com o tratamento instituído. Quando se compara as médias dos escores dentro do mesmo tipo de tratamento também não foi possível detectar diferenças significativas (Quadro 7).

Quadro 7 - Análise de variância do escore total considerando o tratamento como fator de variação

ESCORES	FATOR DE VARIAÇÃO	GL¹	SQ²	QM³	F⁴	Sig.⁵
FÍSICO	Entre tratamento	3	214,836	71,612	,316	,814
	dentro tratamento	92	20870,997	226,859	-	-
	Total	95	21085,833	-	-	-
EMOCIONAL	Entre tratamento	3	403,478	134,4927	0,603	0,615
	dentro tratamento	92	20513,15	222,9691	-	-
	Total	95	20916,63	-	-	-
SOCIAL	Entre tratamento	3	430,849	143,6163	0,721	0,542
	dentro tratamento	92	18330,88	199,2487	-	-
	Total	95	18761,73	-	-	-
TOTAL	Entre tratamento	3	1043,023	347,6743	0,459	0,712
	dentro tratamento	92	69705,5	757,6685	-	-
	Total	95	70748,53	-	-	-

¹ - grau de liberdade, ² - soma dos quadrados, ³ - quadrado médio, ⁴ - F estatístico e

⁵ - significância.

S - Correlação de Pearson e Kendall dos escores medidos pelo questionário SF-36 com o tratamento instituído

A correlação de Pearson e de Kendall não indicaram variações decorrentes do número de anastomoses, de procedimentos de angioplastia coronária ou da realização de cateterismo diagnóstico (Quadro 8).

Quadro 8 – Matriz de correlação de Pearson e de Kendall dos escores medidos pelo questionário SF-36 com o tratamento instituído

	PEARSON				KENDALL			
	FÍSICO	EMOC	SOCIAL	TOTAL	FÍSICO	EMOC	SOCIAL	TOTAL
NUMERO PONTES	,139	-,017	,160	,118	,102	-,051	,109	,093
Sig. Exata	,178	,872	,118	,252	,197	,533	,195	,244
ANGIOPL	-,106	-,054	-,070	-,113	-,057	,025	-,013	-,047
Sig. Exata	,304	,598	,497	,272	,492	,764	,882	,572
CATETER	,029	-,098	,143	,019	,052	-,093	,151	,025
Sig. exata	,779	,340	,166	,856	,522	,267	,081	,764

T. Coeficiente η das relações entre os fatores de risco e os escores físico, emocional, social e total do questionário de qualidade de vida SF-36

O fator de risco **hipertensão arterial** apresentou alta correlação significativa com o escore emocional; a **dislipidemia** mostrou a mesma correlação significativa com o escore social. O *diabetes mellitus* também mostrou correlação altamente significativa com o escore físico e significativa com escore emocional e total.

A **depressão** e **ansiedade** apresentaram correlação significativa com escore físico e total. O tabagismo correlacionou-se significativamente com os escores físico e total. O **sedentarismo** não apresentou correlação significativa com nenhum escore do questionário SF-36 (Quadro 9).

Quadro 9 - Coeficiente η das relações entre os fatores de risco e os escores físico, emocional, social e total do SF-36.

	ESCORES	VALORES	SIG. EXATA
HIPERTENSÃO ARTERIAL	FÍSICO	,657	,295
	EMOC	,371	,003**
	SOCIAL	,411	,369
	TOTAL	,653	,279
DISLIPIDEMIA	FÍSICO	,650	,102
	EMOC	,175	,175
	SOCIAL	,219	,026*
	TOTAL	,686	,131
DIABETES	FÍSICO	,683	,002**
	EMOC	,254	,022*
	SOCIAL	,230	,053
	TOTAL	,501	,019*
ESTRESSE	FÍSICO	,746	,088
	EMOC	,386	,118
	SOCIAL	,259	,146
	TOTAL	,523	,048*
DEPRESSÃO ANSIEDADE	FÍSICO	,653	,038*
	EMOC	,461	,328
	SOCIAL	,394	,288
	TOTAL	,544	,036*
TABAGISMO	FÍSICO	,632	,036*
	EMOC	,445	,019*
	SOCIAL	,249	,090
	TOTAL	,636	,050
SEDENTARISMO	FÍSICO	,748	,133
	EMOC	,400	,190
	SOCIAL	,253	,210
	TOTAL	,577	,058

* Correlação significativa a nível de 0,01 e 0,05.

** Correlação significativa a nível inferior a 0,01.

U. Coeficiente η para as similaridades entre os escores do questionário SF-36 e a parede acometida pelo infarto.

O Quadro 10 mostra os resultados obtidos pelo questionário SF-36, tendo em conta a parede acometida pelo IAM. Não houve correlação significativa dos escores com esta variável.

Quadro 10 – Correlação entre os escores físico, emocional, social e total do SF-36, com a parede acometida pelo infarto

ESCORES	VALORES	SIGNIFICÂNCIA EXATA
FÍSICO	,754	,302
EMOCIONAL	,495	,382
SOCIAL	,386	,378
TOTAL	,594	,334

V. Correlação da idade, tempo de tabagismo e tempo de infarto com os escores do questionário SF-36

Não houve correlação significativa entre idade, tempo de tabagismo e tempo de infarto com nenhum dos escores (Quadro 11).

Quadro 11 - Correlação de Pearson entre a idade, tempo de tabagismo e tempo após infarto com os escores de qualidade de vida.

	FÍSICO	EMOCIONAL	SOCIAL	TOTAL
Idade	-,061	-,064	-,165	-,101
Sig. Exata	,555	,537	,107	,326
Tempo de tabagismo	,054	,032	-,002	,044
Sig. Exata	,598	,758	,985	,670
Tempo de infarto	-,073	-,017	-,030	-,064
Sig. Exata	,482	,0872	,772	,535

X. Análise de variância do escore total do questionário SF-36, considerando os gêneros como fator de variação

A análise de variância mostra que não há diferença significativa entre as médias do escore total de ambos os gêneros (Quadro 12).

Quadro 12 - Análise de variância do escore total, considerando-se os gêneros como fator de variação

TOTAL	GL¹	SQ²	QM³	F⁴	Sig.⁵
Entre os gêneros	1	,963	,963	,012	,914
Dentro dos gêneros	94	7735,944	82,297	-	-
Total	95	7736,906	-	-	-

¹ - grau de liberdade, ² - soma dos quadrados, ³ - quadrado médio, ⁴ - F estatístico e

⁵ - significância.

Z. Análise de variância dos escores do questionário SF-36, considerando o tratamento instituído como fator de variação

O quadro 13 mostra que não há diferença significativa entre as médias dos escores, levando-se em conta os diferentes tratamentos instituídos. Não há diferença entre as médias dos tratamentos para cada escore.

Quadro 13 - Análise de variância do escore total considerando-se os tratamentos instituídos como fator de variação

ESCORES	FATOR DE VARIAÇÃO	GL¹	SQ²	QM³	F⁴	Sig.⁵
FISICO	Entre tratamento	3	670,748	223,5827	1,001	0,396
	dentro tratamento	92	20320,87	220,8791	-	-
	Total	95	20991,62	-	-	-
EMOCIONAL	Entre tratamento	3	80,585	26,86167	0,597	0,619
	dentro tratamento	92	6201,246	67,40485	-	-
	Total	95	6281,832	-	-	-
SOCIAL	Entre tratamento	3	1557,086	519,0287	0,713	0,547
	dentro tratamento	92	56303,5	611,9946	-	-
	Total	95	57860,59	-	-	-
TOTAL	Entre tratamento	3	271,644	90,548	0,454	0,715
	dentro tratamento	92	7400,082	80,43567	-	-
	Total	95	7671,726	-	-	-

¹ - grau de liberdade, ² - soma dos quadrados, ³ – quadrado médio, ⁴ – F estatístico e

⁵ – significância.

6. Discussão

A evolução ocorrida desde os estudos empíricos sobre o termo “qualidade de vida” até a aplicação de questionários bem estruturados, confiáveis e validados para uma determinada população e idioma representou um grande salto no entendimento da QV, assunto de interesse para os diversos segmentos da sociedade moderna e para os profissionais da saúde. Os resultados já conhecidos a partir destas avaliações requerem uma reflexão sobre o tema, pois percebe-se que o indivíduo (paciente) não pode ser fragmentado nos seus aspectos de contextualização física, emocional e social quando se objetiva a saúde que se quer proteger ou promover (SEIDL; ZANNON, 2004).

Retornando à questão dos questionários, vários deles são utilizados na avaliação da QV, alguns genéricos e outros específicos.

Em nosso estudo utilizamos dois questionários, um deles genérico, o SF-36 e outro específico, o Mac New QLMI. Quando o instrumento genérico é empregado, alguns cuidados se tornam necessários ao interpretar elevados escores de sensibilidade às vezes obtidos, pois algumas de suas escalas, como a de dor e de domínio social, incluem somente duas questões cada. Assim, qualquer mudança na resposta dos escores de base durante o seguimento de um estudo, é sujeita a alterações significativamente maiores do que as observadas em instrumentos cujas escalas contêm mais itens.

Embora ainda não haja consenso de que alguns instrumentos genéricos, como o SF-36, sejam tão sensíveis ou relevantes para aferir os problemas específicos apresentados pelos pacientes com doença cardíaca isquêmica, também podem existir problemas na aplicação dos questionários específicos. A comparação, quanto à

sensibilidade, do QLMI com o SF-36 pode trazer dúvidas, visto que a equivalência de nota de um questionário é diferente do outro.

