

**AVALIAÇÃO AMBULATORIAL DE QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES**

**PÓS INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO**

**QUALITY OF LIFE EVALUATION OF OUTCLINIC PATIENTS AFTER ACUTE**

**MYOCARDIAL INFARCTION**

Caroline Venzon Thomas<sup>1</sup>, Aniele Lima de Souza<sup>2</sup>, Vera Lucia Portal<sup>2</sup>,

Patricia Pereira Ruschel<sup>3</sup>

**Trabalho realizado no Serviço de Psicologia Clínica do Instituto de cardiologia do Rio Grande do Sul / Fundação Universitária de Cardiologia**

**Endereço para correspondência:**

Unidade de Pesquisa do IC/FUC. Psicol. Patrícia Ruschel

Av. Princesa Isabel, 370 Santana Porto Alegre, RS CEP 90620-001

Fone/Fax.: 55-51-32192802 Ramal 23,24

[editoracao-pc@cardiologia.org.br](mailto:editoracao-pc@cardiologia.org.br) / [patriciapuschel@gmail.com](mailto:patriciapuschel@gmail.com)

---

<sup>1</sup> Psicóloga Residente do 2º ano do Programa de Residência Integrada em Saúde: Cardiologia, do Instituto de Cardiologia do RS/FUC

<sup>2</sup> Médica, Doutora em Cardiologia, Professora do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde do Instituto de Cardiologia do RS/FUC

<sup>3</sup> Psicóloga, Ms, Coordenadora do Serviço de Psicologia Clínica do Instituto de Cardiologia do RS.

**RESUMO:** O presente estudo visa avaliar a qualidade de vida de pacientes pós-infarto agudo do miocárdio (IAM) e identificar diferenças na auto percepção da qualidade de vida. Este é um estudo transversal, com 153 pacientes que foram avaliados através do trabalho *Efetividade de um ambulatório Transdisciplinar no Acompanhamento de Pacientes após o Primeiro IAM*. Foi aplicado o questionário multidimensional de avaliação de qualidade de vida, SF-36. No grupo intervenção a média nos domínios estado geral de saúde, capacidade funcional, limitação física, vitalidade e aspectos emocionais demonstraram-se ligeiramente mais elevadas. Nos domínios dor, aspectos sociais e saúde mental o grupo controle apresentou escores maiores. Os resultados obtidos neste estudo contaram com número limitado de pacientes, indicando resultados ainda não significativos.

**Palavras Chaves:** doença arterial coronariana; qualidade de vida; psicologia; prevenção secundária.

**ABSTRACT:** The present study is to evaluate quality of life of patients with Acute Myocardial Infarction (AMI) and to identify differences reported about quality of life self perception. The participants of this cross-sectional study are 153 patients previously evaluated in a research namely *Effectiveness in a Transdisciplinary Outpatient Follow-up after AMI*. Quality of life was assessed through SF-36. The mean values found in the intervention-group concerning the domains overall health status, functional capacity, physical limitation, vitality and emotional aspects of were slightly higher. Higher scores were found in the control group regarding the domains pain, social aspects and mental health. The results obtained in this study showed to be not satisfactory yet, due to the limited number of patients included.

**Key words:** Coronary Artery Disease; Quality of Life; Psychology; Second Prevention.

## **Introdução**

A doença cardiovascular aterosclerótica é responsável pela metade da morbidade e mortalidade em todo o mundo. A Aterosclerose, ou doença aterosclerótica, é uma afecção de artérias de grande e médio calibre. Este processo se inicia desde a infância e as manifestações clínicas ocorrem mais tarde, na vida adulta. A doença aterosclerótica coronariana é o principal vetor de mortalidade. A aterosclerose pode ser definida como um processo dinâmico e evolutivo, a partir de dano endotelial de origem multifatorial caracterizada pela formação de placas de gordura que impedem a passagem do sangue. Essa doença é multifatorial e a sua prevenção passa pela identificação e controle, não só das dislipidemias, mas do conjunto dos fatores de risco (Sociedade Brasileira de Cardiologia [SBC], 2001). A dislipidemia, juntamente com outros fatores como o tabagismo, o diabetes mellitus, a hipertensão arterial sistêmica (HAS), a obesidade, a idade, o sedentarismo, a história familiar e os fatores psicossociais e estresse emocional estão entre os principais fatores de risco para o aparecimento da doença arterial coronariana (DAC).

