

Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde

João Pedro Resende Castro

Influência das variáveis sociodemográficas e clínicas no conhecimento de fatores de risco, estilo de vida, adesão farmacológica e qualidade de vida das pessoas com doença arterial coronariana

Uberaba
2020

João Pedro Resende Castro

Influência das variáveis sociodemográficas e clínicas no conhecimento de fatores de risco, estilo de vida, adesão farmacológica e qualidade de vida das pessoas com doença arterial coronariana

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde. Orientadora: Profa. Dra. Suzel Regina Ribeiro Chavaglia
Linha de Pesquisa: Atenção à Saúde das Populações.
Eixo temático: Saúde do Adulto e do Idoso

Uberaba

2020

Catálogo na fonte:

Biblioteca da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

C351i Castro, João Pedro Resende
Influência das variáveis sociodemográficas e clínicas no conhecimento de fatores de risco, estilo de vida, adesão farmacológica e qualidade de vida das pessoas com doença arterial coronariana / João Pedro Resende Castro. -- 2020.
84 f. : tab.

Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) -- Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2020
Orientadora: Profa. Dra. Suzel Regina Ribeiro Chavaglia

1. Doenças cardiovasculares. 2. Fatores de risco. 3. Cooperação e adesão ao tratamento. 4. Conhecimento. 5. Qualidade de vida. I. Chavaglia, Suzel Regina Ribeiro. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 616.1

João Pedro Resende Castro

Influência das variáveis sociodemográficas e clínicas no conhecimento de fatores de risco, estilo de vida, adesão farmacológica e qualidade de vida das pessoas com doença arterial coronariana

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde. Orientadora: Profa. Dra. Suzel Regina Ribeiro Chavaglia

Linha de Pesquisa: Atenção à Saúde das Populações.

Eixo temático: Saúde do Adulto e do Idoso

Uberaba, 17 de fevereiro de 2020.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a Suzel Regina Ribeiro Chavaglia - Orientadora
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof.^a Dr.^a Maria Helena Barbosa
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof. Dr. Vinicius Batista Santos
Universidade Federal de São Paulo

Dedica-se este trabalho aos profissionais da saúde que lutam para difundir o conhecimento aos pacientes, fazendo-os coparticipantes de seu tratamento, bem como aos pacientes cardiopatas, razão primeira deste estudo

AGRADECIMENTOS

À Deus por proporcionar minha vida, por me sustentar nos momentos mais difíceis e nunca me abandonar.

À Prof.^a Dr.^a Suzel Regina Ribeiro Chavaglia pela construção e condução deste projeto junto a mim, pela confiança e por todos os ensinamentos.

Ao Prof. Dr. Vanderlei José Haas pelo auxílio nas análises estatísticas e na interpretação dos dados.

A todos os Professores do PPGAS por enriquecer minha jornada com seus saberes e orientações.

Aos funcionários do PPGAS, Daniele e Fábio, por estarem sempre dispostos a nos auxiliar.

Ao Prof. Dr. Fernando de Martino pela parceria e incentivo para que esse trabalho fosse realizado.

Aos profissionais do ambulatório de cardiologia e do serviço de hemodinâmica do HC-UFTM, por me auxiliarem na coleta de dados e serem sempre tão carinhosos e receptivos comigo.

As amigas que construí nesta jornada acadêmica, Fabiana e Ismene, por me auxiliarem na coleta de dados e tantos outros momentos.

À minha amiga Juliana por sempre me amparar nos momentos de angústia e sempre me elevar mentalmente com suas palavras de suporte.

Aos colegas do programa e do grupo de pesquisa pelo apoio e suporte nos momentos necessários.

Aos meus pais, familiares e companheiro Guilherme, bem como sua família, por entenderem os momentos de ausência e me incentivarem em momentos que pensei não ser capaz de prosseguir.

Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

“Existem muitas hipóteses em ciência que estão erradas. Isso é perfeitamente aceitável, eles são a abertura para achar as que estão certas”.

Carl Sagan

RESUMO

A doença arterial coronariana é a principal causa de mortalidade mundial, sendo necessária sua prevenção incluindo educação em saúde. O conhecimento dos fatores de risco auxilia na mudança de estilo de vida e adesão farmacológica. Este estudo objetivou analisar a influência de variáveis sociodemográficas e clínicas sobre o conhecimento geral e específico dos fatores de risco para doença arterial coronariana, mudança no estilo de vida, adesão farmacológica e qualidade de vida. Estudo transversal, metodologia quantitativa. A coleta de dados ocorreu no ambulatório de cardiologia e serviço de hemodinâmica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, incluiu pacientes maiores de 18 anos de idade; diagnosticados com doença arterial coronariana; conscientes e orientados. Foram excluídos os pacientes já entrevistados anteriormente no período de coletas de dados ou que tenham passado por consulta médica cardiológica no dia da abordagem. Utilizou-se três instrumentos: questionário para caracterização sociodemográfica e clínica, questionário de conhecimento dos fatores de risco cardiovascular e *World Health Organization Quality of Life Assessment – bref*. Para variáveis categóricas foram utilizadas frequência absoluta e relativas, para as variáveis quantitativas média, mediana e desvio padrão. Utilizou-se o teste t de *Student* para preditores dicotômicos e correlação de *Pearson* para preditores quantitativos. Usou-se regressão linear múltipla com nível de significância α de 5%. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas sob parecer 3.069.738. Do total de 136 participantes, 97 (71,3%) encontravam-se no serviço de hemodinâmica, maioria do sexo masculino 82 (60,3%); cor branca 85 (62,5%) e idosos 92 (67,6%). Possuíam hipertensão arterial sistêmica 115 (84,6%) e 99 (72,8%) hereditariedade como fator de risco não modificável, 98 (72,1%) tiveram Infarto Agudo do Miocárdio e 81 (59,6%) realizaram intervenção coronária percutânea. O conhecimento geral dos fatores de risco obteve média 7,06 (dp=1,62) e mudança no estilo de vida 3,59 (dp=2,25). Quanto à qualidade de vida, o domínio físico obteve média 61,26 (dp=19,67) e domínio social 71,44 (dp=25,24). O teste de correlação de *Pearson* evidenciou correlação entre escolaridade e conhecimento geral $p < 0,001$, escolaridade e os domínios social e ambiental, $p = 0,043$ e $p < 0,001$, e correlação entre o domínio psicológico e adesão farmacológica, $p = 0,034$. Os dados demonstram baixo conhecimento para fatores de risco específicos. A análise de regressão linear múltipla evidencia que quanto menor a idade maior é o conhecimento geral e específico para fatores de risco $p = 0,003$ e

$p=0,001$. Conclui-se que, quanto maior a escolaridade maior o conhecimento geral de fatores de risco para doença arterial coronariana, e quanto menor a idade maior o conhecimento geral e específico de fatores de risco. A renda individual melhora os domínios físico, psicológico e ambiental da qualidade de vida. Notou-se também que os homens possuem melhor qualidade de vida nos domínios psicológico e social.

Palavras-chave: Doenças Cardiovasculares; Fatores de Risco; Cooperação e Adesão ao Tratamento; Conhecimento; Qualidade de Vida

ABSTRACT

Cardiovascular diseases affect the heart and blood vessels, including coronary artery disease and others. Such a disease is the main cause of mortality worldwide, and its prevention is necessary through health education. It is noted that knowledge of risk factors helps in changing lifestyle and pharmacological adherence. This study aimed to analyze the influence of sociodemographic and clinical variables on the general and specific knowledge of risk factors for coronary artery disease, change in lifestyle, pharmacological adherence and quality of life. This is an observational, cross-sectional, quantitative study. Data collection took place at the cardiology outpatient clinic and hemodynamics service at Hospital de Clínicas, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, including patients over 18 years of age; diagnosed with coronary artery disease; aware and oriented that managed to answer the questionnaires. Patients who were already interviewed during the defined collection period or who had undergone a cardiac medical consultation on the day of the research approach were not considered. Three instruments were used: questionnaire for sociodemographic and clinical characterization, questionnaire on knowledge of cardiovascular risk factors and World Health Organization Quality of Life Assessment - bref. For categorical variables, absolute and relative frequencies were used, for quantitative variables, mean, median and standard deviation. Student's t test was used for dichotomous predictors and Pearson's correlation for quantitative predictors. Multiple linear regression was used with a significance level of α of 5%. The research was approved by the Research Ethics Committee under opinion 3,069,738. Of the total of 136 participants, 97 (71.3%) were in the hemodynamics service, with the majority being male 82 (60.3%); white color 85 (62.5%) and elderly 92 (67.6%). 115 (84.6%) had systemic arterial hypertension and 99 (72.8%) had heredity as a non-modifiable risk factor, 98 (72.1%) had acute myocardial infarction and 81 (59.6%) underwent intervention percutaneous coronary. The general knowledge of risk factors obtained a mean of 7.06 (SD = 1.62) and a change in lifestyle of 3.59 (SD = 2.25). As for quality of life, physical domain with an average of 61.26 (sd = 19.67) and social domain 71.44 (sd = 25.24). The correlation between schooling and general knowledge stands out $p < 0.001$, using Pearson's correlation. The correlation between education and the social and environmental domains was evidenced, $p = 0.043$ and $p < 0.001$, using Pearson's correlation. There was a correlation between the psychological domain and pharmacological adherence, $p = 0.034$, through Pearson's correlation. It is noted the low knowledge for specific risk

factors, reinforcing that patients need consultations and monitoring focused on their own disease and, mainly, on their risk factors. It was concluded that the higher the level of education, the greater the general knowledge of risk factors for coronary artery disease, and the lower the age, the greater the general and specific knowledge of risk factors. Individual income improves the physical, psychological and environmental domains of quality of life. It was also noted that men have a better quality of life in the psychological and social domains.

Keywords: Cardiovascular Diseases; Risk Factors; Treatment Adherence and Compliance; Knowledge; Quality of Life

RESUMEN

La enfermedad arterial coronaria es la principal causa de mortalidad en todo el mundo, y su prevención es necesaria, incluida la educación sanitaria. El conocimiento de los factores de riesgo ayuda a cambiar el estilo de vida y la adherencia farmacológica. Este estudio tuvo como objetivo analizar la influencia de las variables sociodemográficas y clínicas en el conocimiento general y específico de los factores de riesgo de enfermedad coronaria, cambio en el estilo de vida, adherencia farmacológica y calidad de vida. Estudio transversal, metodología cuantitativa. La recolección de datos se realizó en la clínica ambulatoria de cardiología y el servicio de hemodinámica del Hospital de Clínicas, Universidad Federal del Triângulo Mineiro, incluidos pacientes mayores de 18 años; diagnosticado con enfermedad de la arteria coronaria; consciente y orientado. Se excluyeron los pacientes que fueron entrevistados previamente durante el período de recopilación de datos o que se sometieron a consulta médica cardíaca el día del abordaje. Se utilizaron tres instrumentos: cuestionario para caracterización sociodemográfica y clínica, cuestionario sobre el conocimiento de los factores de riesgo cardiovascular y Evaluación de la calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud - bref. Para las variables categóricas, se utilizaron frecuencias absolutas y relativas, para las variables cuantitativas, media, mediana y desviación estándar. Se utilizó la prueba t de Student para predictores dicotómicos y la correlación de Pearson para predictores cuantitativos. Se usó regresión lineal múltiple con un nivel de significancia de α del 5%. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación con el dictamen 3.069.738. Del total de 136 participantes, 97 (71.3%) estaban en el servicio de hemodinámica, la mayoría de los cuales eran hombres 82 (60.3%); color blanco 85 (62.5%) y ancianos 92 (67.6%). 115 (84,6%) y 99 (72,8%) tenían hipertensión hereditaria como factor de riesgo no modificable, 98 (72,1%) tenían infarto agudo de miocardio y 81 (59,6%) se sometieron a intervención coronaria percutáneo. El conocimiento general de los factores de riesgo obtuvo una media de 7.06 (DE = 1.62) y un cambio en el estilo de vida de 3.59 (DE = 2.25). En cuanto a la calidad de vida, el dominio físico tuvo un promedio de 61.26 (DE = 19.67) y un dominio social de 71.44 (DE = 25.24). La prueba de correlación de Pearson mostró una correlación entre la escolaridad y el conocimiento general $p < 0.001$, la escolaridad y los dominios sociales y ambientales, $p = 0.043$ y $p < 0.001$, y la correlación entre el dominio psicológico y la adherencia farmacológica, $p = 0.034$. Los datos demuestran un bajo conocimiento de

factores de riesgo específicos. El análisis de regresión lineal múltiple muestra que cuanto menor es la edad, mayor es el conocimiento general y específico para los factores de riesgo $p = 0.003$ y $p = 0.001$. Se concluyó que cuanto mayor es el nivel de educación, mayor es el conocimiento general de los factores de riesgo de enfermedad coronaria, y cuanto menor es la edad, mayor es el conocimiento general y específico de los factores de riesgo. El ingreso individual mejora los dominios físicos, psicológicos y ambientales de la calidad de vida. También se observó que los hombres tienen una mejor calidad de vida en los ámbitos psicológico y social.

Palabras-clave: Enfermedades Cardiovasculares; Factores de Riesgo; Cumplimiento y Adherencia al Tratamiento; Conocimiento; Calidad de Vida

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos dados sociodemográficos dos pacientes com Doença Arterial Coronariana. N=136. Uberaba, MG, 2019	33
Tabela 2 - Distribuição dos dados referentes a fatores de risco modificáveis e não modificável. Uberaba, MG, 2019	34
Tabela 3 - Distribuição dos dados de caracterização das comorbidades e procedimentos prévios. Uberaba, MG, 2019	34
Tabela 4 - Distribuição de Índice de Massa Corporal, Idade e Tempo de Doença. Uberaba, MG, 2019.....	35
Tabela 5 - Distribuição dos escores de grau de conhecimento geral, específico, mudança no estilo de vida e adesão farmacológica, referentes a Q-FARCS. Uberaba, MG, 2019.....	35
Tabela 6 - Distribuição dos escores de qualidade de vida segundo WHOQOL-bref. Uberaba, MG, 2019.....	36
Tabela 7 - Apresentação das análises do teste de correlação de Pearson entre variáveis sociodemográficas e clínicas e domínios da escala Q-FARCS. Uberaba, MG, 2019.....	36
Tabela 8 - Apresentação das análises do teste de correlação de Pearson entre variáveis sociodemográficas e clínicas e domínios escala WHOQOL-bref. Uberaba, MG, 2019.....	37
Tabela 9 - Apresentação das análises do teste de correlação de Pearson entre WHOQOL-bref e Q-FARCS. Uberaba, MG, 2019.	38
Tabela 10 - Apresentação das análises do teste t de Student entre o conhecimento geral dos fatores de risco segundo a Q-FARCS e sexo e variáveis clínicas. Uberaba, MG, 2019.....	38
Tabela 11 - Apresentação das análises do teste t de Student entre variável sociodemográfica, clínicas, uso de medicações e conhecimento específico dos fatores de risco cardiovascular. Uberaba, MG, 2019.	39
Tabela 12 - Apresentação das análises do teste t de Student entre variáveis clínicas, uso de medicação e mudança no estilo de vida. Uberaba, MG, 2019.	39
Tabela 13 - Apresentação das análises do teste t de Student entre cirurgia de revascularização do miocárdio, uso de medicações e adesão farmacológica. Uberaba, MG, 2019.....	40

Tabela 14 - Apresentação das análises do teste t de Student entre cor da pele, hipertrigliceridemia, insulina regula, fibratos e domínio físico da escala WHOQOL-bref. Uberaba, MG, 2019.....	41
Tabela 15 - Apresentação das análises do teste t de Student entre sexo, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, fibratos e domínio psicológico escala WHOQOL-bref. Uberaba, MG, 2019.....	41
Tabela 16 - Apresentação das análises do teste t de Student entre sexo, hipertensão arterial sistêmica, uso de fibratos e domínio social da escala WHOQOL-bref. Uberaba, MG, 2019.....	42
Tabela 17 - Apresentação das análises do teste t de Student entre cor, dislipidemia e domínio ambiental da escala WHOQOL-bref. Uberaba, MG, 2019.....	42
Tabela 18 - Apresentação das análises de regressão linear múltipla entre variáveis sociodemográficas e clínicas e domínios da escala Q-FARCS. Uberaba, MG, 2019..	43
Tabela 19 - Apresentação das análises de regressão linear múltipla entre variáveis sociodemográficas e clínicas e domínios da escala WHOQOL-bref. Uberaba, MG, 2019.....	43

LISTA DE SIGLAS

AMG - Ambulatório Maria da Glória
AVC – Acidente Vascular Cerebral
CRM - Cirurgia de Revascularização do Miocárdio
DAC - Doença Arterial Coronariana
DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCV - doenças cardiovasculares
DLP - Dislipidemia
DM - Diabetes Mellitus
EUA - Estados Unidos da América
GEP - Gerência de Ensino e Pesquisa
HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica
HC-UFTM - Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro
IAM - Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
IMC – Índice de Massa Corporal
LDL - Lipoproteína de Baixa Densidade
SF-36 - Medical Outcomes Study 36 - Item Short Form
SF-12 - 12 - Item Short-Form Health Survey
OMS - Organização Mundial da Saúde
PASS - *Power Analysis and Sample Size*[®]
PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde
Q-FARCS - Questionário de Conhecimento dos Fatores de Risco Cardiovascular
QV - Qualidade de Vida
QVRS - Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
SCA - Síndrome Coronariana Aguda
SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*[®]
SUS - Sistema Único de Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
WHOQOL-bref - *World Health Organization Quality of Life Assessment* – breve

LISTA DE SÍMBOLOS

< - menor

α - alfa

β - beta

R^2 - r cuadrado

N - número de participantes

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	20
3 JUSTIFICATIVA	23
4 OBJETIVOS	25
4.1 OBJETIVO GERAL	25
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
5 MATERIAL E MÉTODOS	26
5.1 TIPO DE PESQUISA	26
5.2 LOCAL	26
5.3 POPULAÇÃO / AMOSTRA.....	26
5.3.1 Critérios de inclusão	26
5.3.2 Critérios de exclusão	27
5.3.3 Tamanho Amostral	27
5.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	27
5.4.1 Questionário sociodemográfico e clínico (APÊNDICE B)	27
5.4.2 Questionário de conhecimento dos fatores de risco cardiovascular (Q-FARCS) (ANEXO A)	28
5.4.3 World Health Organization Quality of Life Assessment - abreviado (WHOQOL-bref) (ANEXO B)	29
5.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	30
5.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO	31
5.7 ANÁLISE DOS DADOS	31
5.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	32
6 RESULTADOS	33
7 DISCUSSÃO	45
8 CONCLUSÃO	61
REFERÊNCIAS	63

APÊNDICE A – TCLE - PARTICIPANTES	71
TERMO DE ESCLARECIMENTO	71
APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO	73
APÊNDICE C – TCLE - JUÍZES	75
TERMO DE ESCLARECIMENTO	75
APÊNDICE D – AUTORIZAÇÃO DE USO DO INSTRUMENTO Q-FARCS	77
ANEXO A - INSTRUMENTO ADAPTADO PARA O BRASIL - QUESTIONÁRIO SOBRE CONHECIMENTO GERAL E ESPECÍFICO DOS FATORES DE RISCO PARA DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA, MUDANÇAS NO ESTILO DE VIDA E TRATAMENTO COM DROGA PROFILÁTICA (Q-FARCS).....	78
ANEXO B – WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE ASSESSMENT ABREVIADO (WHOQOL-BREF).....	83

1 INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) afetam o coração e os vasos sanguíneos dentre as quais pode-se destacar, a doença arterial coronariana (DAC), as cerebrovasculares, a arterial periférica, a cardíaca reumática, a cardiopatia congênita, a trombose venosa profunda e a embolia pulmonar. Tais eventos estão geralmente ligados a um bloqueio que impede que o sangue flua para o coração ou para o cérebro (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2016).