Por outro lado, poucos estudos apontam os valores médios do escore de cada domínio dos questionários como sendo o valor ideal para caracterizar a melhor percepção de qualidade de vida. Existem também muitas controvérsias quando se tenta comparar populações que vivem em contextos culturais, sociais e econômicos diferentes.

Estudos de QV sofrem, portanto, múltiplas interferências que não podem ser esquecidas. Apesar disso, no entendimento de alguns autores, para medir a mudança da QV mais acuradamente e explorar as propriedades que são afetadas por uma dada patologia, como o IAM por exemplo, um instrumento específico, o Mac New QLMI, fornece um complemento importante ao instrumento genérico (SEILD; ZANNON, 2004).

Além do Mac New QLMI, outros questionários específicos são relatados na literatura. SMITH; TAYLOR; MITCHELL (2000), em estudo comparando quatro instrumentos para aferição de qualidade de vida em pacientes cardíacos, utilizaram dois questionários genéricos (SF-36, SEIQoL) e dois específicos (Quality of Life Index, QLI, - cardiac version e QLMI) e observaram que todos mensuraram insuficientemente a QV. Os dois instrumentos específicos estudados apresentaram menor nível de sensibilidade, apesar de se esperar que estes questionários devessem ter melhor acurácia quando comparados aos genéricos. Acredita-se que esses resultados negativos possam ser atribuídos ao pequeno número de sujeitos envolvidos na pesquisa e ao curto período avaliado, fatos que representam sérias limitações a este tipo de pesquisa (SEILD; ZANNON, 2004; GUSMÃO et al., 2005).

A partir da leitura crítica e observações descritas nos estudos conduzidos por diversos estudiosos de qualidade de vida, optamos por utilizar o Mac New QLMI como instrumento específico de avaliação.

A população avaliada foi composta por 96 sujeitos com diagnóstico de IAM. Do total de entrevistados, a maior parte era do sexo masculino, à semelhança de muitos estudos publicados e de igual natureza (LIM et al., 1993; OLDRIDGE et al., 1998; BENETTI et al., 2001).

A idade dos pacientes variou de 41 a 65 anos, com maior número de pessoas colocadas entre 51 e 61 anos. Convém salientar que indivíduos com idade superior a 65 anos foram excluídos do estudo. A distribuição etária dos pacientes analisados foi semelhante à encontrada por Silva et al. (1998) e parece representar o universo de indivíduos mais acometido pelo IAM.

Não são muitas as publicações existentes enfocando a QV após o infarto agudo do miocárdio. Wingate (1995) sugere que, em mulheres após o IAM, cinco variáveis estão associadas à QV. São elas: a idade (as mais idosas tem pior percepção da qualidade de vida), o estado ocupacional (referente às atividades domésticas e profissionais), a gravidade da doença implicando em maior número de complicações, o estado civil (mulheres solteiras tem pior QV) e a categoria sócio-econômica. Com relação ao sexo masculino, três variáveis estão associadas à QV: o suporte social, controle da saúde e auto-estima.

Alguns autores relatam que as mulheres tem pior qualidade de vida após o IAM, quando comparadas aos homens (OLDRIDGE et al., 1998). Nosso estudo, que envolveu 71 (74%) homens, não detectou neles melhor percepção de QV. A análise do escore total dos questionários Mac New QLMI e SF-36 não demonstrou diferença estatisticamente significativa entre os gêneros. A comparação dos questionários também

não revelou diferença dentro do próprio gênero. Também não houve diferença estatisticamente significativa entre as faixas etárias, com relação a melhor ou pior qualidade de vida detectada pelos questionários. Apesar da discordância existente na literatura, nossos resultados se assemelham aos de Wingate (1995).

6.1. Qualidade de vida após o infarto agudo do miocárdio

A QV após um evento agudo e grave, como o IAM, sofre modificações para pior, de conformidade com a escala de valores de vida de cada paciente. Conforme Siviero (2003), os indivíduos, em sua ampla maioria, entendem o contexto saúde/doença de forma mais complexa. Não se trata apenas da ausência ou existência de uma doença. Fatores superponíveis como a perda de pessoas queridas, desemprego, existência de doença prolongada na família ou do próprio indivíduo, problemas conjugais, problemas com filhos, são estressores que geram impacto sobre a qualidade de vida e, adicionalmente, podem ter influência no desencadeamento e evolução de eventos cardiovasculares (INTERHEART, 2004). Isto pode ser detectado em diferentes domínios avaliados pelos questionários.

Ao analisar as respostas dos questionários de qualidade de vida, específico e genérico, e correlacioná-los, pode-se observar que o escore de domínio físico demonstrou alta correlação significativa nos dois questionários, semelhante ao descrito por Mayou et al., (2000).

O domínio emocional não apresentou correlação significativa entre os dois questionários. Para Hillers et al., (1994) a pontuação do escore emocional diminui após a alta hospitalar, permanecendo estável por seis semanas e retornando, gradativamente, a valores similares aos medidos durante a internação. Nosso estudo não foi desenhado para este tipo de avaliação ao longo do tempo.

Oldridge et al., (1991) avaliaram a qualidade de vida, após oito semanas, em pacientes submetidos à reabilitação cardíaca com aconselhamentos relativos à saúde. Verificaram que as maiores variações observadas também foram no escore emocional do QLMI. Em contrapartida, MORRIM; BLACK; REID (2000), utilizando o SF-36 para analisar a QV ao longo do tempo, encontraram mudanças significantes em seis meses de acompanhamento.

A avaliação subjetiva da qualidade de vida passa necessariamente por crenças e expectativas quanto à condição de vida que o paciente julga que terá após o evento. As respostas favoráveis no domínio social medidas pelos dois questionários, demonstram alta correlação significativa. O grau de satisfação dos pacientes observado nas respostas do domínio das relações sociais corrobora o que foi descrito por Oldridge, (1998). Segundo este autor, indivíduos que não são inseridos em programas efetivos de reabilitação cardíaca até oito semanas após o evento coronariano agudo, apresentam pior QV.

Os resultados obtidos pelos dois questionários demonstram que, na amostra estudada, a QV avaliada nos domínios físico, emocional, social e total, não apresentou correlação com o tempo decorrido desde o infarto do miocárdio. No estudo de qualidade de vida após IAM conduzido por Lemos et al., (2003), em 58 indivíduos com até 15 meses de evolução, também não foi demonstrada qualquer correlação dos escores de QV com o tempo decorrido após o infarto.

6.2. Qualidade de vida e fatores de risco para doenças cardiovasculares

Existem controvérsias de como os questionários de qualidade de vida detectam, de maneira efetiva, mudança no estilo de vida dos portadores de cardiopatias. Utilizamos um coeficiente de similaridade chamado “eta” para poder correlacionar os escores dos domínios físico, emocional, social e total dos questionários com os fatores de risco. É importante ressaltar que a presença de fatores de risco foi determinada a partir de informações obtidas do prontuário médico. Nesta etapa da discussão averiguaremos se a presença dos fatores de risco se correlaciona com os domínios emocionais, sociais e físicos, influenciando a qualidade de vida de sujeitos com história prévia de infarto agudo do miocárdio.

História pregressa

Dos 96 pacientes estudados, a maior parte se dedicava exclusivamente aos labores domésticos. O nível de escolaridade mais encontrado foi o ensino fundamental. Em relação ao estado civil, a maioria era casada.

Quanto à parede ventricular acometida pelo infarto, encontramos maior envolvimento da parede anterior (de forma isolada ou associada), seguido da parede inferior. O estudo de Lemos et al., (2003) comparou a parede acometida pelo infarto agudo do miocárdio com os domínios do questionário Mac New QLMI, não encontrando nenhuma correlação. Em nosso estudo também não encontramos essa correlação com nenhum dos domínios dos questionários Mac New QLMI e SF-36.

Em relação aos procedimentos invasivos, observou-se que 38 (40%) pacientes foram submetidos à revascularização miocárdica cirúrgica e o número de anastomoses (pontes) realizadas neste procedimento variou de 1 a 6. Sessenta por cento dos pacientes não foram revascularizados cirurgicamente, porém, 38% desses, foram submetidos a angioplastia coronária. Esta alta frequência de procedimentos invasivos

nem sempre calcados em protocolos clínicos, chama a atenção em virtude do seu alto custo médico-social (CARVALHO, 2001). Além disso, programas bem estruturados de reabilitação cardíaca são considerados obrigatórios à complementação terapêutica (CARVALHO, 2001), mas não são empregados em nossos pacientes em virtude da falta de serviço profissional adequado para tal finalidade. É necessária uma revisão urgente nestes procedimentos se quisermos melhorar a evolução clínica e a QV num processo racional de alocação de recursos.

Uma observação importante a ser feita é que não incluímos em nossa ficha de coleta de dados sócio-demográficos e clínicos a opção, ser ou não etilista, o que inviabiliza a análise desta variável.

Fatores de risco

A doença aterosclerótica é considerada parte do processo de envelhecimento mas pode apresentar manifestações graves e precoces, principalmente se a fatores genéticos de base estiverem associados os chamados fatores de risco para a aterosclerose precoce.

A partir da década de 50, estudos como o de Framingham, estabeleceram a relação entre fatores de risco e aumento da probabilidade de desenvolvimento precoce e rápido da doença aterosclerótica (III Diretriz sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio, 2004). A análise destes fatores é motivo de grande atenção na literatura médica (III Diretriz sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio, 2004; LEMOS et al., 2003; INTERHEART, 2004).