Durante os últimos 30 anos temos presenciado um declínio razoável da mortalidade por causas cardiovasculares em países desenvolvidos, enquanto que elevações relativamente rápidas têm ocorrido em países em desenvolvimento, dentre os quais o Brasil é um dos representantes (SBC, 2001). De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), as doenças do coração totalizaram 139.601 mortes no ano de 2002 no Brasil. Segundo as projeções da OMS, essa tendência de elevação da doença cardiovascular tende a persistir, agravando ainda mais o quadro de morbi-mortalidade elevada nos países em desenvolvimento (SBC, 2006).

Desta forma, os indivíduos portadores de cardiopatia isquêmica necessitam de

tratamento médico prolongado e assistência contínua de uma equipe multiprofissional de saúde que possa suprir todas as demandas que o tratamento exige do paciente. Assim, entende-se que a cardiopatia favorece um comprometimento geral no indivíduo, o que o afeta em nível emocional, intelectual e social (Pádua Filho, Barbosa & Chula, 2005).

Com isso, a aquisição de uma boa qualidade de vida é o maior desafio que se deseja alcançar. Assim, entende-se que "qualidade de vida" seja algo intrínseco, que só pode ser avaliado pelo próprio sujeito, sendo um conceito individual que se configura diante da história de cada um (INTERHEART study, 2004). Com isto, tem-se dado uma atenção especial para esta questão e alguns estudos demonstram que as limitações ou desconfortos causados pela própria doença ou pelo tratamento podem alterar a qualidade de vida (Salim et al, 2004).

Em vista do exposto, o objetivo do presente estudo foi avaliar a autopercepção da qualidade de vida de pacientes que sofreram infarto agudo do miocárdio (IAM) e identificar diferenças entre os grupos controle (G1) e intervenção (G2). Para tal, foi utilizado o questionário multidimensional de avaliação de qualidade de vida SF-36 -The Medical Outcomes Study 36- item Short Form Health Survey, que tem sido bastante utilizado nas pesquisas de qualidade de vida (Melville, Brown, Young & Gray, 2003; Hemingway, Nicholson, Stafford, Roberts & Marmnot, 1997; Sanchez, Fernandez, Ocana, Pérez & Rodriguez, 2003).

Ainda referente a utilização do SF-36, estudos têm mostrado que este instrumento tem a sensibilidade para detectar prejuízos da capacidade física da função antes da cirurgia e da melhoria prevista na qualidade de vida após a cirurgia. O SF36 pode ser usado de forma eficaz para documentar mudanças na qualidade de vida nos pacientes com a doença arterial coronariana após a cirurgia (Kiebzak, Pierson, Campbell & Cook, 2002).

O SF-36 fornece uma importante informação quantitativa sobre o impacto da doença na qualidade de vida e é sensível bastante para identificar diferenças na intensidade da dor pós IAM, identificando também aqueles com saúde física ou mental prejudicada (Melville et al, 2003).

Assim, a severidade da doença é intensificada por seu impacto na qualidade de vida e a sua avaliação relacionada à saúde tende a complementar a avaliação clínica.

## **Métodos**

Os participantes desta pesquisa foram selecionados a partir de estudo realizado nos anos de 2004/2005 (“Efetividade de um ambulatório Transdisciplinar no Acompanhamento de Pacientes após o Primeiro Infarto Agudo do Miocárdio”) (Costa e Silva, 2005). Neste estudo, foram incluídos 153 pacientes que internaram no IC/FUC pelo sistema único de saúde (SUS) com diagnóstico de primeiro IAM e que foram divididos em 2 grupos: controle (G1, n=99) e intervenção (G2, n=54).

Os pacientes do G1 tiveram a sua alta hospitalar com encaminhamento para o ambulatório tradicional de atendimento cardiológico do IC/FUC, enquanto os do G2 receberam encaminhamento para consulta no ambulatório de prevenção secundária da doença arterial coronariana (DAC). Os atendimentos no ambulatório de prevenção secundária da DAC foram realizados por cardiologista, endocrinologista, enfermeiro e nutricionista e psicóloga.