Em 1930, as doenças cardíacas aumentaram nos Estados Unidos da América (EUA), e após a Segunda Guerra Mundial surgiram na Europa Ocidental (JOUSILAHTI et al., 2016).

Apesar do cenário internacional ter revelado uma redução de 30,6% nas taxas de mortalidade por DCV, estas, são ainda consideradas as causas mais frequentes de óbito na atualidade, representando 17,9 milhões de óbitos anualmente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Em 2010, as doenças do aparelho circulatório representaram 326.371 mortes em todo o Brasil, segundo dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) (BRASIL, 2016). Nessa perspectiva, informações nacionais de 2013, revelaram mais de 106 mil mortes por doenças isquêmicas do aparelho circulatório e mais de 46 mil por doenças hipertensivas (BRASIL, 2015). Os dados mais recentes são de 2017, indicando 358.882 mortes, 27,4% da mortalidade total no Brasil, o que traduz a principal causa de óbitos no país (BRASIL, 2019a).

Dados divulgados pela Organização Mundial da Saúde (2018) evidenciaram que as doenças cardiovasculares foram responsáveis por 28%, aproximadamente 369.600 mortes, em 2016 no Brasil, sendo a principal causa de mortalidade.

A sobrevivência da população, com ou sem DCV, dá-se pela ausência de eventos isquêmicos agudos que ameaçam a vida. A prevenção se concretiza por meio de ações de educação em saúde, orientações para a busca de serviço médico especializado, estendendo-se a programas de reabilitação cardíaca aos já diagnosticados, adesão ao tratamento farmacológico e mudança no estilo de vida, como melhor alimentação e prática regular de atividade física. Dessa forma, poderão reduzir os fatores de risco, bem como melhorar a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) (ALCALÁ LÓPEZ et al., 2017).

O conceito de QVRS está baseado na multidimensionalidade, integrando saúde, bem-estar psicológico e satisfação pessoal e social (NORONHA et al., 2016). Para Fleck et al. (2008), está intrinsecamente relacionado com a perspectiva funcionalista. A partir do momento em que a saúde está em desacordo, afetará a independência, diminuindo a QVRS, com influências mútuas.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), qualidade de vida (QV) é definida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (THE WHOQOL GROUP, 1994).

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A DAC caracteriza-se pelo fluxo insuficiente de sangue no coração, devido à obstrução da luz das artérias coronárias por placas ateroscleróticas, envolvendo a interação de diversos fatores de risco (SILVEIRA et al., 2018).

Existem fatores de risco modificáveis e não modificáveis para o surgimento de DCV. Dentre os não modificáveis, evidencia-se sexo, idade, hereditariedade e etnia. Já dentre os fatores de risco modificáveis, destaca-se dislipidemia (DLP), tabagismo, etilismo, hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), obesidade, má alimentação como consumo exacerbado de alimentos ultra processados, estresse, baixos níveis de atividade física e alto período de tempo em comportamento sedentário (BRUNORI et al., 2014; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2016).

Destaca-se a importância da DLP, pois possui elevada concentração de lipoproteína de baixa densidade (LDL), que em excesso forma placa de ateroma no endotélio, causando a diminuição do lúmen do vaso, o que reduz o fluxo sanguíneo, e acarreta a Síndrome Coronariana Aguda (SCA) como o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) (BRUNORI et al., 2014).

Muito se tem avançado no tratamento das DCV, tanto farmacológico, cirúrgico e intervenção percutânea (cateterismo cardíaco e intervenção coronária percutânea). A cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM) e a intervenção percutânea têm sido realizadas em larga escala mundialmente, no intuito de se melhorar a QV desses indivíduos, entretanto, o sucesso de tais medidas depende da condição clínica do paciente, em que o controle dos fatores de risco modificáveis são muito importantes (ALCALÁ LÓPEZ et al., 2017; COLÓSIMO et al., 2015).

Comorbidades como DM, HAS e a presença da doença cardíaca propriamente dita, tem relação negativa com a QV das pessoas, principalmente no domínio físico da escala *World Health Organization Quality of Life Assessment – bref* (WHOQOL-bref), o que revelou estudo realizado na capital turca (TÜZÜN; AYCAN; İLHAN, 2015).

Outro ponto importante são os programas de acompanhamento cardiovascular, com foco na prevenção das DCV, que pretendem melhorar o condicionamento físico, psicológico e social do paciente, pois abordam estratégias para a prevenção dos fatores de risco modificáveis, com vistas a melhorar a QV e diminuir reinternações pelo mesmo problema. Os efeitos destes programas incluem a estabilização da progressão de aterosclerose e a melhora da função do endotélio (ROSA et al., 2017).

A Organização Mundial da Saúde (2016) acordou em 2013, um mecanismo para reduzir a carga evitável de doenças crônicas não transmissíveis, incluídas no documento “*Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020*”, no intuito de se reduzir em 25% o número de mortes até 2025. Entre as metas, destacam-se as de prevenção e controle de DCV.

Com relação a tais metas, reduzir a incidência de HAS é essencial, por meio de políticas que trabalham sobre o reconhecimento e controle dos fatores de risco comportamentais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2016). Estudo coreano sugere que o número e o tipo de doenças afetam a QVRS, sendo a de pessoas com DCV associada à hipertensão, pior do que a daqueles com hipertensão apenas ou somente DCV (CHIN; LEE; LEE, 2014).

Outra meta importante revela que 50% da população mundial deverá receber terapia medicamentosa e aconselhamento para prevenção de doenças cardíacas e cerebrovasculares. Tal meta visa fazer uma abordagem total dos fatores de risco, tornando-se mais rentável ao invés do tratamento de fatores de risco individuais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2016).

O controle das comorbidades e fatores de risco para DCV são importantes, pois tem ligação com a QV das pessoas. Estudo aponta para o efeito negativo na QV à medida que aumentam as comorbidades. Na Turquia, um estudo evidenciou que a associação de 2 ou mais fatores de risco reflete negativamente na QV nos domínios psicológicos, relações sociais e meio ambiente e 3 ou mais comorbidades acarretam o declínio no domínio físico (TÜZÜN; AYCAN; İLHAN, 2015).

De acordo com Razavi et al. (2014) o primordial é o controle dos fatores de risco para DCV como: melhorias nos níveis de colesterol total, controle pressórico, controle da glicemia de jejum e níveis normais do peso corporal, resultando em melhor QV, evitando a incidência de DAC.

A alta prevalência de fatores de risco modificáveis em pacientes submetidos a CRM, reforça a necessidade dos pacientes conhecerem tais fatores, para melhorar a capacidade de enfrentamento, mudança no estilo de vida e adesão a tratamentos farmacológicos (COLÓSIMO et al., 2015; SILVA et al., 2019).

Apesar do desenvolvimento farmacêutico para o manejo de DCV, a adesão a longo prazo à terapia preventiva (anti agregantes plaquetários, anti-hipertensivos e antilipidêmicos) é de aproximadamente 60%. Tal fato é preocupante, pois os pacientes com DCV, com baixa adesão a esses medicamentos preventivos, têm um risco aumentado de hospitalização, intervenções coronárias e mortalidade por causas cardíaca (CHOWDHURY et al., 2013).

O tratamento farmacológico tem um papel crucial no controle dos sintomas, especialmente em pacientes que não são revascularizados, de modo que o ajuste da medicação pode melhorar significativamente a QVRS destes pacientes (ALCALÁ LÓPEZ et al., 2017).

Um estudo realizado na Austrália, mostra que a maioria dos indivíduos com DCV não atingiram medidas profiláticas de agudização da patologia. O que demonstra que medidas devem ser tomadas para melhorar a QVRS desta população, o que reduz os fatores de risco para DCV, e promove o envelhecimento saudável (GONZÁLEZ-CHICA et al., 2017).

A QVRS do indivíduo com DCV diminui pela incapacidade de realizar esforço físico, devido ao aparecimento de sintomas como dispneia e fadiga, além do medo de conviver com uma patologia que pode ter um desfecho irreparável, a qualquer momento (ALCALÁ LÓPEZ et al., 2017).

Os pacientes com DCV tendem a ter uma pior QVRS, pois a própria doença afeta o condicionamento físico, resultando em depressão e outras consequências psicológicas negativas (CHIN; LEE; LEE, 2014).

A QV em grupos menos favorecidos socioeconomicamente, com baixa escolaridade e desempregados apresenta-se diminuída em todos os domínios do WHOQOL-bref (TÜZÜN; AYCAN; İLHAN, 2015).

Desse modo, a fim de avaliar o conhecimento geral e específico dos fatores de risco, foi traduzido e validado para uso no Brasil, o Questionário de Conhecimento dos Fatores de Risco Cardiovascular (Q-FARCS) sobre o conhecimento geral e específico dos fatores de risco para Doença Arterial Coronariana, mudanças no estilo de vida e tratamento com droga profilática (SAFFI et al., 2013).

O Grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolveu um instrumento com 100 questões (WHOQOL-100). Entretanto, surgiu a necessidade de um instrumento breve, que demandasse menos tempo para preenchimento e que tivesse a mesma acurácia do WHOQOL-100, sendo desenvolvido então o WHOQOL-bref, versão abreviada com 26 questões (FLECK et al., 2000).

Já para mensurar a QV e a QVRS, estão disponíveis na literatura diversos instrumentos, associados a algum tipo de patologia ou não, desde breves questionários até questionários completos e amplos. Comumente tais instrumentos estão divididos em domínios que visam avaliar um aspecto específico da vida, de modo que os mais difundidos mundialmente e utilizados no Brasil são o Medical Outcomes Study 36 - *Item Short Form* (SF-36) e o 12 - *Item Short-Form Health Survey* (SF-12) e WHOQOL, versão completa com 100 questões de QV dividido em 4 domínios (WHOQOL-100), versão para uso em população com HIV (WHOQOL-HIV), versão para mensurar QV relacionados à espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais (WHOQOL-SRPB), versão para avaliar a QV de idosos (WHOQOL-OLD) e a versão utilizada neste estudo, o WHOQOL-bref (GRUPO DE ESTUDOS EM QUALIDADE DE VIDA, 2016; NORONHA et al., 2016).

3 JUSTIFICATIVA

O conhecimento dos fatores de risco para DAC e suas complicações auxiliam na mudança de estilo de vida e adesão farmacológica. A ciência de tais fatores facilita a tomada de decisões do paciente, para uma vida saudável e vigilância da sua própria saúde (SAFFI et al., 2013).

Acredita-se que o estudo fornece evidências que subsidiam o planejamento de ações em saúde, bem como a tomada de decisões na atenção à saúde desta população, visando melhorar a QV, direcionada pela localização pontual dos eventos que apresentarem menores escores dentre os domínios e facetas das escalas de

conhecimento dos fatores de risco cardiovascular (Q-FARCS) e qualidade de vida (WHOQOL-bref).

Ante ao exposto, surge a necessidade de se investigar: Qual o conhecimento dos pacientes sobre fatores de risco para doença arterial coronariana, mudança no estilo de vida e adesão farmacológica? Como se configura a QV destes pacientes? Qual a influência de variáveis sociodemográficas e clínicas sobre o conhecimento geral e específico dos fatores de risco para doença arterial coronariana, mudança no estilo de vida e adesão farmacológica?

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a influência de variáveis sociodemográficas e clínicas sobre o conhecimento geral e específico dos fatores de risco para doença arterial coronariana, mudança no estilo de vida, adesão farmacológica e qualidade de vida.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar a população estudada, segundo variáveis sociodemográficas e clínicas;
2. Identificar o “grau de conhecimento geral dos fatores de risco para doença arterial coronariana”, referente a primeira etapa da escala Q-FARCS;
3. Verificar o “grau de conhecimento e presença de fatores de risco específicos para doença arterial coronariana”, referente a segunda etapa da escala Q-FARCS;
4. Determinar o “grau de adesão dos pacientes para as mudanças no estilo de vida e as metas de tratamento”, referente a terceira etapa da escala Q-FARCS;
5. Mensurar a “adesão dos pacientes ao manejo farmacológico prescrito nos fatores de risco para doença arterial coronariana”, referente a quarta parte da escala Q-FARCS;
6. Determinar a influência sociodemográfica e clínica sobre o grau de conhecimento geral e específico dos fatores de risco para doença arterial coronariana; grau de adesão dos pacientes para as mudanças no estilo de vida e as metas de tratamento e; adesão dos pacientes ao manejo farmacológico prescrito;
7. Determinar os escores de QV por meio da escala WHOQOL-bref;
8. Analisar influencias sociodemográficas, clínicas e domínio escolhido sobre cada uma das dimensões de QV da escala WHOQOL-bref.

5 MATERIAL E MÉTODOS

5.1 TIPO DE PESQUISA

Estudo de delineamento observacional, transversal com abordagem metodológica quantitativa.

A pesquisa observacional é realizada quando não há aplicação de experimentos, contemplando a atual pesquisa. O modelo transversal permite coleta de dados em um único momento. No tipo prospectivo, inicia-se com uma causa e parte-se para a coleta de dados futuras (POLIT; BECK, 2018).

5.2 LOCAL

O Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM) é um hospital de grande porte, com 302 leitos ativos, situado na cidade de Uberaba – Minas Gerais, referência para 27 municípios da macrorregião Triângulo Sul do estado. A instituição realiza atendimentos de alta complexidade, 100% pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a qual favorece a realização de pesquisas em suas dependências por ser credenciado como hospital de ensino (BRASIL, 2018).

O hospital possui 5 anexos, dentre estes o Ambulatório Maria da Glória (AMG) com diversas clínicas de especialidades. A pesquisa foi realizada no ambulatório de cardiologia, constante neste complexo com média de 6.400 atendimentos por ano (BRASIL, 2018).

5.3 POPULAÇÃO / AMOSTRA

Constituiu população deste estudo pacientes atendidos no ambulatório de cardiologia do Ambulatório Maria da Glória (AMG) do HC-UFTM, recrutados empregando-se amostra não probabilística e sequencial durante o período de coleta de dados. E, pacientes atendidos no serviço de hemodinâmica do HC-UFTM que são diagnosticados com DAC previamente.

5.3.1 Critérios de inclusão

Pacientes maiores de 18 anos de idade; diagnosticados com doença arterial coronariana; pacientes conscientes e orientados que consigam responder aos questionários.

5.3.2 Critérios de exclusão

Pacientes que já foram abordados no período de coletas definido; que já tenham passado por consulta médica cardiológica no dia da abordagem para participar da pesquisa.

5.3.3 Tamanho Amostral

O cálculo do tamanho amostral considerou um coeficiente de determinação $R^2 = 0,10$ em um modelo de regressão linear múltipla com 7 preditores, tendo como nível de significância ou erro do tipo I de $\alpha = 0,05$ e erro do tipo II de $\beta = 0,1$, resultando, portanto, em um poder estatístico apriorístico de 90%. Utilizando-se o aplicativo *Power Analysis and Sample Size*® (PASS), versão 13, introduzindo-se os valores acima descritos, obtém-se um tamanho de amostra mínimo de $n = 130$. Considerando uma perda de amostragem de 20% (recusas em participar), o número final de tentativas de entrevista será $n = 156$.