É preciso assinalar que este estudo não visa estabelecer a relação dos principais fatores de risco com o IAM, mas averiguar se eles estão ligados às alterações emocionais, sociais e físicas, comprometendo os aspectos de qualidade de vida de pacientes com história prévia de infarto agudo do miocárdio. Procurou-se também

verificar se ocorreu, previamente ou posteriormente ao IAM, algum evento marcante que pudesse causar impacto sobre a qualidade de vida. Veremos, a seguir, como estes fatores de risco estiveram ligados à percepção da QV em nossos pacientes.

Idade e sexo

A idade é um marcador de risco ainda muito discutido. Pacientes com idade superior a 65 anos apresentam prevalência elevada de doenças crônicas, com declínio de vários domínios de avaliação da QV (OLDRIDGE et al., 1998; BROWN; MELVILLE; GRAY, 1999; STAHLE et al., 1999). Para minimizar o efeito deste componente nos resultados deste estudo, nossa amostra incluiu apenas pacientes com idade inferior a 65 anos. Nesta faixa etária, a idade e o sexo não apresentaram correlação com nenhum dos domínios dos questionários. Neste aspecto, do ponto de vista de publicações existentes, apenas o estudo conduzido por Wingate (1995) mostrou que mulheres solteiras têm pior QV após o IAM.

Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS

A HAS determina um alto custo médico-social. Está ligada à gênese da cardiopatia isquêmica e da insuficiência cardíaca. Sua prevalência em pacientes com IAM varia de 22 a 35% (Nicolau et al., 1999). Existem evidências na literatura de que a prevenção secundária, voltada à redução da pressão arterial com a adoção de programas regulares de exercício físico, pode reduzir a incidência de eventos cardiovasculares e tem papel de destaque na melhoria da QV (HELLER et al., 1993). Em nosso estudo, encontramos 55% de indivíduos hipertensos após o IAM, número semelhante ao descrito no estudo FRICAS (SILVA et al., 1998). Estes valores superam a prevalência de hipertensos na população geral que varia de 22 a 44%, segundo a IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2002) e Estudo Corações do Brasil (2005).

Mesmo com 55% de hipertensos em nosso estudo, este fator de risco não apresentou correlação significativa com nenhum dos domínios do questionário Mac New QLMI. É possível que, apesar do questionário específico possuir perguntas médicas particulares, em sua estrutura não há indagação que leve o paciente a vincular qualquer dos domínios de avaliação da QV com a HAS. Quanto ao questionário genérico SF-36, o mesmo apresentou alta correlação significativa do domínio emocional com a hipertensão arterial. Acreditamos que, pelo fato do SF-36 possuir perguntas relacionadas às atividades da vida diária e a opção de resposta a essas perguntas ser SIM ou NÃO, isto facilita o entendimento do indivíduo quanto ao que está sendo questionado. Já o questionário específico oferece maior número de opções de resposta, o que leva a crer que alguns dos entrevistados podem ter se confundido em algum momento da entrevista. Outro fato a se considerar é que os pacientes deste estudo estavam em acompanhamento clínico e podem ter negligenciado este item por acreditar que o mesmo já estaria sob controle. Vale salientar que poucos pacientes tinham conhecimento da importância da HAS e da necessidade de manutenção de pressão arterial mais baixa.

Diabetes Mellitus - DM

O *diabetes mellitus* tem uma prevalência estimada na população geral de 7,6% (RABELO & MARTINEZ, 1998). O diabetes tipo 2, ligado a obesidade, é a forma de apresentação clínica mais freqüente da doença, representando 80 a 90% dos casos diagnosticados (MARTINEZ et al., 1996).

A prevalência do diabetes tipo 2 aumenta em faixas etárias mais avançadas e deverá acometer, aproximadamente, 200 milhões de pessoas em todo o mundo até 2010. Mudanças incorporadas nos últimos anos no estilo de vida e nos padrões alimentares

são fatores que podem explicar o atual incremento da prevalência desta patologia (LERÁRIO, 1998).

Na população estudada foram encontrados 20 indivíduos (21%) com diagnóstico de *diabetes mellitus*. Neste estudo não tivemos o objetivo de averiguar quantos deles tinham conhecimento das complicações que podem advir desta doença a médio e a longo prazo quando ela não é tratada corretamente.

Quando cruzamos os dados do Mac New QLMI com o fator de risco “diabetes”, observamos uma correlação significativa com todos os domínios averiguados pelo questionário. Também, o SF-36 apresentou correlação altamente significativa com o domínio físico e significativo com os escores dos domínios emocional e total.

Observamos que os dois questionários conseguem detectar que o diabetes interfere, de maneira negativa, nos domínios físico, emocional, social e total.

Um fato curioso e original em nosso estudo é a demonstração de que fatores de risco isolados não se correlacionam com menores índices de qualidade de vida. Como diabéticos, em geral, apresentam um ou mais fatores de risco associados, a somatória desses implica num menor escore de QV. Diferentemente, os marcadores de risco referentes ao sexo ou à idade produziram poucas alterações na QV.

Os resultados do estudo de Dempster et al., (2004) evidenciaram que diabéticos após o IAM tiveram comprometimento nos diferentes domínios do QLMI. Acredita-se que pacientes após doença coronária aguda criam mitos e falsas crenças a respeito de sua situação clínica, os quais produzem reflexos negativos na QV (MONEGO et al., 1996).

Tabagismo

Ao analisarmos o tabagismo no grupo estudado, verificamos que grande parte dos pacientes eram fumantes (76%). O tempo de exposição ao fumo foi, em média, de $30,4 \pm 12,7$ anos. A maior parte dos tabagistas fumavam, em média, 20 cigarros por dia. Nosso estudo não foi desenhado para identificação de possíveis fumantes passivos.

Vários estudos epidemiológicos apontam o tabagismo como fator de risco importante para doença arterial coronariana. Armaganijan; Batlouni (2000) observaram a relação direta entre a extensão da lesão das coronárias e o número de cigarros consumidos por dia. Recentemente os números do estudo INTERHEART (2004) confirmaram este fato.

Em nosso estudo, o questionário Mac New QLMI não conseguiu detectar correlação significativa do tabagismo com nenhum dos domínios de qualidade de vida. Porém, o questionário SF-36, correlacionou, significativamente, o tabagismo com os domínios físico e total. Este é um fato curioso pois esperávamos que o QLMI percebesse as alterações de qualidade de vida neste grupo de indivíduos por se tratar de um questionário específico. Não encontramos nenhum estudo com desenho metodológico semelhante ao nosso que apresentasse correlação deste fator de risco com os vários domínios dos questionários.

Foi avaliado também se havia diferenças entre o tempo de exposição ao fumo nos escores físico, emocional, social e total. Observou-se que o questionário específico Mac New QLMI apresentou correlação negativa significativa entre o tempo de tabagismo e o escore emocional, caracterizando que, quanto maior é o tempo de tabagismo, pior é a percepção de qualidade de vida desses indivíduos. O questionário genérico SF-36 não demonstrou essa mesma correlação com os escores. Acredita-se que o questionário QLMI, por ser específico, apresenta condições particulares que

caracterizam melhor as mudanças decorrentes do uso de tabaco com o domínio emocional.

É importante referir que muitos estudos têm sido conduzidos na área temática do tabagismo. Estudos realizados em onze países concluíram que o tabagismo é responsável por mais de 30% de todos os óbitos por IAM, com maior incidência deles ocorrendo entre os 40 e 60 anos. Não há distinção de gênero desde que as mulheres fumem do mesmo tanto que os homens (ROSEMBERG, 2001).

Pensando assim, as ações que podem contribuir para a interrupção ou redução do tabagismo mostram-se importantes. Medidas voltadas para a melhora da qualidade de vida precisam estar presentes em ensaios clínicos confiáveis e que sejam capazes de avaliar as políticas anti-tabaco já existentes e promover campanhas atuais e próximas da realidade de quem consome o cigarro.

A supressão do tabagismo após o IAM reduz a mortalidade, episódios de angina, infarto agudo do miocárdio e necessidade de intervenções cirúrgicas (ARMAGANIJAN; BATLOUNI, 2000).

Dislipidemias

A dislipidemia é um importante fator de risco para doença coronária. Recentemente, o estudo Heart Protection Study (2002) também correlacionou a ingestão de gordura e incidência de DAC. Sabe-se que as relações entre lípides plasmáticos, colesterol total e triglicérides dependem mais dos processos metabólicos ligados às lipoproteínas carreadoras de colesterol do que dos seus níveis sanguíneos propriamente ditos (BERTOLAMI, 2000).

Pesquisas relacionadas à prevenção primária e secundária da aterosclerose coronariana envolveram o uso de hipolipemiantes, tendo como alvo o LDL, e mudanças de estilo de vida. Estes estudos demonstraram que a redução dos níveis de LDL implica

na menor ocorrência de eventos cardiovasculares. Este efeito é amplificado quando a abordagem dos fatores de risco é abrangente, com controle da obesidade, do tabagismo, do diabetes e da pressão arterial ocorrendo simultaneamente (ARMAGANIJAM; BATLOUNI, 2000; Heart Protection Study, 2002).

Existem referências de que a dislipidemia também está associada com a depressão em diferentes padrões de personalidade (COELHO et al., 1999).

Dos 96 pacientes entrevistados, 13 eram dislipidêmicos e 83 não tinham este diagnóstico ou não havia exames no prontuário que a confirmassem. Apesar do número reduzido de indivíduos com dislipidemia no estudo, sua ocorrência apresentou correlação negativa, significativa e importante, com o domínio físico e total, quando investigada através do questionário Mac New QLMI. Também, no SF-36, a dislipidemia demonstrou ser um fator de risco com correlação significativa para o domínio social. Esse resultado é semelhante ao obtido nos estudos conduzidos por Coelho et al., (1999) e Lemos et al., (2003).