Com base neste estudo, o total da amostra foi contatada para avaliação de qualidade de vida, procurando identificar diferenças significativas entre os grupos (G1 e G2). Foram anotados através dos registros do hospital todos os possíveis telefones para contato. Foi

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

Destes, 43 foram reavaliados, 11 recusaram-se a participar da pesquisa, 5 foram excluídos em função de doença incapacitante e internação hospitalar durante o tempo da coleta de dados, 17 eram registro de óbito e 77 do total da amostra não foi encontrada (número de telefone errado, mudança de casa ou de cidade).

Foi utilizado na coleta de dados o questionário multidimensional de avaliação de qualidade de vida SF-36 -The Medical Outcomes Study 36- item Short Form Health Survey.

O formulário de SF-36 é uma medida genérica que avalia a percepção da qualidade de vida do paciente em relação à sua saúde. É formado por 36 itens englobados em 8 escalas que são agrupadas em 2 componentes, um físico e um mental. Do componente físico fazem parte a avaliação da capacidade funcional, estado clínico geral, dor e aspecto físico. O componente mental engloba aspectos que se referem a vitalidade, questões sociais, questões emocionais e avaliação da saúde mental. As contagens das 36 perguntas do SF-36 são transformadas em uma escala de 0-100 onde os valores mais altos representam um melhor índice, sendo que o escore mais elevado indica uma melhor percepção do estado de saúde.

Este estudo foi revisado e aprovado pelo comitê de ética em pesquisa do Instituto de Cardiologia do RS / Fundação Universitária de Cardiologia – IC/FUC em conformidade com os Princípios Éticos para Pesquisa Clínica Envolvendo Seres Humanos (Associação Médica Mundial. Declaração de Helsinki, 1964) e com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Conselho Nacional de Saúde [CNS], 1996).<sup>12</sup> Todos os pacientes avaliados assinaram o termo de consentimento

informado. Antes de assinarem o consentimento informado, os pacientes foram esclarecidos sobre os objetivos do presente trabalho, sendo comunicado que a participação era voluntária e a não participação não implicaria em prejuízo no tratamento.

O banco de dados foi digitado em planilha eletrônica Microsoft Excel e analisado pelo Software estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) – versão 10,0 for Windows. A análise estatística foi realizada no programa SPSS, empregando-se os testes t de Student para amostras independentes ou teste U de Mann- Whitney conforme distribuição das variáveis que compõe o SF-36, Qui-Quadrado e teste exato de Fischer, adotando como significantes valores de  $p < 0,05$ .

## Resultados

Através da coleta de dados foi possível obter uma representação do total da amostra. Dos 153 pacientes avaliados no estudo anterior 43 puderam ser avaliados novamente, 17 destes tinham registros de óbito, 11 pacientes recusaram-se a responder o instrumento, 5 foram excluídos pois possuíam doença incapacitante que impossibilitava a aplicação do teste ou encontravam-se hospitalizados e 77 não foram encontrados (Tabela 1).

Pacientes	Frequência	Percentual	Percentual Válido
Avaliados	43	28,1%	28,1%
Óbito	17	11,1%	11,1%
Recusa	11	7,2%	7,2%
Não encontrado	77	50,3%	50,3%
Excluído	5	3,3%	3,3%
Total	153	100,0%	100%

A tabela 2 indica a distribuição dos gêneros no total da amostra, demonstrando um valor maior para o gênero masculino. (Tabela 2).

	Frequência	%
1 Masculino	28	65,1%
2 Feminino	15	34,9%
Total	43	100%

As médias das idades do grupo estão indicadas na tabela 3. A média mínima das idades esteve em 29,25 anos e a máxima 78,83. A média de idade do total da amostra é de 58,18 anos. (Tabela 3).

	N	Mínimo	Máximo	Média ± DP
Idade	43	29,25	78,83	58,18 ± 10,11

DP = desvio padrão

Dos 43 pacientes avaliados, 28 encontravam-se no G1 e 15 no G2, indicando um percentual de 28,3% e 27,8% respectivamente. Foram registrados 11 óbitos no G1 (11,1%) e 6 no G2 (11,1%). As recusas em participar do estudo indicaram 7 pacientes no G1 (7,1%) e 4 no G2 (7,4%).