5.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

5.4.1 Questionário sociodemográfico e clínico (APÊNDICE B)

Foi utilizado um questionário para avaliação sociodemográfica e clínica construído pelos autores para verificação das variáveis: iniciais do nome, registro hospitalar, município de procedência, data de nascimento, sexo, cor autodeclarada, situação trabalhista atual, estado civil, religião, anos completos de estudo, quantidade de pessoas que residem na mesma moradia, renda familiar bruta total. Os dados das comorbidades, fatores de risco e medicações em uso foram investigados junto ao paciente durante entrevista e em prontuário.

Foi realizado a validação de face e conteúdo, no qual foram selecionados sete juízes, profissionais da área da saúde, com experiência clínica com pacientes cardiopatas, mestres ou doutores, formando o Comitê de Juízes. Estes foram selecionados por meio do Currículo *Lattes*, posteriormente foram contatados via e-mail com envio de carta convite.

Após aceite em participar foi encaminhado o TCLE (APÊNDICE C), disponibilizado *link* com tutorial sobre o instrumento, e após leitura, foram direcionados ao formulário online para avaliação do instrumento previamente elaborado.

O instrumento foi avaliado em relação à relevância, representatividade, clareza, precisão, facilidade de leitura e compreensão dos itens propostos. Os itens foram avaliados por duas escalas tipo Likert de 4 pontos ordinais para avaliar a relevância/representatividade e clareza/precisão dos itens, onde no primeiro escore (relevância): 1 = não relevante ou não representativo, 2 = necessita de grande revisão para ser representativo, 3 = necessita de pequena revisão para ser representativo, ou 4 = relevante ou representativo; para cada item foi preenchido no espaço próprio as sugestões/justificativas nos casos de assinalar as opções 1, 2 ou 3.

No segundo escore (clareza): 1 = não claro ou não preciso, 2 = necessita de grande revisão para ser claro, 3 = necessita de pequena revisão para ser claro, ou 4 = claro ou preciso; para cada item foi preenchido no espaço próprio as sugestões/justificativas nos casos de assinalar as opções 1, 2 ou 3.

Após a avaliação, os pesquisadores analisaram as observações e sugestões propostas para realizar os devidos ajustes no instrumento, considerando percentual de concordância de 80% entre os especialistas.

Para atingir o número de juízes esperados (sete), foram convidados 21 para participação desta validação.

5.4.2 Questionário de conhecimento dos fatores de risco cardiovascular (Q-FARCS) (ANEXO A)

Foi utilizado o Questionário de Conhecimento dos Fatores de Risco Cardiovascular (Q-FARCS), traduzido e validado para uso no Brasil e autorizado o seu uso nesta pesquisa pelo autor principal da validação Marco Aurélio Lumertz Saffi (APÊNDICE D).

O instrumento para uso no Brasil Q-FARCS, após tradução e adaptação apresentou α de Cronbach de 0,75. Tal instrumento, possui dez questões sobre o grau de conhecimento geral dos fatores de risco; oito questões sobre o grau de conhecimento e presença de fatores de risco específicos; oito questões sobre o grau de adesão dos pacientes para mudanças no estilo de vida e metas de tratamento; e três questões sobre a adesão farmacológica pelos pacientes. Cada uma das 29 questões é pontuada de 0 a 9, onde 0 ele não conhece ou não aderiu e 9 ele conhece totalmente ou aderiu totalmente. Quanto maior a pontuação obtida em todas as dimensões maior é o grau de conhecimento/adesão (SAFFI et al., 2013).

5.4.3 World Health Organization Quality of Life Assessment - abreviado (WHOQOL-bref) (ANEXO B)

O instrumento para avaliar a QV utilizado foi o WHOQOL-bref composto de 26 questões, sendo duas gerais de qualidade de vida; e 24 questões, uma de cada faceta do instrumento original (WHOQOL-100) representando os 4 domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) que compõe a versão original. O instrumento foi traduzido e validado para uso no Brasil, de uso livre para pesquisas acadêmicas e o *copyright* é da OMS (GRUPO DE ESTUDOS EM QUALIDADE DE VIDA, 2016).

É preenchido com escala tipo Likert de 1 a 5, onde pontuação maior significa melhor qualidade de vida. Sua pontuação total se dará por meio do uso da *sintaxe* desenvolvida pela OMS, e calculado por meio do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences*® (SPSS) (FLECK et al., 2000), em que pontuações elevadas traduzem melhor QV nas últimas duas semanas. As facetas contempladas no WHOQOL-bref estão dispostas no quadro a seguir.

Quadro – Domínios e facetas do WHOQOL-bref

Domínio 1 – Domínio físico

Dor e desconforto

Energia e fadiga

Sono e repouso

Mobilidade

Atividades da vida cotidiana

Dependência de medicação ou de tratamentos

Capacidade de trabalho

Domínio 2 - Domínio psicológico

Sentimentos positivos

Pensar, aprender, memória e concentração

Autoestima

Imagem corporal e aparência

Sentimentos negativos

Espiritualidade/religião/crenças pessoais

Domínio 3 - Relações sociais

Relações pessoais

Suporte (Apoio) social

Atividade sexual

Domínio 4 - Meio ambiente

Segurança física e proteção

Ambiente no lar

Recursos financeiros

Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade

Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades

Participação em, e oportunidades de recreação/lazer

Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)

Transporte

Fonte: (FLECK et al., 2000).

5.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Ao identificar os pacientes com doença arterial coronariana, foi apresentado o TCLE (APÊNDICE A), por meio do qual se solicitou a participação na pesquisa. Para entrevista e aplicação dos questionários junto aos pacientes, foi reservada uma sala no AMG, bem como no serviço de hemodinâmica do HC-UFTM, permitindo um ambiente seguro e privativo. Os pacientes foram abordados na sala de espera do ambulatório de cardiologia, previamente à sua consulta médica ou na enfermaria da hemodinâmica. O período de coleta de dados foi de 6 meses com três pesquisadores, o autor principal, um discente de pós-graduação *stricto sensu* e um discente de graduação de iniciação científica. Todos foram treinados, pela pesquisadora responsável, antes do início da coleta de dados.

As fontes de informações foram os prontuários dos pacientes, para identificar participantes diagnosticados com doença arterial coronariana, avaliação sociodemográfica e clínica com instrumento já validado (APÊNDICE B) e aplicação dos instrumentos “Questionário de Conhecimento dos Fatores de Risco Cardiovascular” (Q-FARCS) (ANEXO A) sobre o conhecimento geral e específico dos fatores de risco para Doença Arterial Coronariana, mudanças no estilo de vida e tratamento com droga e “*World Health Organization Quality of Life Assessment* abreviado” (WHOQOL-bref) (ANEXO B) para analisar a QV destes pacientes.

5.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO

- Variáveis preditoras: variáveis sociodemográficas e clínicas. Iniciais do nome, registro hospitalar, município de procedência, data de nascimento, sexo, cor autodeclarada, situação trabalhista atual, estado civil, religião, anos completos de estudo, quantidade de pessoas que residem na mesma moradia, renda familiar bruta total, comorbidades, fatores de risco, procedimentos prévios, medicações em uso.
- Variável desfecho principal: domínio físico da escala WHOQOL-bref
- Variáveis desfechos secundários: domínios psicológico, social e ambiental da escala WHOQOL-bref; dimensões da escala Q-FARCS

5.7 ANÁLISE DOS DADOS

Foi elaborado um banco de dados no aplicativo *Microsoft Excel 2016®* para implementação do processo de validação por dupla entrada (digitação de dados). Em seguida, este banco de dados foi importado para o programa *Statistical Product and Service Solutions (SPSS)*, versão 22 para realização da análise estatística exploratória univariada e análise inferencial bivariada e multivariável.

Para se atender ao objetivo 1, as variáveis categóricas foram apresentadas empregando-se distribuições de frequência absoluta e relativas, ao passo que as variáveis quantitativas foram resumidas empregando-se medidas de tendência central (média e mediana), bem como de variabilidade (desvio padrão).

Já para os objetivos de 2 a 5 e 7, os escores das escalas foram resumidos empregando-se medidas de centralidade (média e mediana), bem como de dispersão (desvio padrão).

Para os objetivos 6 e 8, a análise bivariada foi realizada por meio do teste *t* de *Student* para variáveis dicotômicas e correlação de *Pearson* para variáveis quantitativas. A análise da contribuição independente simultânea de preditores sociodemográficos e clínicos para cada um dos domínios de conhecimento e QV incluiu a regressão linear múltipla. O presente trabalho considerou um nível de significância α de 5%.

5.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (CEP-HC-UFTM) e aprovado sob parecer número 3.069.738, e os dados foram coletados após a aprovação, respeitando a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2013a) (ANEXO C).

6 RESULTADOS

Do total de 136 participantes, 39 (28,7%) encontravam-se no ambulatório de cardiologia do AMG e 97 (71,3%) no serviço de hemodinâmica do HC-UFTM.

A maioria foi do sexo masculino 82 (60,3%); predominância de cor branca 85 (62,5%); 78,7% aposentados, destaca-se a baixa escolaridade, uma vez que 58,8% estudaram apenas o ensino fundamental, além de 19,9% analfabetos; baixa renda, com predomínio de 1 salário mínimo 68,3%, os dados sociodemográficos estão detalhados na Tabela 1, a seguir.

Tabela 1 - Distribuição dos dados sociodemográficos dos pacientes com Doença Arterial Coronariana. N=136. Uberaba, MG, 2019.

VARIÁVEL	N	%
Sexo		
Masculino	82	60,3
Feminino	54	39,7
Faixa Etária*		
Adulto	43	31,6
Idoso	92	67,6
Cor		
Branca	85	62,5
Parda	28	20,6
Preta	23	16,9
Emprego		
Empregado	6	4,4
Desempregado	23	16,9
Aposentado	107	78,7
Estado Civil		
Solteiro/divorciado/viúvo	63	42,3
Com companheiro	73	57,7
Religião		
Com religião	128	94,1
Sem religião	8	5,9
Escolaridade		
Analfabeto	27	19,9
1 a 4 anos	56	41,2
5 a 8 anos	24	17,6
9 a 11 anos	20	14,7
12 a 17 anos	9	6,6
Situação familiar		
Mora sozinho	24	17,6
Mora acompanhado	112	82,4
Renda Individual		
Não possui	11	8,1
1 salário	93	68,3
2 salários	19	14,0
3 salários	5	3,7

4 salários	2	1,5
5 ou mais salários	6	4,4
Renda Familiar		
1 salário	29	21,4
2 salários	58	42,6
3 salários	21	15,4
4 salários	10	7,4
5 ou mais salários	18	13,2
Procedência		
Uberaba	76	55,9
Outros	60	44,1

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Nota: *Faixa etária N=135, devido ausência de dados de um participante da pesquisa.

Dentre os fatores de risco modificáveis, o prevalente foi HAS 115 (84,6%) e 99 (72,8%) possuíam hereditariedade como fator de risco não modificável para DAC, sendo que alguns pacientes possuíam mais de um fator de risco acumulado, conforme detalhado na Tabela 2, a seguir.

Tabela 2 - Distribuição dos dados referentes a fatores de risco modificáveis e não modificável. Uberaba, MG, 2019.

VARIÁVEIS	N	%
Fatores de Risco Modificáveis		
Hipertensão Arterial Sistêmica	115	84,6
Dislipidemia	69	50,7
Diabetes Mellitus	57	41,9
Tabagismo	34	25,0
Etilismo	5	3,7
Fator de Risco Não Modificável		
Antecedentes Familiares de Doença Coronariana	99	72,8

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Das comorbidades, 98 (72,1%) já tiveram ao menos um episódio de IAM e 81 (59,6%) já realizaram intervenção coronária percutânea, sendo que não foram todos os pacientes que apresentaram alguma comorbidade, conforme Tabela 3, a seguir.

Tabela 3 - Distribuição dos dados de caracterização das comorbidades e procedimentos prévios. Uberaba, MG, 2019.

VARIÁVEIS	N	%
Comorbidades		
Infarto Agudo do Miocárdio	98	72,1
Acidente Vascular Cerebral	16	11,8
Procedimentos Prévios		

Intervenção Coronária Percutânea	81	59,6
Cirurgia de Revascularização do Miocárdio	38	27,9

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Quanto ao IMC, variou de 13,59 a 40,68. Já a média da idade foi de 65,19 anos (dp=11,74) e tempo médio de doença (DAC) 71,02 meses (dp=87,59), detalhados na Tabela 4, a seguir.

Tabela 4 - Distribuição de Índice de Massa Corporal, Idade e Tempo de Doença. Uberaba, MG, 2019.

VARIÁVEL	MÍNIMO	MÁXIMO	MÉDIA	MEDIANA	DESVIO PADRÃO
IMC	13,59	40,68	26,46	26,07	4,71
Idade	36	92	65,19	65,00	11,74
Tempo de DAC	1	480	71,02	36,00	87,59

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Na Tabela 5, a seguir, apresentamos os escores da escala Q-FARCS, destacando a baixa adesão a mudança no estilo de vida com pontuação média 3,59 (dp=2,25), em que o escore máximo permitido é 9.

Tabela 5 - Distribuição dos escores de grau de conhecimento geral, específico, mudança no estilo de vida e adesão farmacológica, referentes a Q-FARCS. Uberaba, MG, 2019.

VARIÁVEL	MÍNIMO	MÁXIMO	MÉDIA	MEDIANA	DESVIO PADRÃO
Conhecimento Geral	2,00	9,00	7,06	7,50	1,62
Conhecimento Específico	0,00	8,75	4,03	4,12	1,91
Mudança Estilo de Vida	0,00	9,00	3,59	3,67	2,25
Adesão farmacológica	0,00	9,00	7,78	9,00	2,15

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Na Tabela 6, a seguir, evidencia-se os escores de QV segundo a WHOQOL-bref, com médias variando entre 61,26 (dp=19,67) a 71,44 (dp=25,24), valor máximo permitido de 100.

Tabela 6 - Distribuição dos escores de qualidade de vida segundo WHOQOL-bref. Uberaba, MG, 2019.

VARIÁVEL	MÍNIMO	MÁXIMO	MÉDIA	MEDIANA	DESVIO PADRÃO
Domínio Físico	10,71	100,00	61,26	64,28	19,67
Domínio Psicológico	0,00	100,00	67,67	70,83	22,04
Domínio Social	0,00	100,00	71,44	66,66	25,24
Domínio Ambiental	0,00	100,00	67,94	68,75	15,83

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

A partir da tabela 7, a seguir, demonstra-se os resultados das análises bivariadas utilizando o teste de correlação de *Pearson*. As correlações entre variáveis sociodemográficas e clínicas com os domínios da escala Q-FARCS, a saber: conhecimento geral e específico para os fatores de risco para DAC, mudança no estilo de vida e adesão farmacológica. Destaca-se a correlação entre idade e conhecimento geral e específico, $p < 0,001$ e $p = 0,007$ respectivamente, e escolaridade com conhecimento geral $p < 0,001$. E quanto às variáveis clínicas, verifica-se correlação do IMC com conhecimento geral, específico e mudança no estilo de vida com $p = 0,035$, $p = 0,001$ e $p = 0,022$ respectivamente, utilizando-se a correlação de *Pearson*. Dentre as variáveis analisadas, as únicas que não apresentaram correlação com os domínios Q-FARCS foram a situação familiar, ou seja, quantas pessoas moram na mesma residência; renda familiar, soma da renda de todos os membros da mesma família e frequência de atividade física semanal. Os detalhes estão dispostos na tabela a seguir.

Tabela 7 – Apresentação das análises do teste de correlação de *Pearson* entre variáveis sociodemográficas e clínicas e domínios da escala Q-FARCS. Uberaba, MG, 2019.

VARIÁVEL/ DOMÍNIO Q -FARCS	CONHECIMENTO O GERAL		CONHECIMENTO ESPECÍFICO		MUDANÇA NO ESTILO DE VIDA		ADESÃO FARMACOLÓGICA	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Idade	-0,324	< 0,001	-0,230	0,007	-0,021	0,812	0,162	0,071
Escolaridade	0,315	< 0,001	0,096	0,268	0,114	0,186	0,022	0,806

Situação familiar	0,117	0,176	0,057	0,512	0,029	0,741	0,066	0,460
Renda individual	0,197	0,022	-0,035	0,683	-0,072	0,402	-0,025	0,783
Renda familiar	0,113	0,190	-0,048	0,580	0,028	0,743	0,049	0,586
Tempo de DAC	-0,084	0,336	-0,080	0,363	0,222	0,010	0,082	0,367
IMC	0,181	0,035	0,285	0,001	0,196	0,022	-0,008	0,927

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Ao correlacionar variáveis sociodemográficas e clínicas com os domínios de QV segunda a WHOQOL-bref, percebeu-se a correlação entre escolaridade e os domínios social e ambiental, $p = 0,043$ e $p < 0,001$. Houve correlação entre renda familiar com o domínio psicológico e ambiental $p = 0,002$ e $p = 0,001$, utilizando-se o teste de correlação de *Pearson*. Os detalhes se encontram na Tabela 8, a seguir.

Tabela 8 - Apresentação das análises do teste de correlação de *Pearson* entre variáveis sociodemográficas e clínicas e domínios escala WHOQOL-bref. Uberaba, MG, 2019.