Foi perguntado aos pacientes da nossa pesquisa se os mesmos tinham conhecimento da importância do nível de colesterol como causador de doenças cardíacas. Grande parte dos indivíduos relatou não entender muito bem o que significava essa palavra “colesterol”; diziam que já ouviram falar bastante, mas que não era problema de fácil solução.

Dados como os expostos acima mostram a importância da atenção, por parte dos profissionais da saúde, na detecção e educação da população quanto a esse fator de risco.

Obesidade e sedentarismo

A obesidade emerge rapidamente como uma epidemia global, provocando grande impacto na saúde pública, e está associada a várias co-morbidades endócrinas e metabólicas, incluindo o *diabetes mellitus*, hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia. Trata-se de um grave distúrbio que reduz a expectativa e a qualidade de vida da população acometida (MORAES et al., 2003) e que requer uma abordagem efetiva, especialmente no que se refere à prevenção primária e secundária da coronariopatia. Estas exige o desenho de intervenções educacionais que induzam à adoção de estilo de vida adequado à saúde com orientações dietéticas e prática de atividades físicas regulares (COLOMBO et al., 2003). Em nosso estudo não avaliamos o sobrepeso e o grau de obesidade, esta é uma falha, e sugerimos aos próximos estudos que inclua essa análise.

Os pacientes foram questionados quanto a prática de exercício físico e sua frequência. As categorias foram divididas entre aqueles que não praticavam nenhuma atividade física regular (sedentários), realizavam-na apenas uma vez por semana, 2 vezes por semana ou mais de três vezes por semana. Grande parte dos indivíduos entrevistados (54%) não praticava nenhuma atividade física. Uma pequena parte (16%) realizavam-na mais de duas vezes por semana. A maior frequência foi de praticantes de atividades físicas uma (36%) e duas vezes por semana (48%).

Grande parte dos entrevistados foram identificados, portanto, como sedentários e, como tais, são candidatos a desenvolver sobrepeso ou obesidade ao longo do tempo.

Em nosso estudo, os questionários de qualidade de vida Mac New QLMI e o SF-36 não detectaram nenhuma correlação significativa dos vários domínios com este fator de risco. Em uma analogia com o estudo de Dixon et al., (2002) que encontrou

escore médio para o domínio físico do questionário Mac New QLMI de 49,1, o nosso apresentou um escore médio de 63,8 no Mac New QLMI e 56,4 no SF-36. Concorde-se que escores mais elevados denotam melhor percepção da qualidade de vida (MICHELONE; SANTOS, 2004). É importante ressaltar que existem muitas controvérsias em relação a comparações desta natureza, uma vez que situações emocionais, sociais e culturais são bem diferentes em populações diversas, além do que os questionários usados em nosso estudo não apresentam um equivalente de nota para os escores.

Não tivemos, como objetivo, observar a evolução da qualidade de vida ao longo do tempo. No estudo de Dugmore et al., (1999) a qualidade de vida melhorou, de forma acentuada, no período de quatro a 12 meses após o IAM, especialmente quando o paciente realizava reabilitação cardíaca. Os indivíduos que participaram de nosso estudo não praticaram exercícios supervisionados e, muito menos, reabilitação cardíaca.

BETHELL (1997), em artigo de revisão, destaca que a reabilitação cardíaca aumenta a capacidade física, aumenta a variabilidade da frequência cardíaca, melhora o perfil lipídico, reduz a pressão arterial sistêmica, diminui o risco de trombose arterial, reduz o peso, gera benefícios psicológicos e melhora a qualidade de vida. Isto pode representar uma opção para melhorar o atendimento de nossos pacientes.

Depressão/ansiedade e estresse

A importância do estresse psicológico nas doenças cardiovasculares foi motivo de análise no estudo INTERHEART (2004) revelando-se um importante fator de risco isolado. A relação entre depressão e infarto agudo do miocárdio é conhecida há muito tempo. Algumas observações mostraram que a incidência de doença coronariana é maior entre os deprimidos e que nos pacientes coronariopatas a depressão tem maior

prevalência. Estas observações foram confirmadas em estudos com metodologias variadas (SILVA FILHO et. al., 1999).

Fleck (2002) observaram que, no Brasil, pacientes com sintomas depressivos procuram mais os serviços de saúde, permanecem mais tempo internados e faltam mais ao trabalho do que os não deprimidos.

O estresse emocional pode induzir espasmos coronarianos, aumento da ativação plaquetária e maior variabilidade da frequência cardíaca. A interação entre estes fatores pode provocar isquemia miocárdica, oclusão vascular trombótica, arritmia cardíaca, IAM e morte súbita (DENOLLET; VAES; BRUSTSAERT, 2000).

Dos 96 indivíduos entrevistados em nosso estudo, grande parte deles respondeu afirmativamente quanto ao fato de se sentirem deprimidos ou ansiosos (66%) e estressados (54%).

Para Campos (1992), a ocorrência de doenças ou morte de pessoas próximas, conflitos existenciais, insatisfação profissional ou pessoal, perda de emprego ou de prestígio, podem desencadear eventos coronarianos. Em nosso estudo, o questionário SF-36 demonstrou correlação significativa da depressão e ansiedade com os domínios físico e total. O Mac New QLMI não mostrou correlação significativa com nenhum dos domínios. Ao analisarmos os eventos vividos nos últimos anos pelos indivíduos deste estudo, pudemos observar as ocorrências citadas anteriormente. O que percebemos é que, durante o relato de suas vidas, no momento da entrevista, esses sentimentos refletiam as atividades cotidianas dos pacientes e os sinais e sintomas por eles manifestados. A sensação de aperto no peito e vontade de não fazer nada se assemelharam àquelas detectadas por Campos (1992). Apesar destas similaridades, não é possível comparar o escore médio do domínio emocional encontrado com o mesmo

domínio de outros estudos existentes devido a grande diferença de perfil nas populações avaliadas.

É necessário, porém, que profissionais da saúde tentem identificar a depressão, particularmente na população que tem antecedentes familiares ou pessoais ligados à aterosclerose precoce, e atuem sobre eles. Sugerimos, além da simples inserção dos pacientes em programas de reabilitação cardíaca, que estes enfatizem a educação para a saúde. Ações visando a melhora da função cardiovascular com a aplicação de programas de atividade física regular e orientação dietética e terapêutica adequadas, não podem deixar de considerar ações que visem a promoção da saúde mental, aspectos que se revelam tão importantes quanto os demais.

A ação do profissional de saúde na modificação da prevalência da DAC e na morbi-mortalidade a ela relacionadas, deve estar apoiada na educação para a saúde, atuando num conceito amplo de qualidade de vida baseado na compreensão das necessidades humanas fundamentais.

6.3. Qualidade de vida e tratamento instituído

A doença coronariana, por suas manifestações agudas às vezes letais e por seu caráter crônico impondo mudanças de hábitos de vida, provoca mudanças importantes na vida das pessoas.

Carvalho (2001) acompanhou 381 coronariopatas com lesões vasculares graves, todos participantes de um programa de reabilitação cardíaca. No acompanhamento não foi demonstrada vantagem para os indivíduos tratados com recursos intervencionistas quando comparados aos que se submeteram ao tratamento exclusivamente clínico, no que se refere à QV. Os resultados do estudo de Carvalho (2001) corroboram, em parte, o estudo conduzido por Peduzzi et al., (1987) que mostrou que o tratamento cirúrgico, apesar de produzir melhora significativa na classe funcional de insuficiência cardíaca e alívio da angina, nos primeiros cinco anos após a intervenção, não modifica significativamente a qualidade de vida. Estes autores corroboram que a reabilitação cardíaca melhora a qualidade de vida destes pacientes além de aumentar aderência ao tratamento medicamentoso.

Os estudos de Wenger (1984) e Oldridge et al., (1998), com desenho metodológico diferente do realizado por Peduzzi et al., (1987), demonstraram que pacientes submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica apresentaram melhora da qualidade de vida e, quando esta estava associada à reabilitação cardíaca, a percepção do estado geral de saúde e a adesão ao tratamento clínico aumentava.

Em nosso estudo observamos a relação entre o tipo de tratamento instituído e a percepção da qualidade de vida. Nossos resultados não demonstraram diferença significativa entre os escores de qualidade de vida do questionário Mac New QLMI quando os procedimentos de revascularização cirúrgica foram utilizados. Quando se compara as médias dos escores dentro do mesmo tipo de tratamento também, não foi

possível detectar diferenças significativas na qualidade de vida. Não encontramos, na literatura consultada, nenhum estudo que relatasse valores de escores médios de qualidade de vida correlacionados ao tipo de tratamento instituído.

A realização do cateterismo diagnóstico apresentou correlação altamente significativa com os domínios físico, emocional, social e total. Acreditamos que estas alterações na percepção da qualidade de vida possam ser explicadas pelo medo de que o evento coronariano pudesse se repetir e a crença de que a realização do exame poderia garantir a boa evolução.

O questionário SF-36 não demonstrou diferença significativa entre os domínios de QV e o tratamento instituído. Pode ser que, por se tratar de um questionário genérico, com um espectro mais amplo de investigação, ele não consiga detectar as particularidades de um grupo que recebeu tratamento específico. O teste F mostrou não existir diferença entre as médias dos escores do questionário de qualidade de vida SF-36 e os diferentes tipos de tratamento utilizados.