Os pacientes não encontrados totalizaram 49 no G1 (49,5%) e 28 no G2 (51,9), sendo que a exclusão indicou 4 pacientes (4,0%) e 1 (1,9%) respectivamente (Tabela 4)



Pacientes	G1	G2	Total
Avaliados	28 28,3%	15 27,8%	43 28,1%
Óbito	11 11,1%	6 11,1%	17 11,1%
Recusa	7 7,1%	4 7,4%	11 7,2%
Não encontrado	49 49,5%	28 51,9%	77 50,3%
Excluído	4 4,0%	1 1,9%	5 3,3%
Total	99 100%	54 100%	153 100%

A média geral do total da amostra nos domínios do SF-36 foi de 73,83 para capacidade funcional e 54,3 para limitação física. No domínio dor o valor da média foi de 68,67 e 66,0 para estado geral de saúde. No que se refere ao aspecto vitalidade o valor ficou em 67,35. Quanto aos aspectos sociais, obteve-se valor de 79,94 para o total da amostra. Nos domínios saúde mental e aspectos emocionais obtiveram-se valores de 71,53 e 58,91 respectivamente (Tabela 5).

	N	Média ± DP
Capacidade Funcional	43	73,83 ± 20,31
Limitação Física	43	54,06 ± 43,27
Dor	43	68,67 ± 24,26
Estado Geral de Saúde	43	66,00 ± 26,38
Vitalidade	43	67,32 ± 23,12
Aspectos Sociais	43	79,94 ± 22,84
Aspectos Emocionais	43	58,91 ± 43,54
Saúde Mental	43	71,53 ± 27,14

Os valores obtidos em ambos os grupos (G1 e G2) estão expostos na tabela 6. Nos domínios Capacidade Funcional, Limitação Física, Vitalidade e Aspectos Emocionais, os valores obtidos indicaram uma melhor percepção de qualidade de vida no G2 com valores de  $62,22 \pm 77,66$ . Já no G1 evidenciou-se uma melhor percepção de qualidade de vida nos domínios Dor, Estado Geral de Saúde, Aspectos Sociais e Saúde mental demonstrando médias de  $67,25 \pm 81,25$ .

	Grupo	N	Média ± DP	P
Capacidade Funcional	1	28	71,78 ± 22,98	0,37
	2	15	77,66 ± 13,99	0,30
Limitação Física	1	28	46,42 ± 44,46	0,11
	2	15	68,83 ± 38,34	0,10
Dor	1	28	70,57 ± 22,55	0,49
	2	15	65,13 ± 27,64	0,51
Estado Geral de Saúde	1	28	67,25 ± 24,51	0,67
	2	15	63,66 ± 30,33	0,69
Vitalidade	1	28	66,42 ± 23,56	0,73
	2	15	69,00 ± 23,00	0,73
Aspectos Sociais	1	28	81,25 ± 21,91	0,61
	2	15	77,50 ± 25,08	0,63
Aspectos Emocionais	1	28	57,14 ± 44,31	0,72
	2	15	62,22 ± 43,40	0,71
Saúde Mental	1	28	72,28 ± 27,98	0,80
	2	15	70,13 ± 26,39	0,80

Os valores obtidos não foram estatisticamente significativos nos domínios do SF-36 padrão) avaliados ( $p < 0,05$ ). A tabela 4 mostra que não há diferença significativa entre as médias dos escores, levando-se em conta ambos os grupos. Não há diferença entre as médias dos grupos para cada escore.

### **Discussão e Considerações Finais**

Os dados das últimas décadas, referentes às doenças cardiovasculares têm se apresentado em proporções expressivas como causa de morbidade e mortalidade, sendo consideradas a quinta causa de óbito em todo o mundo. Isso vem ocorrendo tanto nos países desenvolvidos, como também nos considerados em desenvolvimento. No Brasil, é a principal causa de mortalidade, representando 35% dos óbitos. A cada ano morrem mais pessoas de doenças cardíacas e vasculares do que a soma de todas outras causas de morte,

inclusive câncer, AIDS e outras doenças infecciosas, acidentes e homicídios (Lotufo, 1996; Gus, Zielinsky, 1999; Nesralla, 1999).