VARIÁVEL/ DOMÍNIO Q - FARCS	DOMÍNIO FÍSICO		DOMÍNIO PSICOLÓGICO		DOMÍNIO SOCIAL		DOMÍNIO AMBIENTAL	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Idade	-0,028	0,748	0,110	0,204	-0,103	0,236	0,028	0,748
Escolaridade	0,117	0,175	0,151	0,080	0,174	0,043	0,312	< 0,001
Situação familiar	-0,066	0,443	0,011	0,899	0,004	0,959	0,006	0,948
Renda individual	0,269	0,002	0,316	< 0,001	0,233	0,006	0,412	< 0,001
Renda familiar	0,142	0,101	0,260	0,002	0,160	0,063	0,281	0,001
Tempo de DAC	-0,009	0,929	-0,061	0,561	-0,166	0,112	-0,064	0,540
IMC	-0,155	0,072	-0,110	0,202	-0,041	0,632	-0,069	0,425

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Analisando os dados por meio da correlação de *Pearson* entre as duas escalas utilizadas neste estudo, WHOQOL-bref e Q-FARCS, evidenciou-se a positiva correlação entre o domínio psicológico (WHOQOL-bref) e adesão farmacológica (Q-FARCS), $p = 0,034$, bem como o domínio ambiental (WHOQOL-bref), com o mesmo

domínio da Q-FARCS, $p = 0,001$. Os dados de todos os domínios constam na Tabela 9, a seguir.

Tabela 9 - Apresentação das análises do teste de correlação de *Pearson* entre WHOQOL-bref e Q-FARCS. Uberaba, MG, 2019.

WHOQOL/ Q -FARCS	CONHECIMENTO GERAL		CONHECIMENTO ESPECÍFICO		MUDANÇA NO ESTILO DE VIDA		ADESÃO FARMACOLÓGICA	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Domínio Físico	0,055	0,527	-0,156	0,070	0,013	0,876	0,057	0,528
Domínio Psicológic o	0,025	0,770	-0,147	0,088	0,126	0,143	0,189	0,034
Domínio Social	0,158	0,066	0,001	0,994	0,086	0,318	0,141	0,115
Domínio Ambiental	0,152	0,078	-0,015	0,860	-	0,989	0,305	0,001
					0,001			

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

A partir da tabela 10, a seguir, demonstra-se os resultados das análises bivariadas utilizando o teste t de *Student*. A Tabela 10 apresenta a associação entre o conhecimento geral dos fatores de risco cardiovascular e variável sociodemográfica (sexo) e clínicas (etilismo e atividade física).

Tabela 10 - Apresentação das análises do teste t de *Student* entre o conhecimento geral dos fatores de risco segundo a Q-FARCS e sexo e variáveis clínicas. Uberaba, MG, 2019.

VARIÁVEL	N (136)	MÉDIA	dp	p
Sexo				
Mas	82	6,84	1,84	0,037
Fem	54	7,38	1,17	
Etilismo				
Sim/ex	22	6,43	1,76	0,048
Não	114	7,18	1,57	
Atividade física				
Sim	32	7,62	1,37	0,023
Não	104	6,88	1,66	

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

A seguir, na Tabela 11, demonstra-se a associação entre a variável sociodemográfica (religião), clínicas (DM, HAS) e uso de medicações (antiagregante plaquetário, antianginoso, antidiabético e Inibidores da hidroximetilglutarilcoenzima A

redutase) com o conhecimento específico dos fatores de risco cardiovascular, utilizando o teste t de *Student*.

Tabela 11 - Apresentação das análises do teste t de *Student* entre variável sociodemográfica, clínicas, uso de medicações e conhecimento específico dos fatores de risco cardiovascular. Uberaba, MG, 2019.

VARIÁVEL	N (136)	MÉDIA	dp	p
Religião				
Sim	128	4,12	1,88	0,022
Não	8	2,53	1,89	
Diabetes Mellitus				
Sim	57	4,46	2,04	0,026
Não	79	3,72	1,77	
Hipertensão Arterial Sistêmica				
Sim	115	4,32	1,78	< 0,001
Não	21	2,44	1,87	
Antiagregante plaquetário				
Sim	86	4,34	1,82	0,014
Não	50	3,50	1,97	
Antianginoso				
Sim	23	4,81	1,74	0,032
Não	113	3,87	1,91	
Antidiabético oral				
Sim	40	4,68	1,98	0,010
Não	96	3,76	1,82	
Inibidores da hidroximetilglutaril-coenzima A redutase				
Sim	85	4,38	1,95	0,005
Não	51	3,44	1,71	

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

A associação entre variáveis clínicas (DM, cirurgia de revascularização do miocárdio, atividade física), uso de medicações (vasodilatador, antidiabético) e mudança no estilo de vida, está apresentada na Tabela 12, a seguir.

Tabela 12 - Apresentação das análises do teste t de *Student* entre variáveis clínicas, uso de medicação e mudança no estilo de vida. Uberaba, MG, 2019.

VARIÁVEL	N (136)	MÉDIA	dp	p
Diabetes Mellitus				
Sim	57	4,22	2,03	0,005
Não	79	3,13	2,30	

Cirurgia de Revascularização do Miocárdio				
Sim	20	4,97	2,07	0,003
Não	116	3,35	2,20	
Atividade física				
Sim	32	4,84	2,09	< 0,001
Não	104	3,20	2,17	
Vasodilatador				
Sim	35	4,43	1,88	0,010
Não	101	3,30	2,31	
Antidiabético oral				
Sim	40	4,35	2,21	0,010
Não	96	3,27	2,20	

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Na Tabela 13, a seguir, encontra-se a associação entre cirurgia de revascularização do miocárdio, uso de medicações (antidiabético, anti-hipertensivo, Inibidores da hidroximetilglutaril-coenzima A redutase e fibratos) e a adesão farmacológica segundo a escala Q-FARCS.

Tabela 13- Apresentação das análises do teste t de *Student* entre cirurgia de revascularização do miocárdio, uso de medicações e adesão farmacológica. Uberaba, MG, 2019.

VARIÁVEL	N (126)	MÉDIA	dp	p
Cirurgia de Revascularização do Miocárdio				
Sim	20	8,57	1,09	0,006
Não	106	7,63	2,27	
Antidiabético oral				
Sim	40	8,29	1,14	0,022
Não	86	7,54	2,46	
Antihipertensivo				
Sim	98	7,81	2,04	0,750
Não	28	7,66	2,55	
Inibidores da hidroximetilglutaril-coenzima A redutase				
Sim	81	7,72	2,27	0,711
Não	45	7,87	1,95	
Fibratos				
Sim	3	9,00	0,00	< 0,001
Não	123	7,75	2,17	

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Conforme a Tabela 14, a seguir, nota-se a associação entre a cor, presença de hipertrigliceridemia, uso de insulina regular, uso de fibratos e o domínio físico da escala WHOQOL-bref na QV.

Tabela 14 - Apresentação das análises do teste t de *Student* entre cor da pele, hipertrigliceridemia, insulina regula, fibratos e domínio físico da escala WHOQOL-bref. Uberaba, MG, 2019.

VARIÁVEL	N (136)	MÉDIA	dp	p
Cor da pele				
Branca	85	65,25	18,16	0,002
Não branca	51	54,62	20,47	
Hipertrigliceridemia				
Sim	38	54,79	21,46	0,016
Não	98	63,77	18,44	
Insulina Regular				
Sim	3	39,28	19,88	0,050
Não	133	61,76	19,46	
Fibratos				
Sim	3	22,61	11,48	< 0,001
Não	133	62,13	18,95	

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Apresenta-se na Tabela 15, a seguir, os resultados do teste t de *Student* entre as variáveis sexo, HAS, dislipidemia, uso de fibratos e o domínio psicológico da QV segundo a WHOQOL-bref.

Tabela 15 - Apresentação das análises do teste t de *Student* entre sexo, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, fibratos e domínio psicológico escala WHOQOL-bref. Uberaba, MG, 2019.

VARIÁVEL	N (136)	MÉDIA	dp	p
Sexo				
Mas	82	72,86	17,31	0,002
Fem	54	59,79	25,97	
Hipertensão Arterial Sistêmica				
Sim	115	65,79	22,89	0,001
Não	21	77,97	12,64	
Dislipidemia				
Sim	69	63,34	24,95	0,019
Não	67	72,13	17,68	
Fibratos				
Sim	3	36,11	35,43	0,012
Não	133	68,38	21,32	

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

No domínio social da escala de QV WHOQOL-bref, é apresentado associação com sexo, HAS sistêmica, uso de fibratos, conforme disposto na Tabela 16, a seguir.

Tabela 16 - Apresentação das análises do teste t de *Student* entre sexo, hipertensão arterial sistêmica, uso de fibratos e domínio social da escala WHOQOL-bref. Uberaba, MG, 2019.

VARIÁVEL	N (136)	MÉDIA	dp	p
Sexo				
Mas	82	76,82	21,99	0,002
Fem	54	63,27	27,78	
Hipertensão Arterial Sistêmica				
Sim	115	69,27	25,61	0,018
Não	021	82,33	19,72	
Fibratos				
Sim	003	36,11	33,67	0,014
Não	133	72,24	24,61	

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Na Tabela 17, a seguir, é apresentado a distribuição dos dados da associação entre cor de pele, dislipidemia e o domínio ambiental da escala de QV WHOQOL-bref.

Tabela 17 - Apresentação das análises do teste t de *Student* entre cor, dislipidemia e domínio ambiental da escala WHOQOL-bref. Uberaba, MG, 2019.

VARIÁVEL	N (136)	MÉDIA	dp	p
Cor de pele				
Branca	85	70,22	14,96	0,030
Não branca	51	64,15	16,65	
Dislipidemia				
Sim	69	64,67	15,34	0,014
Não	67	71,31	15,72	

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Nas tabelas 18 e 19, demonstra-se os resultados das análises de regressão linear múltipla. Na Tabela 18, a seguir, apresenta-se os dados da regressão linear múltipla entre as variáveis sexo, escolaridade, idade, HAS, tempo de doença (DAC), hereditariedade, cenário de coleta dos dados (AMG ou serviço de hemodinâmica) e os domínios da escala Q-FARCS.

Para o desfecho conhecimento geral valor de $R^2 = 0,163$, conhecimento específico com valor de $R^2 = 0,253$, mudança no estilo de vida com valor de $R^2 = 0,246$ e adesão farmacológica com valor de $R^2 = 0,137$.

Tabela 18 – Apresentação das análises de regressão linear múltipla entre variáveis sociodemográficas e clínicas e domínios da escala Q-FARCS. Uberaba, MG, 2019.

VARIÁVEIS	CONHECIMENTO GERAL		CONHECIMENTO ESPECÍFICO		MUDANÇA NO ESTILO DE VIDA		ADESÃO FARMACOLÓGICA	
	β	p	β	p	β	p	β	p
Sexo	0,089	0,293	-0,114	0,152	0,077	0,337	0,023	0,793
Escolaridade	0,223	0,011	0,052	0,523	-	0,991	-0,023	0,804
Idade	-0,255	0,003	-0,269	0,001	0,001	0,292	-0,030	0,743
Hipertensão Arterial Sistêmica	0,118	0,155	0,420	<0,001	0,511	<0,001	0,399	<0,001
Tempo de Doença Arterial Coronariana	-0,085	0,293	-0,094	0,217	0,028	0,715	0,083	0,334
Hereditariedade	0,081	0,360	0,113	0,178	0,001	0,987	0,106	0,257
Local de coleta	-0,146	0,092	-0,277	0,001	-	0,436	0,040	0,660
					0,064			

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Na Tabela 19, a seguir, encontrou-se os resultados da regressão linear múltipla entre variáveis sociodemográficas (sexo, escolaridade, renda individual), clínicas (tempo de doença, intervenção coronária percutânea, uso de anti-hipertensivo), domínio conhecimento específico da escala Q-FARCS e domínios da escala de QV WHOQOL-bref.

Para o desfecho domínio físico valor de $R^2 = 0,045$, domínio psicológico com valor de $R^2 = 0,165$, domínio social com valor de $R^2 = 0,107$ e domínio ambiental com valor de $R^2 = 0,154$.

Tabela 19 - Apresentação das análises de regressão linear múltipla entre variáveis sociodemográficas e clínicas e domínios da escala WHOQOL-bref. Uberaba, MG, 2019.

VARIÁVEIS	DOMÍNIO FÍSICO		DOMÍNIO PSICOLÓGICO		DOMÍNIO SOCIAL		DOMÍNIO AMBIENTAL	
	β	p	β	p	β	p	β	p
Sexo	-0,031	0,728	-0,270	0,002	-	0,002	-0,064	0,447
Escolaridade	-0,001	0,995	0,082	0,401	0,268	0,121	0,162	0,101
Renda individual	0,261	0,016	0,219	0,031	0,094	0,367	0,301	0,003
Tempo Doença	-0,013	0,882	-0,048	0,555	-	0,037	-0,069	0,399
					0,176			

Arterial Coronariana								
Intervenção Coronária Percutânea	-0,022	0,798	-0,074	0,365	- 0,080	0,342	0,008	0,926
Uso de anti-Hipertensivo	-0,017	0,839	0,153	0,057	- 0,006	0,945	0,088	0,277
Conhecimento Específico (Q-FARCS)	-0,146	0,093	-0,156	0,056	- 0,022	0,790	-0,029	0,721

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

7 DISCUSSÃO

No presente estudo, prevaleceu-se o sexo masculino (60,3%), divergindo de outros estudos brasileiros em que a preponderância foi de mulheres (70%; 56,6%, 54%), (SILVEIRA et al., 2018; GUS et al., 2015; CAZELLI et al., 2017), além do mais corrobora com estudos nacionais e internacionais nos quais predominaram (75,22%; 72,7%; 76% e 66 respectivamente) os homens com DAC (MALDONADO et al., 2019; BRUNORI et al., 2014; ANJO et al., 2014; WU et al., 2017).

Os autores, Silveira et al., 2018; Brunori et al., 2014, confirmaram que as mulheres são mais assíduas nas consultas e tem melhor controle sobre sua saúde, entretanto, como um dos cenários desta pesquisa foi uma unidade na qual se realiza tratamento da DAC, com intervenções percutâneas, o sexo masculino preponderou, provavelmente pelo fato de que estão mais expostos aos fatores de risco desta doença, o que resulta em maior número de procedimentos percutâneos de correção das obstruções coronarianas.

Dessa maneira, confirmou-se em pesquisas nacionais, que em cenários pré-hospitalar ou serviço de hemodinâmica, a frequência dos homens sobrepõe-se à das mulheres, uma vez que estes não cuidam da sua própria saúde como deveriam (MENDES et al., 2016; SANT'ANNA et al., 2016).

Na legislação brasileira, pessoa idosa é aquela cuja idade seja igual ou superior a 60 anos (BRASIL, 2019b). O envelhecimento da população gera mais condições agravantes à saúde, típicas da velhice, tais como doenças cardiovasculares, DM e HAS (SALAH; ALI; TALLAT, 2014).

Nessa pesquisa, houve predominância de idosos, 67,6%, média de idade 65,19 (dp= 11,74), ratificando a literatura nacional (BRUNORI et al., 2014; SILVEIRA et al., 2018), por outro lado, estudos internacionais evidenciaram média de idade 56; 56,1; 56,4 um pouco abaixo do encontrado neste estudo (SALAH; ALI; TALLAT, 2014; BARTELS et al., 2016; WU et al., 2017).

Acredita-se que os idosos são mais suscetíveis ao acometimento de DAC, devido ao depósito de placas de ateroma na parede dos vasos sanguíneos, que se depositam na fase adulta e se intensifica com a velhice (BRUNORI et al., 2014).

Houve predomínio de participantes autodeclarados de cor de pele branca (62,5%), seguidos de parda (20,6%) e preta (16,9%). Tais dados corroboram com outros estudos nacionais (BARTELS et al., 2016; BRUNORI et al., 2014).

Prevaleram nesse estudo, pessoas aposentadas (78,7%) e desempregados (16,9%). Em estudo realizado na região norte do Brasil com pessoas cardiopatas, prevaleceram (56,6%) situação empregatícia sem ocupação (aposentados e desempregados) (SILVEIRA et al., 2018). Outro estudo na região nordeste, evidenciou alta taxa de pessoas sem ocupação em razão de aposentadoria ou desemprego (68%) (GAMA et al., 2011).

A taxa de analfabetismo encontrada no presente estudo foi de 19,9%, sendo que a média nacional é de 11,1% (IBGE, 2019), porém estudo realizado no nordeste brasileiro verificou taxa de 31,7% de analfabetismo (BEZERRA et al., 2019).

Predominaram, nesta pesquisa, pessoas que estudaram até 4 anos (41,2%), o que corrobora com estudo nacional, em que pessoas com ensino fundamental incompleto totalizam 40%. No cenário nacional, prevaleceram pessoas com ensino médio completo (30,7%), isso se dá pela faixa etária da população, de modo que neste estudo preponderaram os idosos, e na pesquisa nacional, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), engloba-se a população geral (SILVEIRA, et al., 2018, IBGE, 2017).

Acredita-se que a baixa escolaridade encontrada neste estudo possa influenciar no nível de conhecimento de seus fatores de risco e na tomada de decisão para uma vida mais saudável. Dessa maneira, pessoas menos escolarizadas apresentam mais fatores de risco cardiovascular (SILVEIRA, et al., 2018; BEZERRA et al., 2019; FIRMO et al., 2018).

Predominaram, neste estudo, pessoas de baixa renda com 1 salário mínimo (68,3%), validando estudos nacionais (SILVEIRA et al., 2018; FIRMO et al., 2018) e internacional (AMINDE et al., 2019).

Nessa perspectiva, a baixa condição socioeconômica pode influenciar negativamente na escolha de comportamentos saudáveis, tanto o conhecimento do que é bom para sua saúde, quanto para aquisição de produtos e serviços de qualidade para a vida diária. Outro ponto sensível à questão econômica, é a busca por serviços

de saúde preventivos, que se dá pela população mais favorecida economicamente, uma vez que pessoas de baixa renda buscam os serviços de saúde para tratar situações agudas de sua condição crônica, além da taxa de adesão farmacológica ser menor em grupos economicamente desfavorecidos (SILVEIRA et al., 2018; AMINDE et al., 2019; MERTINS et al., 2016).