Parece-nos agora claro que o principal determinante da QV envolve um conjunto de ações dirigidas para reduzir os fatores de risco, como tabagismo, dislipidemias, hipertensão arterial, obesidade e prevenir o aparecimento de outras situações potencialmente deletérias, especialmente o sedentarismo, a depressão e ansiedade e o estresse.

As observações feitas dirigem-se, de modo especial aos programas de reabilitação cardíaca e modificações no estilo de vida. Os benefícios já extensamente comprovados destas intervenções utilizando-se programas de reabilitação contribuem, decisivamente, para a melhora das condições de vida dos pacientes. O conjunto destas abordagens aumenta a probabilidade de melhora da qualidade e da quantidade de vida dos mesmos.

7. Conclusão

O presente estudo permite as seguintes conclusões:

a - o domínio físico e social dos questionários Mac New QLMI e SF-36 demonstram correlação significativa ao medirem a qualidade de vida.

b - os índices de qualidade de vida medidos pelo questionário Mac New QLMI apresentam-se menores quando associados ao diabetes e dislipidemias.

c – a dislipidemia apresenta correlação negativa importante com os domínios físico e total do Mac New QLMI.

d - o SF-36 apresenta piores índices de qualidade de vida, nos domínios físico e total, quando coexistem a hipertensão arterial, o tabagismo, a depressão e ansiedade e o estresse.

e - o tempo decorrido após o infarto não implica em alterações nos índices de qualidade de vida dos pacientes após o infarto.

f – o questionário Mac New QLMI mostra resultados favoráveis nos domínios de QV quando o cateterismo cardíaco é realizado.

g – não há diferença na QV em relação ao tipo de tratamento médico instituído no pós-infarto.

h – Devido os elevados índices de fatores de risco os tratamentos propostos podem apresentar falhas importantes.

Referências

- ARANGO, H. G. **Bioestatística teórica e computacional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. 185p.
- ARMAGANIJAM, D. ; BATLOUNI, M. Impacto dos fatores de risco tradicionais. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 10, n. 6, nov/dez, 2000. p. 132-139. Disponível em: <<http://www.socesp.org.br>>. Acesso em: 11 novembro 2004.
- BALLONE, G. J. Personalidade Tipo A e Cardiologia – in **PsigWeb**, Internet, 2001. Disponível em: <<http://gballone.sites.uol.com.br/psicossomatica/cardiologia3.html>>. Acesso em: 05 novembro 2005.
- BENETTI, M; NAHAS, M. V.; BARROS, M. V. G. Reproducibility and validity of a brazilian version of the Mac New quality of life after myocardial infarction (Mac New QLMI) questionnaire. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, v. 33, n. 5, supl.1, 2001. p. 62. Disponível em: <<http://www.acsm-msse.org>>. Acesso em: 03 julho 2005.
- BERTOLAMI, M. C. A conexão entre as lipoproteínas e a aterosclerose. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 10, n. 6, nov/dez, 2000. p.111-115. Disponível em: <<http://www.socesp.org.br>>. Acesso em: 23 abril 2004.
- BETHELL, H. J. N. Exercise in cardiac rehabilitation. **Britanic Journal of Sports Medicine**, v. 33, p. 79-86, 1997.
- BRAUNWALD, E. **Tratado de medicina cardiovascular**. 4. ed. Rio de Janeiro: Roca, 2001. 1289 p.
- BRONSTEIN, M. Exercício e Obesidade. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 111-116, jan/fev, 1996.
- BROWN, N.; MELVILLE, M.; GRAY, D. Quality of life four years after acute myocardial infarction: Short Form 36 scores compared with a normal population. **Heart**, v. 81, p. 352-358, 1999.
- BRYANT. B.: MAYOU. R. Quality of life in cardiovascular disease, **British Heart Journal**, v. 69, p. 460-466, 1993.

CAMPOS, E. P. Aspectos psicossomáticos em cardiologia. In: MELLO FILHO, J. et al. **Psicossomática Hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 385 p.

CARLSSON, R. Serum cholesterol, lifestyle, working capacity and quality of life in patients with coronary artery disease. Experiences from a hospital based secondary prevention programme. **Scandinavian Cardiovascular of Journal**, v. 32, p. 1-19, 1998.

CARVALHO, T. **Reabilitação cardíaca em portadores de cardiopatia isquêmica com obstrução coronárias passíveis de tratamento intervencionista**. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, 2001.

CASTRO, D. S. **Estresse e Estressores dos familiares de pacientes com Traumatismo Crânio-Encefálico em Terapia Intensiva**. 1999. 144p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Ana Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

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

COELHO, R.; RAMOS, E.; PRATA, J.; MACIEL, M. J.; BARROS, H. Acute myocardial infarction: psychosocial and cardiovascular risk factors in men. **Journal of Cardiovascular Risk**, v. 6, p. 157-162, 1999.

COLOMBO, R. C. R. et al. Caracterização da obesidade em pacientes com infarto agudo do miocárdio. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 461-467, jul/ago. 2003.

DEMPSTER, M. et al. The validity of the Mac New Quality of Life in heart disease questionnaire. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 2, n. 6 , 2004.

DENOLLET, J.; VAES, J.; BRUSTSAERT, D. L. Inadequate response to treatment in coronary heart disease adverse effects of type D personality and yonger age on 5-year prognosis and quality of life. **Circulation**, v. 102, p. 630-635, 2000.

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 4. , 2002, Campos de Jordão: **Sociedade Brasileira de Cardiologia**. BG Cultura, 2002. 40 p.

DIRETRIZES BRASILEIRAS SOBRE DISLIPIDEMIA, 3. , 2001. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 77, supl. III. Disponível em: <<http://www.cardiol.com.br>>. Acesso em: 11 novembro 2004.

DIRETRIZ BRASILEIRA DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA SÍNDROME METABÓLICA, 1. , 2005, São Paulo: **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 84, supl.I, 65 p. Disponível em: <http://www.publicacoes.cardiol.br/consenso/2005/sindromemetabolica.pdf>>. Acesso em 08 de junho 2005.

DIRETRIZ PARA CESSAÇÃO DO TABAGISMO. 2004, São Paulo: **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 30, supl. 2, 30p. Disponível em: <http://www.sbpt.org.br>>. Acesso em 30 de julho 2005.

DIRETRIZ SOBRE TRATAMENTO DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO, 3. , 2004, **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 83, supl. IV, 2004. p. 56-61.

DIXON, T.; LIM, L. L.; OLDRIDGE, N. B. The Mac New heart disease health-related, quality of life instrument: Reference data for users. **Quality of Life Research**, v.11, p. 173-183, 2002.

DUGMORE, L. D.; TIPSON, R. J.; PHILLIPS, M. H.; FLINT, E. J.; STENTIFORD, N. H.; BONE, M. F.; LITTLER, W. A. Changes in cardiorespiratory fitness, psychological well being, quality of life, and vocational status following a 12 month cardiac exercise rehabilitation program. **Heart**, v. 81, p. 359-366, 1999.

Estudo Corações do Brasil. Disponível em: <http://www.prevencao.cardiol.br/campanhas/coracoesdobrasil>>. Acesso em: 1 setembro 2005.

FALUDI, A. A.; MASTROCOLLA, M.; BERTOLAMI, C. Atuação do exercício físico sobre os fatores de risco para doenças cardiovasculares. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 6, n. 1, p.1-5, jan/fev 1996.

FARINATTI, P. T. V.; OLIVEIRA, R. B.; PINTO, V. L. M.; MONTEIRO, W. D.; FRANCISCHETTI, E. Programa domiciliar de exercícios: efeitos de curto prazo sobre a aptidão física e pressão arterial de indivíduos hipertensos. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 84, p. 473-479, 2005.

FLECK, M. P. A. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, supl. 3, p. 431-438, agosto 2002.

FONSECA, F. A. H. et al. Modificações dos hábitos de vida e outras opções terapêuticas. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 9, n. 1, jan/fev 1999. Disponível em: <http://www.socesp.org.br>>. Acesso em: 20 outubro 2001.

FORTI, N.; DIAMENT, J.; GIANINI, S. D. Intervenções terapêuticas nas dislipidemias e prevenção de doença aterosclerótica coronária, aspectos práticos clínicos. **Revista da**

Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo, São Paulo, v. 9, n. 1, jan/fev 1999.
Disponível em: <<http://www.socesp.org.br>>. Acesso em: 27 março 2002.

FOSTER, C.; OLDRIDGE, N. B.; DION, W.; FORSYTH, G.; GREVENOW, P.; HANSEN, M. A.; LAUGHLIN, J.; PLITCHA, C.; RABAS, S.; SHARKEY, R. E.; SCHMIDT, D. H. Time course of recovery during cardiac rehabilitation. **Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation**, v. 15, p. 209-215, 1995.

GARDNER, J. K.; McCONNEL, T. R.; KLINGER, T. A.; HERMAN, C. P.; HAUCK, C. A.; LAUBACH JUNIOR, C. A. Quality of life and self-efficacy: Gender and diagnoses considerations for management during cardiac rehabilitation. **Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation**, v. 23, p. 299-306, 2003.

GUCHT, V.; ELDEREN, T. V.; KAMP, L. V. D.; OLDRIDGE, N. Quality of life after myocardial: Translation and validation of the Mac New questionnaire for a Dutch population. **Quality of life research**, v. 13, p. 1483-1488, 2004.

GUIMARÃES, A. Cardiopatia coronária. Aspectos epidemiológicos e preventivos. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 59, n. 1, p. 5-11, 1992.

GUSMÃO, J. L.; JUNIOR, D. M.; PIERIN, A. M. G. Avaliação da qualidade de vida do paciente hipertenso: proposta de um instrumento. **Hipertensão**, v. 8, n. 1, p. 22-29, 2005.