Refere-se que 8% dos pacientes que sobrevivem a um infarto agudo do miocárdio vão a óbito durante o ano seguinte, sendo que no 2º ano a mortalidade varia entre 2 e 4% (Polanczyk, 2005).

O estudo INTERHEART, que envolveu 262 centros participantes em 52 países do mundo identificou nove fatores de risco ligados significativamente ao IAM. Entre estes estão tabagismo, dislipidemia, hipertensão, diabetes, obesidade, dieta inadequada, atividade física insuficiente, consumo de álcool e fatores psicossociais. Os autores referem que estes fatores são responsáveis por mais de 90% do risco para IAM. Neste estudo, no que se refere aos fatores psicossociais, identificou-se o estresse emocional como um importante fator de risco para desencadear IAM (Salim et al, 2004). A obesidade, o sedentarismo e a tensão psicológica, ou estresse, contribuem para o desenvolvimento dessa doença (Campos, 1992; Castro, 1991).

Contudo, neste estudo a idéia de abordagem ao paciente de uma forma global se faz presente. É necessário destacar que este estudo não visa estabelecer a relação dos principais fatores de risco com o IAM, mas averiguar se diferentes modelos de assistência estão ligados às alterações emocionais, sociais e físicas, comprometendo os aspectos de qualidade de vida dos pacientes.

Na busca dos 153 pacientes, somente 43 puderam ser reavaliados. Alguns foram os fatores que contribuíram para o número limitado de pacientes na presente pesquisa. Não foram encontrados 77 sujeitos, o que dificultou uma análise mais detalhada da amostra e das diferentes intervenções propostas pelos dois ambulatorios.

Entre os pacientes participantes da pesquisa, não houve diferença significativa entre os

grupos G1 e G2 no que se refere à participação. Da mesma forma, dentre os não encontrados ambos os grupos não mostraram diferença. Estes resultados não indicam se as diferentes propostas dos ambulatórios possam ser responsáveis pela vinculação mais efetiva de determinados pacientes.

No que se refere aos domínios do SF-36, não foi possível identificar diferenças estatísticas nos escores do grupo geral, contudo, os resultados estiveram acima do valor médio (50%). Isto indica que a percepção da qualidade de vida do grupo estudado, de um modo geral, tende a ser satisfatória. No levantamento de cada grupo, o domínio que mostrou maior diferença foi limitação física, indicando que o grupo controle, que não tem assistência multiprofissional, se apresenta com uma pior percepção da qualidade de vida no que se refere ao aspecto físico.

Os resultados encontrados sugerem que ambos grupos G1 e G2 comportaram-se de maneira similar nos domínios do SF-36, pois os dados estatísticos não indicam diferença significativa.

As questões referentes à qualidade de vida podem ser definidas como um conjunto de percepções individuais sobre status de vida em um contexto, que envolve cultura e valores, com relação a metas, expectativas, padrões, preocupações e conquistas. Tal concepção engloba conteúdos relacionados a percepções sobre: saúde física, estado psicológico, relações de independência/dependência, interação social, crenças e relacionamento com meio ambiente. Apesar das diferenças nos conceitos de qualidade de vida, alguns aspectos tendem a ser considerados comuns como a saúde física, relacionamento pessoal e atividade social, desenvolvimento e segurança pessoal assim como o aspecto econômico. Estes aspectos podem não afetar exclusivamente a qualidade de vida de um indivíduo, entretanto, tende a interferir na avaliação global da vida (Molzahn, 1998).

Considerando o que foi proposto neste estudo, percebemos que a avaliação global de qualidade de vida dos pacientes avaliados se comportou de forma relativamente satisfatória em ambos modelos de assistência. Contudo, entende-se que a assistência global do paciente sugere a atuação de diferentes profissionais que possam organizar e trabalhar os diversos aspectos que envolvem o adoecimento e a aderência ao tratamento, minimizando as conseqüências da doença nos seus diferentes aspectos.

Os indivíduos após IAM sofrem pelo medo constante da morte, mas sofrem, sobretudo pelas imposições de mudanças de hábitos necessárias para prevenção de novo episódio da doença. Estas mudanças assumem caráter restritivo quase que invariavelmente. Estas questões de doenças e mudanças de hábitos podem alterar a qualidade de vida destes sujeitos, se entendermos qualidade de vida como conceito subjetivo (Siviero, 2003).