Da amostra estudada, 84,6% possuem HAS, seguido de dislipidemia (50,7%) e DM (41,9%), sendo estes, fatores de risco modificáveis para DAC e, 72,8% possuem antecedentes familiares para DAC, configurando fator de risco não modificável para tal patologia. Vale ressaltar que, em um estudo brasileiro a taxa de história familiar para DAC foi de apenas 43,7% (MERTINS et al., 2016).

Em estudo realizado no estado de Minas Gerais, evidenciou-se 47,3% de hipertensos, 28,6% dislipidêmicos e 16,1% de diabéticos, ratificando em nível de proporções com o presente estudo (ROCHA et al., 2016).

Outra pesquisa nacional, realizada na região nordeste, atestou 83,3% com HAS, 62,2% com dislipidemia e 34,4% com DM, o que também corrobora com o presente estudo (SILVEIRA et al., 2018).

A HAS como fator de risco modificável, prevaleceu na presente investigação e em diversos estudos, assim ela se configura o principal fator de desenvolvimento de IAM e é responsável por cerca de 45% dos casos de DAC, segundo a OMS (PINHEIRO et al., 2013; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Necessário registrar que, uma pesquisa de meta-análise com 22 estudos internacionais, demonstrou que a presença de antecedentes familiares com DAC, HAS e níveis elevados de colesterol, aumentou o risco de DCV (BARBARESKO; RIENKS, 2018).

O fato da pessoa ter história familiar positiva para DCV pode ser fator motivador para adoção de estilo de vida saudável, e assim, diminuir a carga de fatores de risco modificáveis, de acordo com estudo realizado com homens na Finlândia (SIREN; ERIKSSON; VANHANEN, 2016)

A alta prevalência de DM na população estudada e em outros estudos, é preocupante devido ao seu potencial risco de elevar de duas a quatro vezes a chance de desenvolver DAC, além da sua capacidade deletéria ao sistema circulatório,

quando associada a outros fatores de risco, como dislipidemia, também presente em altas taxas neste e em outros estudos já destacados (SILVEIRA et al., 2018).

Na população estudada, 25% eram tabagistas e 3,7% eram etilistas crônicos autodeclarados. Tais achados, coadunam-se com outros estudos nacionais, com taxas de tabagismo entre a população com doença cardiovascular, de 38,4% e 36% (SILVA et al., 2017; CARAM et al., 2016). Vale lembrar que, em outro estudo nacional a taxa, 11,5%, foi bem abaixo da encontrada na população do presente estudo (TAKAMUNE et al, 2011).

Dados de uma pesquisa realizada no território nacional, encontrou que na região sudeste a taxa de tabagismo da população é 13,3%, estando o público pesquisado bem acima da média para tal região (FRANCISCO; ASSUMPÇÃO; MALTA, 2019).

Nesse contexto, a exposição a longo prazo ao tabaco aumenta o risco de desenvolvimento de DCV, e sendo portador de DAC, as chances de agravos a saúde aumentam significativamente (SILVA et al., 2017).

Em estudo sueco, ficou evidente que as pessoas com estilo de vida favorável tiveram 44% menos chances de desenvolverem DAC, diminuíram os riscos de desenvolver DM e HAS, e melhoraram os níveis lipídicos (DIMOVSKI; ORHOMELANDER; DRAKE, 2019).

Em estudos internacionais, tornou-se evidente que a adoção de estilo de vida saudável reduz significativamente o risco de desenvolver DAC ou de se ter algum evento agudo associada a esta, independentemente de se apresentar antecedente familiar para DAC (FLORIDO; ZHAO; NDUMELE et al., 2016; DIMOVSKI; ORHOMELANDER; DRAKE, 2019).

Dentre as comorbidades apresentadas pelos participantes, o IAM foi a mais prevalente (72,1%). Dos procedimentos prévios, prevaleceu-se a intervenção coronária percutânea (59,6%), seguida de CRM (27,9), o que reforça a necessidade de adoção de mudanças no estilo de vida.

Quanto ao IMC, diretrizes nacionais sugerem uma diferenciação na classificação entre adultos e idosos. Para os idosos, a classificação de sobrepeso é

aquela cujo IMC esteja igual ou acima de 27,0. Para adultos, tal número é igual ou acima de 25,0 e menor que 30,0 (BRASIL, 2004).

No atual estudo, a média do IMC foi 26,46 (dp=4,71), atingindo o valor máximo de 40,68. Como a idade média foi de 65,19 (dp=11,74), considerou-se o IMC eutrófico, porém na margem para desenvolvimento de sobrepeso.

Visto a alta preponderância de fatores de risco modificáveis na população estudada, recomenda-se, assim como em outros estudos (DIMOVSKI; ORHOMELANDER; DRAKE, 2019; RAUTIO; JOKELAINEN; PÖLÖNEN et al., 2015; SIREN; ERIKSSON; VANHANEN, 2016) que, a atuação dos profissionais de saúde esteja voltada para o controle e cessação destes por meio de mudanças de estilo de vida.

Sabendo-se da importância da prevenção dos fatores de risco cardiovascular, o Ministério da Saúde aprovou em 2010, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), com o objetivo de promover a QV e reduzir a vulnerabilidade dos riscos à saúde, além da construção de ambientes saudáveis em nível individual e coletivo (BRASIL, 2010).

Em uma revisão sistemática realizada do estilo de vida associado a DCV, ficou evidente que dieta saudável, atividade física, não fumar, baixo ou moderado consumo de álcool e peso normal, foram estatisticamente significativos para redução de 66% de risco de DCV e 60% AVC (BARBARESKO; RIENKS, 2018).

Em estudo de meta análise, notou-se a heterogeneidade dos estilos de vida saudáveis encontrados ao redor do mundo, entretanto, a maioria associa os bons hábitos à redução de risco de DCV, evidenciando-se a necessidade de adoção de mecanismos para controle de seus fatores de risco (BARBARESKO; RIENKS, 2018).

Estudos internacionais associaram o aumento de atividade física com alimentação saudável, o que evidencia a redução de eventos cardiovasculares e mortalidade por DCV em 10 anos. Associou-se também a adoção de estilo de vida saudável (redução de três fatores de risco) com a menor ocorrência de eventos cardiovasculares (RAUTIO; JOKELAINEN; PÖLÖNEN et al., 2015; KHERA; EMDIN; DRAKE, 2016).

As mudanças no estilo de vida são difíceis para algumas pessoas, dessa forma é importante a motivação e monitoramento pelos profissionais de saúde a essas

peças, o que resulta em uma melhor eficácia nos programas da atenção primária em saúde (RAUTIO; JOKELAINEN; PÖLÖNEN et al., 2015).

A adoção de estilo de vida saudável diminuiu em 46% o risco relativo de eventos coronarianos em pessoas com alto risco genético. Da mesma forma, a não adoção de estilo de vida saudável foi prejudicial para pessoas com baixo risco genético, o que demonstra o forte poder do controle de fatores de risco modificáveis (KHERA; EMDIN; DRAKE, 2016).

Pessoas com estilo de vida não saudável, ou seja, que não controlam ou controlam apenas um fator de risco cardiovascular, estão mais suscetíveis a apresentar HAS bem como DM e níveis de colesterol elevados, acarretando em maior risco de desenvolver eventos coronarianos (KHERA; EMDIN; DRAKE, 2016).

O sedentarismo esteve presente na maioria dos participantes deste estudo e da população em geral. Tal condição aumenta a morbimortalidade, pois a atividade física reduz parâmetros fisiológicos para a normalidade, controla o IMC, além de diminuir o risco de eventos cardiovasculares (CARVALHO; MARINS; AMORIM et al., 2016; SILVEIRA et al., 2018).

Quanto à atividade física, seu nível mais alto diminui consideravelmente as chances de desenvolver DAC ou de ocorrer eventos associados a DCV. Em um estudo americano, apenas 40% dos participantes com história familiar de DAC realizavam atividade física rotineira (FLORIDO; ZHAO; NDUMELE et al., 2016).

Nessa perspectiva, surge-se a necessidade de avaliar o padrão de atividade física da população, bem como incentivá-los a inserir tal prática em sua rotina. Este direcionamento das recomendações para prática de atividade física ao menos 30 minutos de 5 a 6 vezes por semana, está associada à melhora no consumo de frutas e legumes, bem como outros comportamentos saudáveis (FLORIDO; ZHAO; NDUMELE et al., 2016).

Considerando a existência de diversos fatores de risco modificáveis, estudo realizado na Finlândia, demonstrou a eficácia de programas de aconselhamento para população com DCV ou história positiva para DCV, uma vez que as pessoas tendem a procurar os programas de aconselhamento por profissionais da saúde para controle de seus fatores de risco e adoção de estilo de vida saudável, o que reflete

positivamente no risco de desenvolver eventos cardiovasculares (SIREN; ERIKSSON; VANHANEN, 2016).

O conhecimento geral obteve média de 7,06 pontos ($dp=1,62$), para um escore máximo de 9,0, porém a mudança no estilo de vida referido foi de 3,67, considera-se um valor baixo, o que reflete a necessidade de mudança de comportamento dos pacientes para evitar eventos agudos que ameaçam a vida.

O conhecimento geral dos pacientes europeus foi superior ao encontrado no presente estudo. O conhecimento geral deles sobre tabagismo, estresse e níveis lipídicos ficou acima de 8,0, o que confirma a necessidade de ações educativas e intervenções que envolvam os pacientes como responsáveis pelo seu tratamento (ALM-ROIJER; STAGMO; UDÉN et al., 2004)

Os pesquisadores europeus sugeriram que quanto maior o conhecimento dos fatores de risco, maior será a mudança no estilo de vida, no que diz respeito à perda de peso, aumento de atividade física, diminuição do estresse, dieta saudável, controle lipídico e adesão farmacológica. Contudo, o referido conhecimento não é suficiente para alterar hábitos que influenciam em níveis de glicose sanguínea e pressão arterial (ALM-ROIJER; STAGMO; UDÉN et al., 2004)

No presente estudo, não se correlacionaram os conhecimentos geral e específico com as mudanças no estilo de vida, porém observou-se baixo conhecimento específico dos fatores de risco, bem como reduzida mudança no estilo de vida.

O conhecimento geral atingiu níveis satisfatórios, média 7,06, entretanto o conhecimento específico, ou seja, o quanto o paciente sabe que determinados fatores de risco influenciam em sua doença, obteve média 4,03, valor baixo, que destaca uma determinada negação de reconhecimento de que possui alguns fatores de risco, construindo uma barreira para adesão as mudanças de estilo de vida e metas de tratamento. Corroboram tais dados, com estudo realizado em São Paulo, em que as pacientes conhecem os fatores de risco modificáveis existentes, mas não realizam mudança no estilo de vida (TAKAMUNE et al., 2011).

No presente estudo, foi estatisticamente significativo a correlação entre escolaridade e conhecimento geral dos fatores de risco cardiovascular ($p<0,001$), ou

seja, quanto maior a escolaridade maior é o conhecimento do paciente sobre os fatores de risco para DAC. Porém, não foi estatisticamente significativo ($p=0,186$) a escolaridade com a mudança no estilo de vida.

Estudo americano coadunou-se com tais achados, uma vez que também evidenciou que quanto menor a escolaridade dos sujeitos menor é o conhecimento sobre sua doença ($p<0,001$) e menor é a adesão farmacológica ($p=0,077$) (WU et al., 2017).

Outro estudo realizado no sul do Brasil, confirmou que pacientes cardiopatas que conhecem mais de três fatores de risco é minoria, e que as pessoas que conhecem mais que três fatores de risco são aqueles mais alfabetizados e com maior renda (BONOTTO; MENDONZA-SASSI; SUSIN, 2016).

Pesquisadores norte-americanos comprovaram que os pacientes necessitam saber sobre os seus fatores de risco para posterior tomada de decisão quanto à fatores preventivos que, aumentem a sobrevida e diminuam riscos relacionados à sua doença, tendo em vista que, mais da metade dos pacientes entrevistados desconheciam sobre seus fatores de risco para DCV (BARTELS et al., 2016).

Wu e outros autores (2017), enfatizaram a importância da família estar conectada com o paciente, ou seja, os familiares próximos também necessitam saber sobre a doença do ente, uma vez que quanto mais baixa a escolaridade dos familiares menor era o conhecimento sobre tal doença ($p=0,001$), e isto acarretava em uma maior ingestão de sódio ($p=0,067$) e menor adesão farmacológica ($p<0,027$).

Acredita-se que a alfabetização do paciente e de seus familiares seja crucial para o sucesso do adequado seguimento ao tratamento proposto, o que forma uma rede de apoio dentro da própria família (WU et al., 2017).

Estudo realizado no Quênia observou que, além da alfabetização contribuir para um bom conhecimento sobre os fatores de risco de sua doença, a baixa renda também é um ponto importante de desconhecimento. Assim, esses dois fatores podem contribuir negativamente para comportamentos de risco como tabagismo, inatividade física, consumo de álcool e dieta não saudável (WEHESAH et al., 2018).

Nesse íterim, quanto maior o conhecimento do paciente sobre sua doença e seus fatores de risco, maior será a tomada de decisão para autocuidado e para

eficácia no tratamento, é o que comprovou um estudo descritivo realizado pela *American Heart Association* (RIEGEL et al., 2017).

A partir da correlação de *Pearson*, quanto menor a idade maior é o escore para conhecimento geral ($p < 0,001$) e específico ($p = 0,007$) dos fatores de risco cardiovascular. Pessoas mais jovens possuem maior conhecimento sobre os fatores de risco para DAC e conhecem melhor sobre os seus próprios fatores de risco, fato que corroborou com pesquisa brasileira (BONOTTO; MENDONZA-SASSI; SUSIN 2016).

Quanto maior a renda individual maior o conhecimento geral dos fatores de risco ($p = 0,022$), utilizando a correlação de *Pearson*.

Tratando-se de estilos de vida não saudáveis, é importante destacar que ex-tabagistas possuem uma maior mudança no estilo de vida comparado aos não fumantes, assim, foi estatisticamente significativo o fato de ser ex-tabagista com mudanças no estilo de vida, como cessação do tabagismo, atividade física, mudança nos hábitos alimentares, $p = 0,014$.

Bem como, ex-etilistas tendem a aderir melhor a medicação profilática cardiovascular, $p = 0,027$.

A partir do teste t de *Student*, evidenciou-se que pessoas com DM, que realizaram CRM, praticam atividade física, fazem uso de vasodilatador e antidiabético oral são estatisticamente significativos com o domínio de mudança no estilo de vida da escala Q-FARCS, com $p = 0,005$, $p = 0,003$, $p < 0,001$, $p = 0,010$, $p = 0,010$ respectivamente, ou seja, quem se apresenta nestes grupos, melhor aderem às mudanças no estilo de vida.

Pesquisa realizada no Irã em 2017 (SOROUSH et al., 2017), confirmou a forte relação existente entre o conhecimento de fatores de risco real e percebido, relacionados à hipertensão, histórico familiar para DAC, DM, tabagismo e abuso de substâncias ($p < 0,05$).

Ao cruzar as variáveis tempo de doença com mudança no estilo de vida, considerou-se estatisticamente significativo tendo $p = 0,010$ por meio da correlação de *Pearson*. Acredita-se que ao longo dos anos que a pessoa é portadora de DAC, ela

vai se conscientizando dos seus fatores de risco e da necessidade de aderir a uma vida mais saudável para controle de sua doença e melhorar sua QV.

Os pacientes iranianos subestimaram em seu conhecimento o papel do envelhecimento (98,8%), abuso de substâncias (95,2%), sobrepeso e obesidade (94,9%), hiperlipidemia (93,1%), história familiar (90,3%) e hipertensão (90%) mais que diabetes (86,1%), tabagismo (72,5%) e estresse (54,7%) (SOROUSH et al., 2017).

A literatura comprova que pacientes cardíacos conhecem mais sobre seus fatores de risco, e em pacientes que possuem carga maior de fatores de risco a responsabilidade pela sua saúde tende a aumentar. A autonomia e o conhecimento sobre os fatores de risco para as DCV, são partes inerentes da adesão dos pacientes cardíacos ao autocuidado (KANGASNIEMI et al., 2016; PIEROBON et al., 2009; WEKESAH et al., 2019).

Quanto à relação da variável IMC com conhecimento geral e específico para doença cardiovascular, foi estatisticamente significativo com valor de $p=0,035$ e $p=0,001$ respectivamente. Portanto, quanto maior o IMC, maior será o conhecimento do paciente sobre os fatores de risco geral e específico para a DAC. Foi também estatisticamente significativo com mudança no estilo de vida, tendo $p=0,022$.

Notou-se que os grupos que melhor aderem à mudança no estilo de vida, são aquelas pessoas que já possuem algum acometimento de sua saúde além da DAC, pautado na necessidade de se melhorar sua condição de vida para maior controle de suas doenças e fatores de risco.

Quanto à capacidade das pessoas de aderir melhor à medicação para HAS, DM e hipercolesterolemia, apresentou-se estatisticamente significativo com pessoas que realizaram CRM, que usam antidiabético oral e fibratos com valor de $p=0,006$, $p=0,022$, $p<0,001$ respectivamente.

Em uma investigação na Itália, percebeu-se o forte papel da aceitação de sua própria doença para melhor adesão às metas de tratamento, tanto medicamentoso quanto comportamental (PIEROBON et al., 2009).