Heart Protection Study of cholesterol lowering simvastatin in 20.536 high-risk individuals: a randomized controlled trial. **The Lancet**, v. 360, p. 7-22, julho 2002.
Disponível em: <<http://www.periodicos.org.br>>. Acesso em: 13 maio 2005.

HELLER, R. F.; KNAPP, J. C.; VALENTI, L. A.; DOBSON, A. J. Secondary prevention after acute myocardial infarction. **American Journal of Cardiology**, v. 72, p. 759-762, 1993.

HILLERS, T. K.; GUYATT, G. H.; OLDRIDGE, N.; CROWE, J.; WILLAN, A.; GRIFFITH, L.; FEENY, D. Quality of life after myocardial infarction. **Journal Clinic Epidemiology**, v. 47, p. 1287-1296, 1994.

HOFER, S.; LIM, L.; GUYATT, G.; OLDRIDGE, N. The Mac New heart disease health-related quality of life instrument: A summary. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 2, p. 1-9, 2004.

INTERHEART. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. **The Lancet**, v. 84, n. 11, p. 199-201, 2004. Disponível em: <<http://www.thelancet.com>>. Acesso em: 15 abril 2005.

ISSA, J. S.; FRANCISCO, Y. A. Obesidade e doenças cardíacas: Aspectos epidemiológicos e preventivos. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 6, n. 5, p. 558-563, set/out 1996.

KANNEL, W. B. Epidemiologic contributions to preventive cardiology and challenges for the twenty-five century. In: WONG, N. D.; BLACK, H. R.; GARDIN, J. M. **Preventive cardiology**, New York, p. 3-20, 2000.

KANNEL, W. B.; DAWBER, T. R.; KAGAN, A.; REVOSTSKIE, N.; STOKES, J. Factors of risk in the development of coronary heart disease – six – year follow-up experience: The Framingham study. **Annals Interno de Medicina**, v. 55, n. 1, p. 33-50, 1961.

LEAL, A. R.; PAIVA, C.; HÖFER, S.; AMADO, J.; GOMES, L.; OLDRIDGE, N. **Evaluative and discriminative properties of the portuguese Mac New health-related quality of life questionnaire**. [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <erikson@fesurv.br> em 16 de agosto de 2005.

LEMOES, V. S.; SOLOGUREN, M. J.; SOUSA, T. C.; CRAVO, S. L. Qualidade de vida em pacientes após infarto agudo do miocárdio. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 13, n. 4, supl. A, p. 17-26, 2003.

LERÁRIO, A. C. Diabetes melito: aspectos epidemiológicos. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 9, n. 5, p. 885-891, set/out 1998.

LIM, L. L. Y.; ALENTI, L. A.; KNAPP, J. C.; DOBSON, A. J.; PLOTNIKOFF, R.; HIGGINBOTHAM, N.; HELLER, R. F. A self-administered quality of life questionnaire after acute myocardial infarction. **Journal Clinic Epidemiology**, v. 46, p. 1249-1256, 1993.

MARTINEZ, T. L. R.; NOVAZZI, J. P.; VALE, A. A. L.; LEITE, P. F. Obesidade e coração. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 6, n. 4, p. 447-451, jul/ago 1996.

MAYOU, R. A.; GILL, D.; THOMPSON, D. R.; HICKS, N.; VOLMINK, J.; NEIL, A. Depression and anxiety as predictors of outcome after myocardial infarction. **Psychosomatic Medicine**, v. 62, p. 212-219, 2000.

McCONNEL, T. R.; LAUBACH, C. A.; MEMON, M.; GARDNER, J. K.; KLINGER, T. A.; PALM, R. J. Quality of life and self-efficacy in cardiac rehabilitation patients over 70 years of age following acute myocardial infarction and bypass revascularization surgery. **American Journal Geriatric Cardiology**, v. 9, p. 210-218, 2000.

Medical Outcomes Trust: Assessing health status and quality of life instruments attributes and review criteria. **Quality of Life Research**, v. 11, p. 193-205, 2002.

MICHELONE, A. P. C.; SANTOS, V. L. C. G. Qualidade de vida de adultos com câncer colorretal com e sem ostomia. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 12, n. 6, p. 875-883, 2004.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MONEGO, E. T.; PEIXOTO, M. R. G.; JARDIM, P. C. B. V.; SOUZA, A. L. L.; BRAGA, V. L. N.; MOURA, M. F. Diferentes terapias no tratamento da obesidade em pacientes hipertensos. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 66, n. 6, p. 343-347, 1996.

MORAES, C. M. et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade em pacientes com diabetes tipo 1. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia**, São Paulo, v. 47, n. 6, p.1-5, 2003.

MORRIN, L.; BLACK, S.; REID, R. Impact of duration in a cardiac rehabilitation program on coronary risk profile and health related quality of life outcomes. **Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation**, v. 20, p. 115-121, 2000.

NETTO, J. R. F.; CHAGAS, A. C. P.; LUZ, P. L. Síndromes coronárias: avanços na fisiopatologia. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 9, n. 1, jan/fev 1999. Disponível em: <<http://www.soces.org.br>>. Acesso em: 04 janeiro 2005.

NICOLAU, J. C.; BARACIOL, L. M.; COSTA, O. M. C.; HERNANDES, M. E. Infarto do miocárdio em hipertenso. **Revista de Hipertensão**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 38-41, 1999.

OEHSCHLAEGER, M. H. K.; PINHEIRO, R. T.; HORTA, B. Prevalence of sedentarism and its associated factors among urban adolescents. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 2, p.157-163, 2004.

OLDRIDGE, N.; GOTTLIEB, M.; GUYATT, G.; JONES, N.; STREINER, D.; FEENY, D. Predictors of health related quality of life with cardiac rehabilitation after acute myocardial infarction. **Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation**, v. 18, p. 95-103, 1998.

OLDRIDGE, N.; GUYATT, G.; CROWE, J.; FEENY, D.; JONES, N. Goal attainment in a randomized controlled trial of rehabilitation after myocardial infarction. **Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation**, v. 19, p. 29-34, 1999.

OLDRIDGE, N.; GUYATT, G.; CROWE, J.; SINGER, J.; FEENY, D.; MCKELVIE, R.; RUNIONS, J.; STREINER, D.; TORRANCE, G. Effects on quality of life with comprehensive rehabilitation after acute myocardial infarction. **American Journal Cardiology**, v. 67, p. 1084-1089, 1991.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: Componentes estruturais de ação. Brasília, 105 p, 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **CARMEN**: Iniciativa para prevenção integrada de doenças não transmissíveis na América. Brasília, 32 p, 2003.

PEDUZZI, P.; HULTGREN, H.; THOMSEN, J.; DETRE, K. Ten year effect of medical and surgical therapy on quality of life: Veterans Administration cooperative study of coronary artery surgery. **American Journal of Cardiology**, v. 59, p. 1017-1023, 1987.

RABELO, L. M.; MARTINEZ, T. L. R. Dislipidemias. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, v. 8, n. 5, p. 908-911, 1998.

ROSEMBERG, J. **Tabagismo e doenças cardiovasculares**. São Paulo: Grupo Editorial Moreira Júnior, v. 6, 2001. p. 39-41.

SARTO, G. Análise dos fatores de risco para a doença arterial coronariana. **Jornal Brasileiro de Medicina**, v. 73, p. 20-26, 1997.

SCHIPPER, H.; CLINCH, J.; OLWENY, C. L. M. Quality of life studies: Definitions and conceptual issues. **Quality of Life and Pharmacoeconomics in clinical trials [2nd edition]**. Lippincott-Raven Publishers, p.11-23, 1996.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. 580-588, mar/abril 2004.

SILVA FILHO, H. C. et al. Depressão após infarto do miocárdio. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 48, n. 4, p. 163-67, 1999.

SILVA, M. A. D.; SOUZA, A. C. M. R.; SCHARGODSKY, H. Fatores de risco para infarto do miocárdio no Brasil – Estudos de FRICAS. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 74, n. 5, p. 667-675, 1998.

SIVIERO, I. M. P. S. **Saúde mental e qualidade de vida de infartados**. 2003. 111f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2003.

SMITH, H. J.; TAYLOR, R.; MITCHELL, A. A comparison of four quality of life instruments in cardiac patients: SF36, QLI, QLMI and SEIQoL. **Heart**, v. 84, p. 390-394, 2000.

STAHL, F. A.; MATTSSON, E.; RYDENT, L.; UNDER, A. L.; NORDLANDER, R. Improved physical fitness and quality of life following training of elderly patients after acute coronary events- a 1 year follow-up randomized controlled study. **European Heart of Journal**, v. 20, p. 1475-1484, 1999.

THE WHOQOL GROUP. The world health organization quality of life assessment. Position paper from the World Health Organization. **Society Science Medicine**, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995.

TIMERMAN, R. S.; SOUZA, M. F. M.; SERRANO, C. V. Aspectos epidemiológicos das doenças cardiovasculares em nosso meio: tendência da mortalidade por doença isquêmica do coração no Brasil de 1979 a 1996. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 11, n. 4, jul/ago 2001. Disponível em: <<http://www.socesp.br>>. Acesso em: 04 janeiro 2005.

WENGER, N. K. Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies. **American Journal of Cardiology**, v. 54, p. 908-913, 1984.

WINGATE, S. Quality of life for women after a myocardial infarction a women after a myocardial infarction. **Heart Lung**, v. 24, p. 467-473, 1995.

Word Health Organization Quality of Life Assessment. **Word Health Forum**, v. 17, p. 354-356, 1996.