A importância da avaliação subjetiva da saúde como uma alternativa complementar, sendo esta uma perspectiva na qualidade de vida, atribui uma importância central à avaliação de um indivíduo ao seu estado de saúde. Portanto esta definição presume que a qualidade de vida é ao menos, em parte, independente da condição de saúde e é uma reflexão da maneira que os paciente percebem e reagem às suas condições de saúde e a outros aspectos da vida. A avaliação da experiência do paciente com a doença e tratamento é atualmente reconhecida como componente central no atendimento à saúde e da pesquisa em saúde (Muldoon, Barger, Flory & Manuck, 1998).

Estas questões requerem uma reflexão sobre o tema, pois se percebe que o indivíduo (paciente) não pode ser fragmentado nos seus aspectos de contextualização física, emocional e social quando se objetiva a saúde que se quer proteger ou promover (Seidel & Zannon, 2004).

Os indivíduos, em sua ampla maioria, entendem o contexto saúde/doença de forma complexa. Não se trata apenas da ausência ou existência de uma doença. Fatores sociais e emocionais são estressores que geram impacto sobre a qualidade de vida e, adicionalmente, podem ter influência no desencadeamento e evolução de eventos cardiovasculares (INTERHEART, 2004).

A literatura aponta que, a importância do significado da doença, não pode ser descrito, somente por medidas clínicas. Os fatores psicossociais como dor, preocupação, mobilidade restrita e outros prejuízos funcionais, responsabilidades com a família, questões financeiras e cognição, também devem ser abrangidos. Vai além das manifestações diretas da doença, ou seja, os vários efeitos que as doenças e os tratamentos têm na satisfação da vida (Muldoon et al, 1998).

Portanto, entendemos que o impacto tanto físico como emocional do adoecimento na vida de um indivíduo é algo presente que deve ser abordado de forma integral e acolhedora por parte daqueles que atuam na manutenção do estado de saúde destas pessoas.

Desta forma, sugere-se o seguimento do estudo com uma maior casuística para melhor elucidação do objetivo da pesquisa. Como limitações, citamos o número reduzido de pacientes avaliados em função da perda de dados para localização e contato destes. Em decorrência desses resultados os dados obtidos não foram, neste momento, estatisticamente significativos passíveis de conclusões finais.

### **Referências bibliográficas**

Assembléia Médica Mundial Declaração de Helsinki I. (1975) Associação Médica Mundial - 1964-1975 Adotada na 18a. Assembléia Médica Mundial, Helsinki, Finlândia (1964) Revista na 29ª Assembléia Mundial de Médicos, Tóquio, Japão.

Rev. SBPH v.10 n.2 Rio de Janeiro dez. 2007

Campos, E. P. (1992). Aspectos Psicossomáticos em Cardiologia. In: J. Mello Filho.

Psicossomática Hoje (p.234-258). Porto Alegre: Artes Médicas.

Castro I. (1994) Avaliação não invasiva do paciente com insuficiência coronariana. In:

Nesralla I. Cardiologia Cirúrgica: Perspectiva para o ano 2000 (p.471-487). São Paulo,

BYK editorial.

Ciconelli, R.M, Ferraz, M.B., Santos. W., Meinao, I., Quaresma, M.R. (1999). Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36. Revista Brasileira de Reumatologia, 39(3), 143-150.

Conselho Nacional de Saúde (1996). Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos; Resolução 196/96.

Costa e Silva, R.M.C. (2005). Efetividade de um ambulatório transdisciplinar no acompanhamento de pacientes após o primeiro infarto agudo do miocárdio [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre, Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul / Fundação Universitária de Cardiologia.

Gus, I., Zielinski, P. (1999). As Cardiopatias no Brasil - Epidemiologia. In: C.Ferreira, R. Povoá. Cardiologia para o Clínico Geral (p.131-143). Rio de Janeiro, Atheneu.

Hemingway, H., Nicholson, A., Stafford, M., Roberts, R., Marmot, M.(1997). The impact of socioeconomic Status on Health functioning as Assessed by the SF-36 Questionnaire :The Withehall II Study. Am J Public Health, 9:87.