É o que evidenciou a positiva correlação entre aceitação da doença com melhora na dieta $p=0,0001$, melhor a prática de atividade física $p=0,0001$, aumento da

adesão farmacológica $p=0,0001$, aumenta o controle dos parâmetros clínicos $p=0,0001$ além de interferir no gerenciamento do estresse $p=0,0006$ (PIEROBON et al., 2009).

Pautado nestes achados, enfatiza-se a necessidade de o paciente aceitar sua doença $p=0,0001$, para melhor tomada de decisão para controle de seus fatores de risco, como também, torna-se importante o apoio familiar e de amigos para melhor manejo de sua condição de saúde $p=0,0003$ (PIEROBON et al., 2009).

De acordo com o presente estudo, mulheres conhecem melhor sobre os fatores de risco geral para DAC, $p=0,037$, bem como, quem nunca foi etilista, $p=0,048$ e os praticantes de atividade física, $p=0,023$.

Em uma pesquisa norte americana, percebeu-se que 45% das mulheres não sabiam que as DCV são a principal causa de morte entre mulheres. No geral, 45% delas disseram que era comum cancelar consultas médicas até que perdessem peso (MERZ et al., 2017). Desta forma, apenas 39% das pacientes, relataram que DCV são causa de preocupação para elas, após perda de peso e saúde das mamas. Em geral, considerou-se que o estigma social, particularmente em relação ao peso, constituiu uma barreira para tal percepção (MERZ et al., 2017).

Quanto ao conhecimento específico para DAC, foi estatisticamente significativo com pessoas que possuem alguma religião, $p=0,022$; portadores de DM, $p=0,026$, e HAS, $p<0,001$, talvez pelo fato de buscarem entender sua patologia para um melhor controle de sua saúde. Aqueles que fazem uso das seguintes medicações: antiagregante plaquetário $p=0,014$, antianginoso $p=0,032$, antidiabético oral $p=0,010$ e inibidores da hidroximetilglutaril-coenzima A redutase $p=0,005$, também foram estatisticamente significativos com conhecimento específico para DAC.

Divergiu do presente estudo, o de Wekesah e colaboradores (2019), no Quênia, em que alguns pacientes não conseguiram enxergar que o seu comportamento de risco está intimamente ligado a fatores de risco como DM, HAS, AVC e ataques cardíacos.

A QV das pessoas com DAC analisada a luz da sintaxe do instrumento WHOQOL-bref, obteve-se médias regulares em todos os quatro domínios, em que quanto maior a pontuação melhor a satisfação com a própria QV.

Segundo Salim e outros autores (2007), a melhor pontuação para percepção de QV e satisfação com a saúde é 60 pontos, estando a presente população estudada acima deste ponto de corte em todos os domínios pesquisados.

A QV, no domínio físico da escala WHOQOL-bref, obteve média de 61,26 (dp=19,67), domínio psicológico média 67,67 (dp=22,014), os domínios com maiores médias foi o social 71,44 (dp=25,24) e ambiental 67,94 (dp=15,83). O domínio físico caracteriza-se pela capacidade de desenvolver atividades no dia a dia e o que a carga de doenças e fatores de risco os afetam, assim notou-se que este foi o domínio que as pessoas possuem menor QV, enfatizando a necessidade de melhorar o controle de sua doença.

Estudo realizado no estado do Acre, com idosos, observou que as piores médias de QV foram nos domínios ambiental (50,4) e psicológico (63,8), o que diverge do presente estudo, no qual os piores foram físicos e psicológicos, como demonstrado acima (AMARAL et al., 2015).

Na Indonésia 94,5% das pessoas cardiopatas relataram uma boa QV (KOMALASARI; NURJANAH; YOCHÉ, 2019).

Estudo Holandês evidenciou que pacientes submetidos a intervenções percutâneas com má QV apresentaram maiores eventos cardíacos adversos comparados àqueles que possuíam uma boa QV, em um período de 6 meses (PEDERSEN et al., 2007).

A escolaridade foi preditiva de boa QV, ou seja, quanto maior escolaridade maior a QV, principalmente entre homens cardiopatas, é o que revelou estudo europeu (TCHICAYA; LORENTZ, 2016)

A correlação do nível de escolaridade com as variáveis domínio social e ambiental de QV foi estatisticamente significativa com valor de $p=0,043$ e $p<0,001$ respectivamente.

Ou seja, quanto maior a escolaridade das pessoas analisadas, melhor é a QV delas em relação ao social, suas interações com as pessoas ao redor e com a sociedade e vizinhança, bem como com a QV no aspecto ambiental, o quão bem se sentem em sua casa e seu local de trabalho.

A renda individual foi estatisticamente significativa com os domínios de QV, físico ($p=0,002$), psicológico ($p<0,001$), social ($0,006$) e ambiental ($p=<0,001$). Acredita-se que com uma maior renda, melhor serão suas opções de moradia, lazer, cultura, esporte, bem-estar mental e psíquico, melhor interação com as pessoas e melhor QV.

Estudo realizado em um país europeu, revelou que a baixa condição socioeconômica foi associada a uma pior QV segundo o WHOQOL-bref, o que se coaduna com o presente estudo (TCHICAYA; LORENTZ, 2016), assim como em um estudo de base populacional multicêntrico entre Brasil e Austrália (CACERES et al., 2018).

Observou-se dos achados deste estudo, bem como da literatura, que baixas condições socioeconômicas são preditivas de baixa QV no geral, pautando-se a necessidade de intervenções para melhorar a QV nesta população (CACERES et al., 2018; TCHICAYA; LORENTZ, 2016; AMARAL et al., 2015).

Com base nas duas escalas deste estudo, WHOQOL-bref e Q-FARCS, calculando a correlação de *Pearson*, encontrou-se resultado estatisticamente significativo entre o domínio psicológico da WHOQOL-bref com a adesão farmacológica da Q-FARCS com valor de $p=0,034$, ou seja, o uso correto de medicações profiláticas para controle da DAC afeta positivamente na QV no âmbito psicológico, o que faz com que a pessoa fique menos preocupada com sua doença por seguir o tratamento adequado.

Dessa maneira, também encontrou-se significância estatística entre o domínio ambiental e a adesão farmacológica $p=0,001$. Ou seja, quando a pessoa está em um bom local, agradável e saudável, ela tende a fazer o uso correto das medicações de seu tratamento.

A partir da correlação entre a variável cor de pele branca e domínio físico da WHOQOL-bref, encontrou-se resultado estatisticamente significativo com valor de $p=0,002$. O domínio físico também foi estatisticamente significativo com quem não possui hipertrigliceridemia $p=0,016$, quem não faz uso de insulina regular $p=0,050$ e de fibratos $p<0,001$.

Quanto ao domínio psicológico da escala WHOQOL-bref, obteve-se resultado estatisticamente significativo com homens $p=0,002$, sem HAS $p=0,001$, que não possuem dislipidemia $p=0,019$ e que não fazem uso de fibratos $p=0,012$.

Corroboraram-se com tais dados, os resultados de estudo no qual mulheres possuem menor QV percebida, isso pode ser justificado pelo sentimento negativo que as mulheres têm de chegar na velhice associado as alterações físicas, surgimento de doenças e perda do companheiro (AMARAL et al., 2015).

Essa diferença entre escores de QV e sexo também foi encontrada em estudo realizado com pessoas cardiopatas em Luxemburgo, com $p<0,001$ (TCHICAYA; LORENTZ, 2016).

O domínio social, levando-se em conta a relação com as pessoas da escala WHOQOL-bref foi estatisticamente significativo homens $p=0,002$, sem HAS $p=0,018$ e que não fazem uso de fibratos $p=0,014$.

Já o domínio ambiental, foi estatisticamente significativo com pessoas brancas $p=0,030$ e que não possuem dislipidemia $p=0,014$.

Quanto à presença de comorbidades, estudo realizado por Amaral e colaboradores (2015) revelou que quanto mais comorbidades, menor serão os escores de QV, exceto para o domínio ambiental, resultados semelhantes aos encontrados no presente estudo.

Utilizando-se a regressão linear múltipla com 7 preditores e os domínios da escala Q-FARCS, obteve-se resultado estatisticamente significativo entre escolaridade e conhecimento geral para fatores de risco cardiovascular, $p=0,011$, ou seja, quanto maior a escolaridade das pessoas, melhor será o entendimento sobre os fatores de risco para DAC.

Pode-se afirmar ainda que, a idade foi estatisticamente significativa com o conhecimento geral e específico dos fatores de risco para DAC com valor de $p=0,003$ e $p=0,001$ respectivamente. Pessoas com HAS possuem um melhor conhecimento dos fatores de risco específicos, bem como aderem melhor as mudanças no estilo de vida e à terapia farmacológica, ambos com valor de $p<0,001$. Portanto, entende-se que o sucesso do tratamento depende do conhecimento e do engajamento para a tomada de decisão, e conseqüente, melhora na condição de saúde.

Quanto ao conhecimento específico dos fatores de risco cardiovascular, segundo a análise de regressão linear múltipla, pessoas que foram atendidas na hemodinâmica têm maior conhecimento sobre seus fatores de risco $p=0,001$, talvez esse valor se justifique pelo fato de que nesse cenário as pessoas terem o diagnóstico há pouco tempo, estando mais suscetíveis a receberem novos conhecimentos.

Quanto aos domínios de QV segundo a escala WHOQOL-bref e 7 preditores (sexo, escolaridade, renda individual, tempo de doença, intervenção coronária percutânea, uso de anti-hipertensivo, conhecimento específico – Q-FARCS), com base na regressão linear múltipla, têm-se correlações positivas com o sexo, ou seja, homens possuem melhor QV no domínio psicológico $p=0,002$ e social $p=0,002$, o que divergiu de estudo internacional (TCHICAYA; LORENTZ, 2016).

A correlação renda e a escala WHOQOL-bref, demonstrou significância estatística com os domínios físico, psicológico e ambiental, com valor de $p=0,016$, $p=0,031$ e $p=0,003$ respectivamente. Pessoas com menor tempo de doença tem melhor QV no domínio social $p=0,037$, acredita-se que esse resultado esteja associado à crença limitante, que pessoas com muitos anos de doença passam a imaginar que são incapazes de realizar algumas atividades.

O domínio físico da escala WHOQOL-bref como variável dependente principal, não foi estatisticamente significativo quando relacionado ao conhecimento específico dos fatores de risco cardiovascular (Q-FARCS), $p= 0,093$, o que leva a acreditar que, embora o conhecimento dos fatores de risco seja importante e primordial para tomada de decisão para uma vida saudável, este ainda não possui influência direta na QV das pessoas em seu domínio físico.

No contexto geral das pessoas com DCV, a QV tende a ser menor, visto que causam incapacidade física e uso de medicamentos que acarretam comprometimento das atividades de vida diária (AMARAL et al., 2015; MUNIZ et al., 2016).

Estudo multicêntrico do tipo coorte de base populacional com pessoas cardiopatas no sul do Brasil e sul da Austrália, evidenciou que quanto maior o nível de atividade física melhor o escore de QV (CACERES et al., 2018).

Os dados encontrados neste estudo, que coadunaram-se com estudos nacionais e internacionais, tais como a presença de fatores de risco para DCV ou a

presença da própria DCV são indicativos de menor QV em diversos domínios, seja físico, psicológico, social e ambiental, reforçando-se a necessidade de atuação de controle dos fatores de risco nesta população (TCHICAYA; LORENTZ, 2016; CACERES et al., 2018; AMARAL et al., 2015; PEDERSEN et al., 2007; KOMALASARI; NURJANAH; YOCHE 2019).

O estudo apresentou como limitação o desenho transversal, além de ter sido realizado em apenas um serviço de saúde. Entretanto, as limitações não comprometeram a fidedignidade dos resultados da pesquisa.

8 CONCLUSÃO

Conclui-se que dos 136 participantes, a maioria foi atendida no serviço de hemodinâmica do HC-UFTM. Prevaleram homens, idosos, cor de pele autodeclarada branca, aposentados, casados, que possuem religião, moram acompanhados e são procedentes de Uberaba.

Quanto à escolaridade, 58,8% estudaram de 1 a 8 anos do ensino fundamental, demonstrando-se a baixa escolaridade da população pesquisada. Preponderou-se a renda individual de 1 salário mínimo com 68,3%, além de 64% da renda familiar se concentrar em até 2 salários mínimos.

Predominou-se a HAS como fator de risco modificável, seguido de dislipidemia, DM, tabagismo e etilismo. A maioria possui antecedentes familiares para DAC.

Prevaleceu o acometimento por IAM. A maioria realizou intervenção coronária percutânea previamente.

O tempo de doença obteve média de 71,02 meses, o IMC atingiu média de 26,46, considerado eutrófico para idosos.

O escore de conhecimento geral obteve média de 7,06, conhecimento específico dos fatores de risco 4,03, mudanças no estilo de vida 3,59 e adesão farmacológica 7,78, demonstrando-se o baixo conhecimento específico para fatores de risco da DAC e baixa mudança no estilo de vida.

Levada em conta a QV, o domínio físico obteve média de 61,26, domínio psicológico 67,67, domínio ambiental 67,94 e domínio social 71,44, o que atesta os níveis medianos na QV, visto que não há estratificação de escores da escala utilizada, WHOQOL-bref.

Com base na análise de regressão linear múltipla, conclui-se que quanto maior a escolaridade, maior o conhecimento geral de fatores de risco para DAC, e quanto menor a idade, maior o conhecimento geral e específico de fatores de risco para DAC. Assim, pessoas com HAS conhecem melhor sobre seus fatores de risco, aderem a mudanças no estilo de vida e ao tratamento farmacológico. Os pacientes que foram atendidos no serviço de hemodinâmica conhecem melhor sobre os seus próprios fatores de risco.

Nessa esteira, a renda individual afeta diretamente nos domínios físico, psicológico e ambiental da QV. Os homens possuem melhor QV nos domínios psicológico e social, e quanto menor o tempo de doença, maior é a QV no domínio social.

Conclui-se que o conhecimento dos fatores de risco não é indicativo de mudança no estilo de vida, tendo em vista o alto valor de conhecimento geral dos fatores de risco cardiovascular e baixo escore para mudança no estilo de vida e adesão as metas de tratamento.

Recomenda-se que outros estudos desta natureza sejam realizados, e também estudos de intervenção, para aumentar o conhecimento específico dos fatores de risco com pacientes cardiopatas, no intuito de se testar a hipótese de que o aumento do conhecimento específico possa provocar mudanças no estilo de vida e adequar medidas antropométricas e clínicas aos níveis basais.

REFERÊNCIAS

- ALCALÁ LÓPEZ, J. E. *et al.* Cardiopatía isquémica: concepto, clasificación, epidemiología, factores de riesgo, pronóstico y prevención. **Medicine**, [Estados Unidos da América], v. 12, n. 36, p. 2145-2152, 2017. Disponível em: <http://residenciamflapaz.com/Articulos%20Residencia%2017/112%20Cardiopat%C3%ADa%20isqu%C3%A9mica%20concepto%20clasificaci%C3%B3n.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2018.
- ALM-ROIJER, C. *et al.* Better knowledge improves adherence to lifestyle changes and medication in patients with coronary heart disease. **European Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 3, p.321–330, 2004.
- AMINDE, L. N; TINDONG, M.; NGWASIRI, C. A. Adherence to antidiabetic medication and factors associated with non-adherence among patients with type-2 diabetes mellitus in two regional hospitals in Cameroon. **BMC Endocrine Disorders**, v. 19, n. 35, 2019.
- ANJO, D. *et al.* Os benefícios da reabilitação cardíaca na doença coronária: uma questão de género? **Rev. Port. Cardiol.** v.33, n.2, p. 79-87, 2014.
- BARBARESKO, J.; RIENKS, J. Lifestyle Indices and Cardiovascular Disease Risk: A Meta-analysis. **Am J Prev Med**, v. 55, n. 4, p.555-564, 2018.
- BARTELS, C. M. *et al.* Rheumatologist and Primary Care Management of Cardiovascular Disease Risk in Rheumatoid Arthritis: Patient and Provider Perspectives. **Arthritis Care & Research**, v. 68, n. 4, p. 415-423, 2016. DOI: 10.1002/acr.22689
- BEZERRA, D. S. *et al.* Análise do acompanhamento e fatores de risco para o acidente vascular cerebral em hipertensos. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 11, n. 12, 2019.
- BONOTTO, G. M.; MENDOZA-SASSI, R. A.; SUSIN, L. R. O. Conhecimento dos fatores de risco modificáveis para doença cardiovascular entre mulheres e seus fatores associados: um estudo de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 293-302, 2016. DOI: 10.1590/1413-81232015211.07232015
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Técnica da Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi-win/SISVAN/CNV/notas_sisvan.html>. Acesso em: 04 nov. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010, 3. ed. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. [Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos].

Diário Oficial da União, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 424, de 19 de março de 2013. [Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas]. **Sistema de Legislação da Saúde**, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html>. Acesso em: 09 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mortalidade**: doença do aparelho circulatório. Brasília, DF: Sala de Apoio à Gestão Estratégica, 2015. Disponível em: <<http://sage.saude.gov.br/#>>. Acesso em: 11 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Sistema de informática do SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/>>. Acesso em: 11 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. Ebserh. **Sobre o HC-UFTM**. [2018]. Uberaba, MG: Ministério da Educação, 2018. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/hc-ufm/sobre-o-hc-ufm>>. Acesso em: 05 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Sistema de informática do SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019a. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/>>. Acesso em: 10 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da pessoa idosa: prevenção e promoção à saúde integral**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019b. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-da-pessoa-idosa>>. Acesso em: 01 nov. 2019.