VII Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure – 2003. Disponível em: <http://www.sonnenwende.com/sonn_hhhefe.html>. Acesso em: 13 julho 2005.

ANEXOS

Anexo I



Universidade Federal de Uberlândia
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP
Av. João Naves de Ávila, nº 2121 - Bloco J - Campus Santa Mônica - Uberlândia-MG -
CEP 38400-089 - FONE/FAX (034) 239-4131

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA Nº 203/03

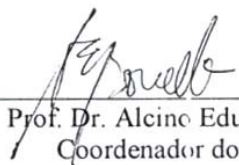
Uberlândia, 15 de dezembro de 2003.

Ilmo (a) Sr. (a).
Prof. (a) Dr. (a). Elmiro Santos Rezende

Prezado (a). Professor (a),

Informamos-lhe, que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia, examinou e **APROVOU** o projeto de pesquisa "**Qualidade de Vida em pacientes após infarto agudo do miocárdio na cidade de Uberlândia**", protocolado sob o número **159/2003**, do qual V.Sa. figura como pesquisador responsável, para ser desenvolvido a partir **desta data**.

Em adendo, informamos que o prazo para entrega de relatório é de 120 dias após o término da execução prevista no cronograma do projeto, conforme norma da Res. 196/96 CNS.



Prof. Dr. Alcino Eduardo Bonella
Coordenador do CEP/UFU

Anexo II

Termo de consentimento livre e esclarecido

Confirmo por meio deste, que o fisioterapeuta Erikson Custódio Alcântara, convidou-me a participar do estudo para avaliar a qualidade de vida relativa à saúde pós infarto agudo do miocárdio, através de dois questionários: um questionário específico e um questionário genérico.

Eu, _____, concordo em participar deste estudo e ciente da realização de uma (1) entrevista, a qual responderei ao questionário específico Mac New QLMI para pacientes pós Infarto Agudo do Miocárdio e ao questionário genérico SF-36 para pacientes com doença de um modo geral, e caso haja qualquer imprevisto, nova entrevista poderá ser realizada, bem como minha ficha clínica poderá ser investigada pelo referido fisioterapeuta.

Fui informado(a) que o objetivo deste estudo é correlacionar a qualidade de vida à saúde e que responderei à questões demográficas e clínicas.

Fui informado(a) que todas as dúvidas serão plenamente esclarecidas pelo fisioterapeuta, que outros pacientes participam deste estudo, e que o meu médico foi informado da minha participação neste estudo.

Fui informado(a) que minha participação é voluntária e que a qualquer momento e a qualquer razão, posso interromper minha participação neste estudo.

Fui informado(a) que as informações coletadas a meu respeito ficarão à disposição, caso necessário, das autoridades regulamentadoras, do participante do estudo, e que esta informação será mantida em sigilo e se os resultados forem publicados, não serei identificado.

Confirmo por meio deste, que concordo em participar deste estudo de maneira inteiramente voluntária.

Assinatura do paciente ou representante legalmente autorizado

_____	_____	_____
Nome	Assinatura do investigador	Data
_____	_____	_____
Nome	Assinatura da Testemunha	Data

Anexo III
Mac New QLMI
Questionário de Qualidade de Vida - Infarto do Miocárdio¹

DADOS PESSOAIS

NOME: IDADE:

ENDEREÇO:

..... TELEFONE:

Gostaríamos de lhe fazer algumas perguntas sobre como você tem se sentido **NAS DUAS ÚLTIMAS SEMANAS**.

Por favor, marque um “X” no espaço ☐ que se refere à sua resposta.

1. Com que frequência você se sentiu frustrado, impaciente ou irritado durante as duas últimas semanas ?

- 1 ☐ TODO O TEMPO
- 2 ☐ A MAIOR PARTE DO TEMPO
- 3 ☐ GRANDE PARTE DO TEMPO
- 4 ☐ UMA PARTE DO TEMPO
- 5 ☐ UM POUCO DO TEMPO
- 6 ☐ RARAMENTE
- 7 ☐ EM NENHUM MOMENTO

2. Com que frequência, durante as duas últimas semanas, você se sentiu inútil ou deslocado do seu ambiente ?

- 1 ☐ TODO O TEMPO
 - 2 ☐ A MAIOR PARTE DO TEMPO
 - 3 ☐ GRANDE PARTE DO TEMPO
 - 4 ☐ UMA PARTE DO TEMPO
 - 5 ☐ UM POUCO DO TEMPO
 - 6 ☐ RARAMENTE
 - 7 ☐ EM NENHUM MOMENTO
-

- 3. Durante as duas últimas semanas, quanto tempo você se sentiu muito confiante e seguro de que poderia lidar com seu problema cardíaco ?**
- 1 ☐ EM NENHUM MOMENTO
 - 2 ☐ RARAMENTE
 - 3 ☐ UM POUCO DO TEMPO
 - 4 ☐ UMA PARTE DO TEMPO
 - 5 ☐ GRANDE PARTE DO TEMPO
 - 6 ☐ A MAIOR PARTE DO TEMPO
 - 7 ☐ TODO O TEMPO
- 4. Em geral, quanto tempo você se sentiu desencorajado ou no fundo do poço, nas duas últimas semanas ?**
- 1 ☐ TODO O TEMPO
 - 2 ☐ A MAIOR PARTE DO TEMPO
 - 3 ☐ GRANDE PARTE DO TEMPO
 - 4 ☐ UMA PARTE DO TEMPO
 - 5 ☐ UM POUCO DO TEMPO
 - 6 ☐ RARAMENTE
 - 7 ☐ EM NENHUM MOMENTO
- 5. Quanto tempo, nas duas últimas semanas, você se sentiu relaxado e livre de tensões ?**
- 1 ☐ EM NENHUM MOMENTO
 - 2 ☐ RARAMENTE
 - 3 ☐ UM POUCO DO TEMPO
 - 4 ☐ UMA PARTE DO TEMPO
 - 5 ☐ GRANDE PARTE DO TEMPO
 - 6 ☐ A MAIOR PARTE DO TEMPO
 - 7 ☐ TODO O TEMPO
- 6. Com que frequência nas duas últimas semanas você se sentiu desgastado ou sem energia ?**
- 1 ☐ TODO O TEMPO
 - 2 ☐ A MAIOR PARTE DO TEMPO
 - 3 ☐ GRANDE PARTE DO TEMPO
 - 4 ☐ UMA PARTE DO TEMPO
 - 5 ☐ UM POUCO DO TEMPO

☐ 6 RARAMENTE

☐ 7 EM NENHUM MOMENTO

7. Quão feliz, satisfeito ou realizado você se sentiu nas duas últimas semanas ?

☐ 1 MUITO INSATISFEITO, INFELIZ A MAIOR PARTE O TEMPO

☐ 2 GERALMENTE INSATISFEITO, INFELIZ

☐ 3 UM POUCO INSATISFEITO, INFELIZ

☐ 4 GERALMENTE SATISFEITO, FELIZ

☐ 5 FELIZ, NA MAIOR PARTE DO TEMPO

☐ 6 MUITO FELIZ, NA MAIOR PARTE DO TEMPO

☐ 7 EXTREMAMENTE FELIZ, NÃO PODERIA ESTAR MAIS SATISFEITO

8. Em geral, com que frequência você se sentiu agitado ou como se você não pudesse se acalmar, nas duas últimas semanas ?

☐ 1 TODO O TEMPO

☐ 2 A MAIOR PARTE DO TEMPO

☐ 3 GRANDE PARTE DO TEMPO

☐ 4 UMA PARTE DO TEMPO

☐ 5 UM POUCO DO TEMPO

☐ 6 RARAMENTE

☐ 7 EM NENHUM MOMENTO

9. Em que grau você teve dificuldade para respirar enquanto realizava suas atividades físicas da vida diária, nas duas últimas semanas ?

☐ 1 EXTREMA DIFICULDADE DE RESPIRAR

☐ 2 GRANDE DIFICULDADE DE RESPIRAR

☐ 3 DIFICULDADE DE RESPIRAR

☐ 4 DIFICULDADE MODERADA

☐ 5 UM POUCO DE DIFICULDADE DE RESPIRAR

☐ 6 PEQUENA DIFICULDADE DE RESPIRAR

☐ 7 SEM DIFICULDADE DE RESPIRAR

10. Com que frequência, nas duas últimas semanas, você sentiu vontade de chorar?

☐ 1 TODO O TEMPO

☐ 2 A MAIOR PARTE DO TEMPO

☐ 3 GRANDE PARTE DO TEMPO

☐ 4 UMA PARTE DO TEMPO

- 5 ☐ UM POUCO DO TEMPO
- 6 ☐ RARAMENTE
- 7 ☐ EM NENHUM MOMENTO

11. Com que freqüências, nas duas últimas semanas você se sentiu mais dependente do que era antes do problema cardíaco ?

- 1 ☐ TODO O TEMPO
- 2 ☐ A MAIOR PARTE DO TEMPO
- 3 ☐ GRANDE PARTE DO TEMPO
- 4 ☐ UMA PARTE DO TEMPO
- 5 ☐ UM POUCO DO TEMPO
- 6 ☐ RARAMENTE
- 7 ☐ EM NENHUM MOMENTO

12. Com que freqüência, nas duas últimas semanas, você se sentiu incapaz de realizar suas atividades sociais ou atividades sociais com sua família ?