INTERHEART (2004). Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study.

Lancet, 84, (11), 199-201. Disponível em: <<http://www.thelancet.com>>. Acesso em: 04/09/04.



Rev. SBPH v.10 n.2 Rio de Janeiro dez. 2007

Kiebzak, G.M., Pierson, L.M., Campbell, M., Cook, J.W. (2002). Use of the SF36 general health status survey to document health-related quality of life in patients with coronary artery disease: Effect of disease and response to coronary artery bypass graft surgery. *Heart Lung*, 31, 207-13.

Lotufo, P. (1996) Epidemiologia das doenças cardíacas no Brasil: Histórico, situação atual e proposta de modelo teórico. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, 6, 541-547.

Melville, M.R., Lari, M.A., Brown, N., Young, T., Gray, D. (2003). Quality of life assessment using the short form 12 questionnaire is as reliable and sensitive as the short form 36 in distinguishing symptom severity in myocardial infarction survivors. *BMJ*, 89, 1445-1446.

Molzahn, A.E. (1998). *Quality of Life: definitions, measurement, and application to practice. Focus on Research.* p. 55-71.

Molzahn, A.E. (1998). *Quality of Life: definitions, measurement, and application to practice. Focus on Research.* p. 55-71.

Muldoon, M F., Barger, S. D., Flory, J. D., Manuck, S. B. (1998). What are quality of life measurements measuring?. *BMJ*, 316, 542-545.

Muldoon, M F., Barger, S. D., Flory, J. D., Manuck, S. B. (1998). What are quality of life measurements measuring?. *BMJ*, 316, 542-545.

Nesralla, I A. (1999). *Como Cuidar bem do Coração.* Porto Alegre, Artes e Ofícios.

Pádua Filho, W. C., Barbosa, M.M., Chula, E.D. (2005). *Cardiologia: Sociedade Mineira de Cardiologia.* Rio de Janeiro, Guanabara Koogan.

Polanczyk, C.A. (2005). Fatores de risco Cardiovascular no Brasil: os próximos 50 anos. *Arq Bras Cardiol*, 84, 199-201.

Rev. SBPH v.10 n.2 Rio de Janeiro dez. 2007

Sanchez, A.A., Fernandez, J.A., Ocana, R.R., Pérez, M.R., Rodríguez, J.B.R. (2003).

Calidad de vida de los pacientes postinfarto de miocárdio. Diferencias según la edad.

Tempus Vitalis Revista Internacional para el Cuidado del Paciente Crítico, 3(2), 29-39.

Seidel, E. M. F. & Zannon, C. M. L. (2004) Quality of life and health: conceptual and methodological issues. Cad. Saúde Pública, 20(2), 580-8.

Seidel, E. M. F. & Zannon, C. M. L. (2004) Quality of life and health: conceptual and methodological issues. Cad. Saúde Pública, 20(2), 580-8.

Siviero, I.M.P.S. (2003). Saúde Mental e Qualidade de vida de infartados [Tese de Doutorado]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo.

Siviero, I.M.P.S. (2003). Saúde Mental e Qualidade de vida de infartados [Tese de Doutorado]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo.

Sociedade Brasileira de Cardiologia (2006). Atlas corações do Brasil. Disponível em: <http://educacao.cardiol.br/coracoedobrasil/default.asp>. Acessado em: 30/06/06

Sociedade Brasileira de Cardiologia. (2001). III Diretrizes Brasileiras Sobre Dislipidemias e Diretriz de Prevenção da Aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq Bras Cardiol., 77(Suppl 3), 1-48. Souza, G.E. (2006)

Qualidade, nível e estilo de vida. Textos. Disponível em:

<http://www.paracrescer.com.br/textos/textov012.html>. Acesso em: 11 Abril 2006.

Sucesso, E.B. (2006). Qualidade de vida: Sonho ou possibilidade? Disponível em:

<http://www.abqv.org.br/artigos004.php> Acesso em 11 abril 2006

Yusuf, S., Hawken, S., Ounpuu, S., Dans, T., Avezum, A., Lanas, F., McQueen, M., Budaj, A., Pais, P., Varigos, J., Lisheng, L., INTERHEART Study Investigators. (2004). Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. Lancet, 364, 937-52.