BRUNORI, E. H. F. R. *et al.* Associação de fatores de risco cardiovasculares com as diferentes apresentações da síndrome coronariana aguda. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 4, p. 538-546, jul./ago. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/pt_0104-1169-rlae-22-04-00538. Acesso em: 11 abr. 2018.

CACERES, V. de M. *et al.* Physical activity moderates the deleterious relationship between cardiovascular disease, or its risk factors, and quality of life: Findings from two population-based cohort studies in Southern Brazil and South Australia. **PLoS ONE**, v.13, n.6, 2018.

CARVALHO, C. J. de *et al.* Altas taxas de sedentarismo e fatores de risco cardiovascular em pacientes com hipertensão arterial resistente. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 49, n. 2, p. 124-133, 2016.

CHIN, Y. R.; LEE, I. S.; LEE, H. Y. Effects of hypertension, diabetes, and/or cardiovascular disease on health-related quality of life in elderly Korean individuals: a

population-based cross-sectional survey. **Asian Nursing Research**, [Korea], v. 8, n. 4, p. 267-73, dec. 2014.

CHOWDHURY, R. et al. Adherence to cardiovascular therapy: a meta-analysis of prevalence and clinical consequences. **European Heart Journal**, [Oxford], v. 34, n. 38, p. 2940–48, oct. 2013.

COLÓSIMO, F. C. et al. Hipertensão arterial e fatores associados em pessoas submetidas à cirurgia de revascularização do miocárdio. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 201-208, 2015. Disponível em: <http://www.periodicos.usp.br/reeusp/article/view/103182/101581>. Acesso em: 22 ago. 2018.

DIMOVSKI, K.; ORHO-MELANDER, M.; DRAKE, I. A favorable lifestyle lowers the risk of coronary artery disease consistently across strata of non-modifiable risk factors in a population-based cohort. **BMC Public Health**, v. 19, 2019.

FIRMO, J. O. A. et al. Controle da hipertensão arterial entre adultos mais velhos: ELSI-Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, supl. 2, 2018.

FLECK, M. P. de A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-183, abr. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n2/1954.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2018.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida (Org.). **A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008. 228 p.

FLORIDO, R. Z. D. et al. Physical Activity, Parental History of Premature Coronary Heart Disease, and Incident Atherosclerotic Cardiovascular Disease in the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Study. **J. Am. Heart Assoc.**, v. 5, 2016. DOI: 10.1161/JAHA.116.003505.

FRANCISCO, P. M. S. B.; ASSUMPÇÃO, D. de; MALTA, D. C. Coocorrência de Tabagismo e Alimentação não Saudável na População Adulta Brasileira. **Arq Bras Cardiol.**, São Paulo, v. 113, v. 4, p.699-709, 2019.

GAMA, G. G. G. et al. (Des)controle de parâmetros clínicos e antropométricos em indivíduos com doença arterial coronária. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 624-631, 2011.

GIL, G. P. et al. Evolução clínica de pacientes internados em decorrência do primeiro episódio da Síndrome Coronariana Aguda. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 5, [8 telas], set./out. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/pt_03.pdf. Acesso em: 11 abr. 2018.

GONZÁLEZ-CHICA, D. A. et al. Are we reducing the risk of cardiovascular disease and improving the quality of life through preventive health care? Results of a population-based study in South Australia. **Preventive Medicine**, Montreal, n. 99, p. 164-70, jun. 2017.

GRUPO DE ESTUDOS EM QUALIDADE DE VIDA. **Projeto WHOQOL bref**. Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento, 2016. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/qualidep/qualidade-de-vida/projeto-whoqol-bref>. Acesso em: 30 ago. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS. **Brasil em síntese: educação**. Disponível em: <<https://brasilemsintese.ibge.gov.br/educacao/anos-de-estudo-e-sexo.html>>. Acesso em: 01 nov. 2019.

JANINI, J. P.; BESSLER, D.; VARGAS, A. B. de. Educação em saúde e promoção da saúde: impacto na qualidade de vida do idoso. **Saúde debate**, v. 39, n. 105, abr./jun., 2015. DOI: 10.1590/0103-110420151050002015

JOUSILAHTI, P. *et al.* Primary prevention and risk factor reduction in coronary heart disease mortality among working aged men and women in eastern Finland over 40 years: population based observational study. **BMJ**, London, v. 352, p. i721, mar. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4772739/>. Acesso em: 11 abr. 2018.

KANGASNIEMI, M.; HIRJABA, M.; KOHONEN, K.; VELLONE, E.; MOILANEN, T.; PIETILÄ, A. M.. The cardiac patients' perceptions of their responsibilities in adherence to care: a qualitative interview study. **Journal of Clinical Nursing**, 2016. DOI: 10.1111/jocn.13642.

KHERA, A. V.; EMDIN, C. A.; DRAKE, I. Genetic Risk, Adherence to a Healthy Lifestyle, and Coronary Disease. **N Engl J Med**, v. 375, p.2349-2358, 2016.

KOMALASARIA, R.; NURJANAH; Y., M. M. Quality of Life of People with Cardiovascular Disease: A Descriptive Study. **Asian Pacific Island Nursing Journal**, v.4, n.2, p. 92-96, 2019.

MACHADO, J. C.; COTTA, R. M. M.; MOREIRA, T. R.; SILVA, L. S. da. Análise de três estratégias de educação em saúde para portadores de hipertensão arterial. **Ciências e saúde coletiva**, v. 21, n. 2, fev., 2016. DOI: 10.1590/1413-81232015212.20112014

MALDONADO, C. M. *et al.* Associação entre fatores de risco cardiovasculares e a presença de doença arterial coronariana. **Archivos de Medicina**, v. 19, n. 2, p. 247-255, 2019.

MENDES, A. dos S. *et al.* Tempos de acesso a serviços de saúde face ao infarto do miocárdio. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 29, n. 4, p. 446-453, jul./ago., 2016.

MERTINS, S. M.; KOLANKIEWICZ, A. C. B.; ROSANELLI, C. de L. S. P. Prevalência de fatores de risco em pacientes com infarto agudo do miocárdio. **Av Enferm**, v. 34, n. 1, p. 30-38, 2016.

MERZ, C. N. B. *et al.* Knowledge, Attitudes, and Beliefs Regarding Cardiovascular Disease in Women. **Journal of the American College of Cardiology**, 2017. DOI: 10.1016/j.jacc.2017.05.024

MUNIZ, E. A.; AGUIAR, M. F. dos S.; BRITO, M. da C. C. Desempenho nas atividades básicas da vida diária de idosos em Atenção Domiciliar na Estratégia Saúde da Família. **Revista Kairós Gerontologia**, v.19, n.2, p.133-146, 2016.

NORONHA, D. D. *et al.* Qualidade de vida relacionada à saúde entre adultos e fatores associados: um estudo de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 463-74, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Doenças cardiovasculares**. Brasília, DF: OMS, 2016. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=839. Acesso em: 11 abr. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles**. Genebra, Suíça. 2018. Disponível em: http://www.who.int/nmh/countries/2018/bra_en.pdf?ua=1. Acesso em: 03 out. 2018.

PEDERSEN, S.S. *et al.* Poor health-related quality of life is a predictor of early, but not late, cardiac events after percutaneous coronary intervention. **Psychosomatics**, v.48, p.331-337, 2007.

PIEROBON, A. *et al.* Into the cognitive constructs related to adherence to treatment in CHD outpatients: the importance of accepting the disease limitations. **Monaldi Arch Chest Dis**, v. 72, p. 130-138, 2009. Disponível em: <https://moh-it.pure.elsevier.com/en/publications/into-the-cognitive-constructs-related-to-adherence-to-treatment-i>. Acesso em: 25 out. 2019.

PINHEIRO, R. H. O. *et al.* Fatores de risco para infarto agudo do miocárdio em pacientes idosos cadastrados no programa hiperdia. **Cogitare Enferm.** v.18, n.1, p.78-83, 2013.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Essentials of Nursing Reserach: Appraising Evidence for Nursing Practice**. Tradução de Denise Regina de Sales. 9. ed. Philadephia: Wolters Kluwer Health, 2018.

RAUTIO, N. *et al.* Changes in lifestyle modestly reduce the estimated cardiovascular disease risk in one-year follow-up of the Finnish diabetes prevention program (FIN-D2D). **European Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 14, n. 2, p.145-152, 2015.

RAZAVI, M. *et al.* Effects of lifestyle modification programs on cardiac risk factors. **PLoS One**, San Francisco, v. 9, n. 12, p. 1-16, dec. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4260956/?tool=pubmed#pone.0114772-Ades1>. Acesso em: 11 abr. 2018.

RIEGEL, B. *et al.* Self-Care for the Prevention and Management of Cardiovascular Disease and Stroke. **Journal of the American Heart Association**, 2016. DOI: 10.1161/JAHA.117.006997.

ROCHA; I. A. P.; GARCIA, N. S. M.; PÉTERLE, L. M. M. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em usuários da unidade básica de saúde do bairro canaã do município de Ipatinga, MG. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 15, n. 1, p. 23-28, jun./ago., 2016.

ROSA, S. A. *et al.* Cardiac rehabilitation after acute coronary syndrome: do all patients derive the same benefit? **Revista Portuguesa de Cardiologia**, Porto, v. 36, n. 3, p. 169-176, mar. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28238477>. Acesso em: 23 ago. 2018.

SABZMAKAN, L. *et al.* Behavioral determinants of cardiovascular diseases risk factors: A qualitative directed content analysis. **ARYA Atheroscler**, v. 10, n. 2, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25161674>. Acesso em: 25 out. 2019.

SAFFI, M. A. L. *et al.* Validity and reliability of a questionnaire on knowledge of cardiovascular risk factors for use in Brazil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 1083-1089, mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n5/0080-6234-reeusp-47-05-1083.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2018.

SAGAN, C. **Livros de Carls Sagan**. 2019. Disponível em: <https://frases.art.br/carlsagan/existem-muitas-hipoteses-em-ciencia-que-estao-erradas-isso-e-eles.htm>. Acesso em: 24 dez. 2019.

SALAH, M.; ALI, R. A. E. S.; TALAAT, A. The Effect of Counseling on Patients' Adherence Regarding Anti Hypertensive Therapeutic Regimen. **Life Science Journal**, v. 11, n. 5, p. 314-335, 2014. Disponível em: https://pdfs.semanticscholar.org/72d5/1e022bbb83ab401d5847e8b5608cf712003f.pdf?_ga=2.154961464.1642983142.1572528990-1749035775.1572528990. Acesso em: 25 out. 2019.

SALIM, O. C. *et al.* Validitas dan reliabilitas World Health Organization Quality of Life-BREF untuk mengukur kualitas hidup lanjut usia. **Universa Medicina**, v.26, n.1, 2007.

SANT'ANNA, R. M. de *et al.* Tecnologia educativa em saúde para usuários da hemodinâmica sobre o exame cineangiocoronariografia: estudo descritivo. **Revista de Enfermagem UFPE online**, v. 10, n. 10, p. 3768-3777, out., 2016.

SILVA, C. C. F. da *et al.* Perfil clínico de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio e troca valvar em um hospital terciário da região Sul do Brasil. **Revista Saúde**, Santa Maria, v. 45, n. 2, 2019.

SILVA, D. F. de O.; LYRA, C. de O.; LIMA, S. C. V. C.. Padrões alimentares de adolescentes e associação com fatores de risco cardiovascular: uma revisão sistemática. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 4, p. 1181-1195, 2016. DOI: 10.1590/1413-81232015214.08742015.

SILVEIRA, E. L. *et al.* Prevalência e distribuição de fatores de risco cardiovascular em portadores de doença arterial coronariana no Norte do Brasil. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 20, n. 3, p. 167-173, 2018.

SIREN, R.; ERIKSSON, J. G.; VANHANEN, H. Observed changes in cardiovascular risk factors among high-risk middle-aged men who received lifestyle counselling: a 5-year follow-up. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, v. 34, n. 4, p.336-342, 2016.

SOROUGH, A. *et al.* Coronary Artery Bypass Graft Patients' Perception about the Risk Factors of Illness: Educational Necessities of Second Prevention. **Annals of Cardiac Anaesthesia**, v. 20, n. 3, jul./sep. 2017. DOI: 10.4103/aca.ACA_19_17.

TAKAMUNE, D. M. *et al.* Conhecimento dos fatores de risco para doença cardiovascular em mulheres no climatério: estudo piloto. **Arq. Med. Hosp. Fac. Cienc. Med.** São Paulo, v.56, n.3, p.117-21, 2011.

TCHICAYA, A.; LORENTZ, N. Socioeconomic inequalities in healthrelated quality of life between men and women, 5 years after a coronary Angiography. **Health and Quality of Life Outcomes**, v.14, 2016.

THE WHOQOL GROUP. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, editors. **Quality of life assessment: international perspectives**. Heidelberg: Springer Verlag, 1994. p. 41-60.

TÜZÜN, H.; AYCAN, S.; İLHAN, M. N. Impact of comorbidity and socioeconomic status on quality of life in patients with chronic diseases who attend primary health care centres. **Central European Journal of Public Health**, [República Checa], v. 23, n. 3, p.188-194, sept. 2015.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO. Biblioteca Central. **Manual para elaboração de trabalhos acadêmicos baseados nas normas de documentação da ABNT**. 3. ed. Uberaba, MG, 2019.

XAVIER, H. C. **Estresse no trabalho e alto risco cardiovascular em funcionários do campus saúde de uma universidade pública**. Universidade Federal de Minas Gerais: 2015.

WEKESAH, F. M. *et al.* Understanding of and perceptions towards cardiovascular diseases and their risk factors: a qualitative study among residents of urban informal settings in Nairobi. **BMJ Open**, v.9, 2019. doi:10.1136/bmjopen-2018-026852

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Statistics 2018**: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Luxembourg, 2018. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1>>. Acesso em: 10 nov. 2019.

WORD HEALTH ORGANIZATION. **A global brief on hipertension**: silente killer, global public healt crisis. 2013.

WU, J. R. *et al.* Relationship of Health Literacy of Heart Failure Patients and Their Family Members on Heart Failure Knowledge and Self-Care. **Journal of Family Nursing**, v. 23, n. 1, p. 116-137, 2017. DOI: 10.1177/1074840716684808

APÊNDICE A – TCLE - PARTICIPANTES

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “Influência do conhecimento de fatores de risco, estilo de vida e adesão farmacológica na qualidade de vida das pessoas com doença arterial coronariana”, coordenado por mim Prof^a. Dr^a. Suzel Regina Ribeiro Chavaglia. O objetivo dessa pesquisa é “analisar a influência de variáveis sociodemográficas e clínicas sobre o conhecimento geral e específico dos fatores de risco para doença arterial coronariana, mudança no estilo de vida e adesão farmacológica e, qualidade de vida”. Gostaria de contar com sua participação, uma vez que é necessário mensurar o conhecimento dos fatores de risco para doença arterial coronariana através de instrumento específico (Q-FARCS) e associar à qualidade de vida destes pacientes, para avanços na área da saúde.

Caso aceite participar dessa pesquisa será necessário responder a três questionários, no Ambulatório Maria da Glória da UFTM, em consultório reservado para este fim, por membro da equipe da pesquisa devidamente capacitado, com tempo estimado de 20 minutos, na data em que o (a) senhor (a) for realizar consultas médias cardiológicas previamente agendada pelo serviço. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida. A pesquisa não lhe trará benefícios diretos, entretanto após os resultados e conclusão será divulgado para a população estudada o grau de conhecimento dos fatores de risco para doença arterial coronariana, mudança no estilo de vida e adesão farmacológica, bem como a qualidade de vida desta população, para que possamos em um outro momento, realizar ações educativas. Sua participação é voluntária, e em decorrência dela você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você não terá nenhum gasto por participar nesse estudo, pois qualquer gasto que você tenha por causa dessa pesquisa lhe será ressarcido.

Você pode recusar a participar do estudo, ou se retirar a qualquer momento, sem que haja qualquer prejuízo quanto ao atendimento no Ambulatório do HC-UFTM, para isso basta dizer ao pesquisador que lhe entregou este documento. Em qualquer momento, você pode obter quaisquer informações sobre a sua participação nesta pesquisa, diretamente com os pesquisadores ou por contato com o CEP/HC-UFTM. Sua identidade não será revelada para ninguém, ela será de conhecimento somente dos pesquisadores da pesquisa, seus dados serão publicados em conjunto sem o risco de você ser identificado, mantendo o seu sigilo e privacidade. Você tem direito a requerer indenização diante de eventuais danos que você sofra em decorrência dessa pesquisa. Os dados obtidos de você (questionários) serão utilizados somente para os objetivos dessa pesquisa e serão destruídos ou descartado no lixo após os mesmos serem picotados após três anos do fim da pesquisa. Caso haja interesse, por parte dos pesquisadores, em utilizar seus dados em outro projeto de pesquisa, você será

novamente contatado para decidir se participa ou não dessa nova pesquisa e se concordar deve assinar novo TCLE.

Contato

Nome: João Pedro Resende Castro

Nome: Suzel Regina Ribeiro Chavaglia

E-mail: jpcastro@hotmail.com

E-mail: suzel.ribeiro@yahoo.com.br

Telefone: 34-99211-0003

Telefone: 34-3700-6484

Endereço: Av. Getúlio Guaritá, 107

Endereço: Av. Getúlio Guaritá, 107

*Dúvidas ou denúncia em relação a esta pesquisa, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (CEP/HC-UFTM), pelo e-mail: , pelo telefone (34) 3318-5319, ou diretamente no endereço Rua Benjamim Constant, 16, Bairro Nossa Senhora da Abadia – Uberaba – MG – de segunda a sexta-feira, das 07h às 12h e das 13h às 16h.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE - PÓS ESCLARECIMENTO

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima referente a pesquisa “Influência do conhecimento de fatores de risco, estilo de vida e adesão farmacológica na qualidade de vida das pessoas com doença arterial coronariana”, coordenado pela Prof^a. Dr^a. Suzel Regina Ribeiro Chavaglia. Compreendi para que serve a pesquisa e quais procedimentos serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios da pesquisa. Entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará o atendimento no Ambulatório do HC-UFTM que estou recebendo. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar da pesquisa. Concordo em participar da pesquisa, O impacto do conhecimento de fatores de risco, estilo de vida e adesão farmacológica na qualidade de vida das pessoas com doença arterial coronariana, e receberei uma via assinada deste documento.