- 1 ☐ TODO O TEMPO
- 2 ☐ A MAIOR PARTE DO TEMPO
- 3 ☐ GRANDE PARTE DO TEMPO
- 4 ☐ UMA PARTE DO TEMPO
- 5 ☐ UM POUCO DO TEMPO
- 6 ☐ RARAMENTE
- 7 ☐ EM NENHUM MOMENTO

13. Com que freqüência, nas duas últimas semanas, você sentiu que os outros não tinham a mesma confiança em você como tinham antes do problema cardíaco?

- 1 ☐ TODO O TEMPO
- 2 ☐ A MAIOR PARTE DO TEMPO
- 3 ☐ GRANDE PARTE DO TEMPO
- 4 ☐ UMA PARTE DO TEMPO
- 5 ☐ UM POUCO DO TEMPO
- 6 ☐ RARAMENTE
- 7 ☐ EM NENHUM MOMENTO

14. Com que freqüência, nas duas últimas semanas, você teve dores no peito durante as atividades do dia-a-dia ?

- 1 ☐ TODO O TEMPO
- 2 ☐ A MAIOR PARTE DO TEMPO

3 ☐ GRANDE PARTE DO TEMPO

4 ☐ UMA PARTE DO TEMPO

5 ☐ UM POUCO DO TEMPO

6 ☐ RARAMENTE

7 ☐ EM NENHUM MOMENTO

15. Com que frequência, nas duas últimas semanas, você se sentiu inseguro ou com pouca auto-confiança ?

1 ☐ TODO O TEMPO

2 ☐ A MAIOR PARTE DO TEMPO

3 ☐ GRANDE PARTE DO TEMPO

4 ☐ UMA PARTE DO TEMPO

5 ☐ UM POUCO DO TEMPO

6 ☐ RARAMENTE

7 ☐ EM NENHUM MOMENTO

16. Com que frequência, nas duas últimas semanas, você sentiu-se incomodado com cansaço ou dores nas pernas ?

1 ☐ TODO O TEMPO

2 ☐ A MAIOR PARTE DO TEMPO

3 ☐ GRANDE PARTE DO TEMPO

4 ☐ UMA PARTE DO TEMPO

5 ☐ UM POUCO DO TEMPO

6 ☐ RARAMENTE

7 ☐ EM NENHUM MOMENTO

17. Nas duas últimas semanas, quanto você se sentiu limitado para praticar esportes ou exercitar-se, devido ao seu problema cardíaco ?

1 ☐ EXTREMAMENTE LIMITADO

2 ☐ MUITO LIMITADO

3 ☐ BASTANTE LIMITADO

4 ☐ MODERADAMENTE LIMITADO

5 ☐ UM POUCO LIMITADO

6 ☐ MUITO POUCO LIMITADO

7 ☐ SEM QUALQUER LIMITAÇÃO

18. Com que frequência, nas duas últimas semanas, você se sentiu apreensivo ou com medo ?

- 1 ☐ TODO O TEMPO
- 2 ☐ A MAIOR PARTE DO TEMPO
- 3 ☐ GRANDE PARTE DO TEMPO
- 4 ☐ UMA PARTE DO TEMPO
- 5 ☐ UM POUCO DO TEMPO
- 6 ☐ RARAMENTE
- 7 ☐ EM NENHUM MOMENTO

19. Com que frequência, nas duas últimas semanas, você sentiu-se tonto ?

- 1 ☐ TODO O TEMPO
- 2 ☐ A MAIOR PARTE DO TEMPO
- 3 ☐ GRANDE PARTE DO TEMPO
- 4 ☐ UMA PARTE DO TEMPO
- 5 ☐ UM POUCO DO TEMPO
- 6 ☐ RARAMENTE
- 7 ☐ EM NENHUM MOMENTO

20. Em geral, nas duas últimas semanas, quanto você se sentiu restringido ou limitado por causa do seu problema cardíaco ?

- 1 ☐ EXTREMAMENTE LIMITADO
- 2 ☐ MUITO LIMITADO
- 3 ☐ BASTANTE LIMITADO
- 4 ☐ MODERADAMENTE LIMITADO
- 5 ☐ UM POUCO LIMITADO
- 6 ☐ MUITO POUCO LIMITADO
- 7 ☐ SEM QUALQUER LIMITAÇÃO

21. Com que frequência, nas duas últimas semanas, você se sentiu inseguro sobre a quantidade de exercícios ou atividades físicas você deveria estar fazendo ?

- 1 ☐ TODO O TEMPO
- 2 ☐ A MAIOR PARTE DO TEMPO
- 3 ☐ GRANDE PARTE DO TEMPO
- 4 ☐ UMA PARTE DO TEMPO
- 5 ☐ UM POUCO DO TEMPO
- 6 ☐ RARAMENTE
- 7 ☐ EM NENHUM MOMENTO

22. Com que frequência, nas duas últimas semanas, você sentiu que sua família estivesse sendo super-protetora com você ?

- 1 ☐ TODO O TEMPO
- 2 ☐ A MAIOR PARTE DO TEMPO
- 3 ☐ GRANDE PARTE DO TEMPO
- 4 ☐ UMA PARTE DO TEMPO
- 5 ☐ UM POUCO DO TEMPO
- 6 ☐ RARAMENTE
- 7 ☐ EM NENHUM MOMENTO

23. Com que frequência, nas duas últimas semanas, você se sentiu como uma carga para outras pessoas ?

- 1 ☐ TODO O TEMPO
- 2 ☐ A MAIOR PARTE DO TEMPO
- 3 ☐ GRANDE PARTE DO TEMPO
- 4 ☐ UMA PARTE DO TEMPO
- 5 ☐ UM POUCO DO TEMPO
- 6 ☐ RARAMENTE
- 7 ☐ EM NENHUM MOMENTO

24. Com que frequência, nas duas últimas semanas, você se sentiu excluído de atividades com outras pessoas devido ao seu problema cardíaco ?

- 1 ☐ TODO O TEMPO
- 2 ☐ A MAIOR PARTE DO TEMPO
- 3 ☐ GRANDE PARTE DO TEMPO
- 4 ☐ UMA PARTE DO TEMPO
- 5 ☐ UM POUCO DO TEMPO
- 6 ☐ RARAMENTE
- 7 ☐ EM NENHUM MOMENTO

25. Com que frequência, nas duas últimas semanas, você se sentiu incapaz de manter contatos sociais por causa de seu problema cardíaco ?

- 1 ☐ TODO O TEMPO
- 2 ☐ A MAIOR PARTE DO TEMPO
- 3 ☐ GRANDE PARTE DO TEMPO
- 4 ☐ UMA PARTE DO TEMPO
- 5 ☐ UM POUCO DO TEMPO

6 ☐ RARAMENTE

7 ☐ EM NENHUM MOMENTO

26. Em geral, nas duas últimas semanas, quanto você tem se sentido limitado em suas atividades físicas por causa do seu problema cardíaco ?

1 ☐ EXTREMAMENTE LIMITADO

2 ☐ MUITO LIMITADO

3 ☐ BASTANTE LIMITADO

4 ☐ MODERADAMENTE LIMITADO

5 ☐ UM POUCO LIMITADO

6 ☐ MUITO POUCO LIMITADO

7 ☐ SEM QUALQUER LIMITAÇÃO

27. Com que frequência, nas duas últimas semanas, você sentiu que seu problema cardíaco afetou suas relações sexuais ?

1 ☐ TODO O TEMPO

2 ☐ A MAIOR PARTE DO TEMPO

3 ☐ GRANDE PARTE DO TEMPO

4 ☐ UMA PARTE DO TEMPO

5 ☐ UM POUCO DO TEMPO

6 ☐ RARAMENTE

7 ☐ EM NENHUM MOMENTO

Terminou. Muito obrigado por responder as questões.

Anexo IV

Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida SF-36

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda toda questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro ou em dúvida em como responder, por favor tente responder o melhor que puder.

1- Em geral você diria que sua saúde é: (circule uma)

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

2- **Comparada a um ano atrás**, como você classificaria sua saúde em geral, agora? (Circule uma)

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 ? (Circule um número em cada linha)

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-	1	2	3

se			
g) Andar mais de 1 quilometro	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?**

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a) Você diminuiu a quantidade de tempo que dedicava-se 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 sentir-se deprimido ou ansioso)? (Circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a) Você diminuiu a quantidade de tempo que dedicava-se 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 ? (circule uma)

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

7- Quanta dor no corpo você teve durante as **últimas 4 semanas**? (circule uma)

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)? (circule uma)

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 da maneira como você se sente, em relação às **últimas 4 semanas**. (circule um número para cada linha)

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Algu ma 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 animá-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	1	2	3	4	5	6

tem se sentido uma pessoa feliz?						
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

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

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? (circule uma em cada linha)

	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

Anexo V

Ficha de coleta de dados sócio-demográficos e clínicos

Dados Pessoais:

Nome: _____

Idade: _____

Sexo: ☐ Masculino

☐ Feminino

Cor: ☐ Branca

☐ Negra

☐ Pardo

Data de nascimento: _____

Profissão: _____

Escolaridade: ☐ Fundamental

☐ Médio

☐ Superior

☐ Analfabeto

Estado civil: ☐ Solteiro(a)

☐ Casado(a)

☐ Desquitado/divorciado(a)

☐ Viúvo(a)

Fatores de risco

☐ Hipertensão Arterial

☐ Dislipidemia

☐ diabetes

☐ Stress

☐ Depressão e ansiedade

☐ Tabagismo _____ (tempo)

Sedentarismo: ☐ atividade física 1 vez por semana

☐ atividade física 2 vezes por semana

☐ mais de 2 vezes por semana

Infarto:

Parede acometida: _____

Data do diagnóstico: _____

Cirurgia cardíaca: _____

Angioplastia: _____

Cateterismo: _____