UBERABA, ____/____/____

NOME/ ASSINATURA DO VOLUNTÁRIO e/ou RESPONSÁVEL LEGAL

SUZEL REGINA RIBEIRO CHAVAGLIA
TELEFONE: 34-3700-6484
PESQUISADOR RESPONSÁVEL

JOÃO PEDRO RESENDE CASTRO
TELEFONE: (34) 99211-0003
PESQUISADOR ASSISTENTE

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO

Questionário nº	Data da coleta: / /
I - IDENTIFICAÇÃO	
Iniciais:	Registro Hospitalar:
DN: / /	Sexo: () Feminino ¹ () Masculino ²
Procedência (município/estado): _____	
Cor ou raça: () Branca ¹ () Parda ² () Preta ³ () Outras ⁴	
Profissão/Ocupação: _____	
Categoria do emprego: () Com carteira assinada ¹ () Sem carteira assinada ² () Aposentado ³	
Estado civil: () Solteiro ¹ () Casado/Amasiado ² () Divorciado ³ () Viúvo ⁴	
Religião: () Católico ¹ () Espírita ² () Evangélico ³ () Outra ⁴ () Sem religião e sem declaração ⁵	
Escolaridade (anos completos de estudo): _____	
Situação familiar (quantas pessoas moram na mesma residência?) _____	
Renda individual: () não possui ¹ () 1 salário ² () 2 salários ³ () 3 salários ⁴ () 4 salários ⁵ () + 4 salários ⁶	
Renda familiar: () 1 salário ¹ () 2 salários ² () 3 salários ³ () 4 salários ⁴ () + 4 salários ⁵	
II – COMORBIDADES/FATORES DE RISCO/PROCEDIMENTOS PRÉVIOS	
() Diabetes mellitus ¹ () Hipertensão Arterial Sistêmica ² () Dislipidemia ³ () AVC ⁴ () IAM ⁵ () Cirurgia de Revascularização do Miocárdio ⁶ () Hipertrigliceridemia ⁷ () História familiar de DAC ⁸ () Intervenção Coronária Percutânea ⁹ () Outro _____	
Peso ____kg Altura ____m IMC ____kg/m ² Circunferência abdominal ____cm	
Tabagismo () Sim ¹ () Não ² () Ex-tabagista _____ anos	
Etilismo () Sim ¹ () Não ² () Ex-etilista _____ anos	
Tempo de DAC (em anos) _____	
Consumo de frutas por semana _____ vezes	
Consumo de legumes/verduras por dia _____ vezes	
Atividade física () Sim ¹ () Não ² Frequência semanal _____ minutos	

III - MEDICAÇÕES	EM USO
Antiagregante plaquetário () Sim ¹ () Não ²	Antianginoso () Sim ¹ () Não ²
Anticoagulante () Sim ¹ () Não ²	Antiarrítmico () Sim ¹ () Não ²
Glicosídeo Cardíaco () Sim ¹ () Não ²	Vasodilatador () Sim ¹ () Não ²
Diurético () Sim ¹ () Não ²	Antidiabético () Sim ¹ () Não ²
Betabloqueador () Sim ¹ () Não ²	Insulina Regular () Sim ¹ () Não ²
Inibidores da hidroximetilglutaril- coenzima A redutase () Sim ¹ () Não ²	Insulina NPH () Sim ¹ () Não ²
Anti-hipertensivo () Sim ¹ () Não ²	Estatinas () Sim ¹ () Não ²
	Fibratos () Sim ¹ () Não ²
	Outros _____

APÊNDICE C – TCLE - JUÍZES

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “Influência do conhecimento de fatores de risco, estilo de vida e adesão farmacológica na qualidade de vida das pessoas com doença arterial coronariana”, coordenado por mim Prof^a. Dr^a. Suzel Regina Ribeiro Chavaglia. O objetivo dessa pesquisa é “analisar a influência de variáveis sociodemográficas e clínicas sobre o conhecimento geral e específico dos fatores de risco para doença arterial coronariana, mudança no estilo de vida e adesão farmacológica e, qualidade de vida”. Gostaria de contar com sua participação, uma vez que é necessário validar o Questionário Sociodemográfico e Clínico como parte integrante da pesquisa para após mensurar o conhecimento dos fatores de risco para doença arterial coronariana através de instrumento específico (Q-FARCS) e associar à qualidade de vida destes pacientes, para avanços na área da saúde.

Caso aceite participar como juiz dessa pesquisa será necessário avaliar o questionário via Formulário online após leitura do tutorial para preenchimento do mesmo. Sua participação é voluntária, e em decorrência dela você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você não terá nenhum gasto por participar nesse estudo, pois qualquer gasto que você tenha por causa dessa pesquisa lhe será ressarcido.

Você pode recusar a participar da validação, ou se retirar a qualquer momento, sem que haja qualquer prejuízo, para isso basta dizer ao pesquisador que lhe enviou o e-mail. Em qualquer momento, você pode obter quaisquer informações sobre a sua participação nesta pesquisa, diretamente com os pesquisadores ou por contato com o CEP/HC-UFTM. Sua identidade não será revelada para ninguém, ela será de conhecimento somente dos pesquisadores da pesquisa, mantendo o seu sigilo e privacidade. Você tem direito a requerer indenização diante de eventuais danos que você sofra em decorrência dessa pesquisa.

Contato

Nome: João Pedro Resende Castro

E-mail: jprcastro@hotmail.com

Telefone: 34-99211-0003

Endereço: Av. Getúlio Guaritá, 107

Nome: Suzel Regina Ribeiro Chavaglia

E-mail: suzel.ribeiro@yahoo.com.br

Telefone: 34-3700-6484

Endereço: Av. Getúlio Guaritá, 107

*Dúvidas ou denúncia em relação a esta pesquisa, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (CEP/HC-UFTM), pelo e-mail: , pelo telefone (34) 3318-5319, ou diretamente no endereço Rua Benjamim Constant, 16, Bairro Nossa Senhora da Abadia – Uberaba – MG – de segunda a sexta-feira, das 07h às 12h e das 13h às 16h.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE - PÓS ESCLARECIMENTO

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima referente a pesquisa “Influência do conhecimento de fatores de risco, estilo de vida e adesão farmacológica na qualidade de vida das pessoas com doença arterial coronariana”, coordenado pela Prof^a. Dr^a. Suzel Regina Ribeiro Chavaglia. Compreendi para que serve a pesquisa e quais procedimentos serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios da pesquisa. Entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar da pesquisa. Concordo em participar da pesquisa, “A influência do conhecimento de fatores de risco, estilo de vida e adesão farmacológica na qualidade de vida das pessoas com doença arterial coronariana”, e receberei uma via assinada deste documento.

UBERABA, ____/____/____

NOME/ ASSINATURA DO JUIZ VOLUNTÁRIO

SUZEL REGINA RIBEIRO CHAVAGLIA
TELEFONE: 34-3700-6484
PESQUISADOR RESPONSÁVEL

JOÃO PEDRO RESENDE CASTRO
TELEFONE: (34) 99211-0003
PESQUISADOR ASSISTENTE

APÊNDICE D – AUTORIZAÇÃO DE USO DO INSTRUMENTO Q-FARCS

Em 28 de ago de 2018, à(s) 19:25, João Pedro Resende Castro
<jprcastro@hotmail.com> escreveu:

Prezado Dr. Marco Aurélio Lumertz Saffi,

Meu nome é João Pedro, mestrando do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM. O projeto de pesquisa que estou elaborando irá abordar o conhecimento dos pacientes sobre fatores de risco para doença arterial coronariana, sob orientação da Profª Draª Suzel Chavaglia.

Venho por meio deste, solicitar autorização para utilizar o instrumento "Questionário de Conhecimento dos Fatores de Risco Cardiovascular (Q-FARCS)", traduzido e validado para uso no Brasil pelo senhor e colaboradores.

Desde já, agradeço a atenção.

Atenciosamente,

Joao Pedro Resende Castro

Enfermeiro Emergencista

Mestrando - Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde

Universidade Federal do Triângulo Mineiro

(34) 99211-0003

Marco Aurelio Lumertz Saffi <marco.saffi@gmail.com>

ter 28/08/2018 21:39

Prezado João,

Autorizo o uso do instrumento Q-FARCS.

Por favor, se houver qualquer dúvida pode me avisar.

Boa pesquisa

Att

Marco A. L. Saffi, RN, MSc, PhD

Postdoctoral Cardiovascular Research Fellowship - BWH/HMS

Cardiology Division - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Phone (+55) 51 996965291

**ANEXO A - INSTRUMENTO ADAPTADO PARA O BRASIL - QUESTIONÁRIO
SOBRE CONHECIMENTO GERAL E ESPECÍFICO DOS FATORES DE RISCO
PARA DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA, MUDANÇAS NO ESTILO DE VIDA
E TRATAMENTO COM DROGA PROFILÁTICA (Q-FARCS)**

Itens de 1-10 contêm questões relativas ao grau de conhecimento geral dos fatores de risco para doença arterial coronariana.

1. Você conhece os fatores de risco que levam ao avanço da doença arterial coronariana?

Sim Não

Se Sim, pergunte quais:

fumo colesterol elevado DM HAS

sedentarismo história familiar obesidade estresse

uso de álcool

2. Você acha que a obesidade influencia no avanço de doença coronariana? Atribua pontos de 0 a 9, sendo 0 o menos importante para o avanço da doença e 9 sendo muito importante. **Pontos**

3. Você acha que níveis elevados de colesterol influenciam no avanço da doença coronariana? Atribua pontos de 0 a 9, sendo 0 o menos importante para o avanço da doença e 9 sendo muito importante. **Pontos**

4. Você acha que níveis elevados de glicose/diabetes influenciam no avanço da doença coronariana? Atribua pontos de 0 a 9, sendo 0 o menos importante para o avanço da doença e 9 sendo muito importante. **Pontos**

5. Você acha que o hábito de fazer exercícios influencia no avanço da doença

coronariana? Atribua pontos de 0 a 9, sendo 0 o menos importante para o avanço da doença e 9 sendo muito importante. **Pontos**

6. Você acha que o estresse influencia no avanço da doença coronariana? Atribua pontos de 0 a 9, sendo 0 o menos importante para o avanço da doença e 9 sendo muito importante. **Pontos**

7. Você acha que o hábito de fumar influencia no avanço da doença coronariana? Atribua pontos de 0 a 9, sendo 0 o menos importante para o avanço da doença e 9 sendo muito importante. **Pontos**

8. Você acha que a alimentação influencia no avanço da doença coronariana? Atribua pontos de 0 a 9, sendo 0 o menos importante para o avanço da doença e 9 sendo muito importante. **Pontos**

9. Você acha que hereditariedade influencia no avanço da doença coronariana? Atribua pontos de 0 a 9, sendo 0 o menos importante para o avanço da doença e 9 sendo muito importante. **Pontos**

10. Você acha que pressão alta influencia no avanço da doença coronariana? Atribua pontos de 0 a 9, sendo 0 o menos importante para o avanço da doença e 9 sendo muito importante. **Pontos**

Itens de 11-18 contêm questões relativas ao grau de conhecimento e presença de fatores de risco específicos para doença arterial coronariana.

11. Você acha que obesidade influencia ou influenciou no avanço da *sua* doença coronariana? Atribua pontos de 0 a 9, sendo 0 o menos importante para o avanço da *minha* doença e 9 sendo muito importante. **Pontos**

12. Você acha que níveis elevados de colesterol influenciam ou influenciaram no avanço da *sua* doença coronariana? Atribua pontos de 0 a 9, sendo 0 o menos importante para o avanço da *minha* doença e 9 sendo muito importante. **Pontos**

13. Você acha que níveis elevados de glicose/diabetes influenciam ou influenciaram no avanço da *sua* doença coronariana? Atribua pontos de 0 a 9, sendo 0 o menos importante para o avanço da *minha* doença e 9 sendo muito importante. **Pontos**

14. Você acha que o hábito de fazer exercícios influencia ou influenciou no avanço da *sua* doença coronariana? Atribua pontos de 0 a 9, sendo 0 o menos importante para o avanço da *minha* doença e 9 sendo muito importante. **Pontos**

15. Você acha que o estresse influencia ou influenciou no avanço da *sua* doença coronariana? Atribua pontos de 0 a 9, sendo 0 o menos importante para o avanço da *minha* doença e 9 sendo muito importante. **Pontos**

16. Você acha que o hábito de fumar influencia ou influenciou no avanço da *sua* doença coronariana? Atribua pontos de 0 a 9, sendo 0 o menos importante para o avanço da *minha* doença e 9 sendo muito importante. **Pontos**

17. Você acha que a alimentação influencia ou influenciou no avanço da *sua* doença coronariana? Atribua pontos de 0 a 9, sendo 0 o menos importante para o avanço da *minha* doença e 9 sendo muito importante. **Pontos**

18. Você acha que pressão alta influencia ou influenciou no avanço da *sua* doença coronariana? Atribua pontos de 0 a 9, sendo 0 o menos importante para o avanço da *minha* doença e 9 sendo muito importante. **Pontos**

Itens de 19-26 contêm questões relativas ao grau de adesão dos pacientes para as mudanças no estilo de vida e as metas de tratamento.

19. Você perdeu peso com mudanças no estilo de vida após a *sua* doença coronariana e/ou após a *sua* cirurgia do coração/angioplastia? Atribua pontos de 0 a 9, sendo 0 – eu não fiz nenhuma mudança no meu estilo de vida para perder peso e 9 – eu fiz muitas mudanças no meu estilo de vida. **Pontos**

20. Você reduziu os seus níveis de colesterol com mudanças no *seu* estilo de vida após a *sua* doença coronariana e/ou após a *sua* cirurgia do coração/angioplastia

percutânea? Atribua pontos de 0 a 9, sendo 0 – eu não fiz nenhuma mudança no meu estilo de vida para reduzir meus níveis de colesterol e 9 – eu fiz muitas mudanças no meu estilo de vida para reduzir meus níveis de colesterol. **Pontos**

21. Você reduziu os seus níveis de glicose com mudanças no *seu* estilo de vida após a *sua* doença coronariana e/ou após a sua operação? Atribua pontos de 0 a 9, sendo 0 – eu não fiz nenhuma mudança no meu estilo de vida para reduzir meus níveis de glicose e 9 – eu fiz muitas mudanças no meu estilo de vida para reduzir os meus níveis de glicose. **Pontos**

22. Você aumentou a sua frequência de exercícios após a *sua* doença coronariana e/ou após a *sua* cirurgia do coração/angioplastia percutânea? Atribua pontos de 0 a 9, sendo 0 – eu não aumentei a minha frequência de exercícios e 9 – eu fiz muitas mudanças no meu estilo de vida para aumentar a minha frequência de exercícios.

Pontos

23. Você reduziu seu nível de estresse com mudanças no *seu* estilo de vida após a *sua* doença coronariana e/ou após a *sua* cirurgia do coração/angioplastia percutânea? Atribua pontos de 0 a 9, sendo 0 – eu não reduzi meu nível de estresse e 9 – eu reduzi meu nível de estresse. **Pontos**

24. Você alterou o seu hábito de fumar após a *sua* doença coronariana e/ou após a *sua* cirurgia do coração/angioplastia percutânea? Atribua pontos de 0 a 9, sendo 0 – eu não parei de fumar e 9 – parei de fumar. **Pontos**

25. Você efetuou alguma alteração na sua alimentação após a *sua* doença coronariana e/ou após a *sua* cirurgia do coração/angioplastia percutânea? Atribua pontos de 0 a 9, sendo 0 – eu não fiz nenhuma mudança na minha alimentação e 9 – eu fiz muitas mudanças na minha alimentação. **Pontos**

26. Você reduziu a sua pressão arterial com mudanças no *seu* estilo de vida após a *sua* doença coronariana e/ou após a sua cirurgia do coração/angioplastia percutânea? Atribua pontos de 0 a 9, sendo 0 – eu não reduzi minha pressão arterial e 9 – eu reduzi minha pressão arterial. **Pontos**

Itens 27-29 contêm questões relativas à adesão dos pacientes ao manejo farmacológico prescrito nos fatores de risco para doença arterial coronariana.

27. Você faz uso de medicação prescrita para diminuir os níveis de colesterol? Atribua pontos de 0 a 9, sendo 0 – eu não faço uso de medicação e 9 – eu faço uso de medicação todos os dias. **Pontos**

28. Você faz uso de medicação prescrita para diabetes? Atribua pontos de 0 a 9, sendo 0 – eu não faço uso de medicação e 9 – eu faço uso de medicação todos os dias. **Pontos**

29. Você faz uso de medicação prescrita para reduzir a pressão arterial? Atribua pontos de 0 a 9, sendo 0 – eu não faço uso de medicação e 9 – eu faço uso de medicação todos os dias. **Pontos**

**ANEXO B – WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE
ASSESSMENT ABREVIADO (WHOQOL-BREF)**

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas **duas semanas**, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	O quanto você se sente em segurança em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que freqüência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
26	Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO