

## FATORES DE RISCO PARA SÍNDROMES CORONARIANAS E DESCRIÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS DE QUALIDADE DE VIDA MAC NEW QLMI E SF-36

\*Aécio de Barros Silva Júnior

\*\*Iraides Moraes Oliveira

\*\*\*Erikson Custódio Alcântara

\*\*\*\*Elmiro Santos Resende

SILVA JÚNIOR, A.B.; OLIVEIRA, I.M.; ALCÂNTARA, E.C.; RESENDE, E.S. Fatores de risco para síndromes coronarianas e descrição dos questionários de qualidade de vida mac new qlmi e sf-36. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**, Umuarama, v. 10, n. 1, p. 49-54, jan./abr., 2006.

**RESUMO:** As síndromes coronarianas são responsáveis por 32% dos óbitos no Brasil, sendo a terceira maior causa de custos aos cofres públicos. Dentre essas síndromes, o infarto agudo do miocárdio é a principal cardiopatia isquêmica, representando elevados índices de mortalidade. A severidade desse evento cardíaco está relacionada aos fatores de risco e a relação destes com a qualidade de vida. Pensando nisto, torna-se necessário caracterizar os fatores de risco e descrever dois questionários de qualidade de vida, o genérico SF-36 e o específico Mac New QLMI para pacientes com história progressiva de infarto agudo do miocárdio. Trata-se de um estudo de revisão permitindo concluir que existe um consenso entre diversos autores no que se refere ao tabagismo, a obesidade e o sedentarismo se destacando como fatores de risco independentes para as síndromes coronarianas. A hipertensão arterial e a dislipidemia foram caracterizados como fatores de risco importantes para as doenças cardíacas, já a *diabetes mellitus*, destaca-se por apresentar maiores índices de mortalidade por doenças cardiovasculares no sexo feminino. No que tange a melhoria da percepção da qualidade de vida para indivíduos infartados, observa-se que esta se associa a mudanças no estilo de vida, para que sejam reduzidos os fatores de risco para síndromes coronarianas, já que os questionários de qualidade de vida têm se tornado bons indicadores para determinar as limitações dos pacientes frente a um determinado agravo ou como se sentem quando estão praticando determinada atividade proposta pelo profissional da área de saúde, principalmente quando estes são específicos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Fatores de risco para doenças cardiovasculares. Infarto agudo do miocárdio. Qualidade de vida. Questionários de qualidade de vida. Síndromes coronarianas.

### RISK FACTORS FOR CORONARY SYNDROMES AND DESCRIPTION OF THE MAC NEW QLMI AND SF-36 LIFE QUALITY QUESTIONNAIRES

SILVA JÚNIOR, A.B.; OLIVEIRA, I.M.; ALCÂNTARA, E.C.; RESENDE, E.S. Risk factors for coronary syndromes and description of the mac new qlmi and sf-36 life quality questionnaires. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**, Umuarama, v. 10, n. 1, p. 49-54, jan./abr., 2006.

**ABSTRACT:** The coronary syndromes are responsible for 32% of the deaths in Brazil, being the third major cause of costs to public services. Among those syndromes, the myocardial infarction is the major ischemic cardiopathy, with high mortality rates. The severity of this cardiac event is related to risk factors and their relationship to life quality. With this concern, it becomes necessary to characterize the risk factors and describe two life quality questionnaires, the generic SF-36 and the specific Mac New QLMI for patients with early history of myocardial infarction. It is a review that concludes that a consent exists among several authors in what refers to smoking, obesity and sedentarism as independent risk factors for coronary syndromes. Arterial hypertension and dyslipemia were characterized as important risk factors for heart diseases, while diabetes mellitus stands out for presenting larger mortality rates due to cardiovascular diseases in females. As for the improvement of the perception of life quality after acute myocardial infarction, it is observed that this is linked to changes in the lifestyle, so that the risk factors for coronary syndromes are reduced, since the life quality questionnaires have become good indicators to determine the limitations of the patients in face of a certain challenge or how they feel when they are practicing a certain activity prescribed by the health professional, especially when these are specific.

**KEY WORDS:** Risk factors for cardiovascular diseases. Acute myocardial infarction. Life quality. Life quality questionnaires. Coronary syndromes.

\*Fisioterapeuta, especialista em Acupuntura.

\*\*Fisioterapeuta, especialista em Acupuntura, Mestranda em Fisioterapia pelo Centro Universitário do Triângulo - UNITRI.

\*\*\*Fisioterapeuta, Mestre em Ciências da Saúde. Área de cardiologia da Universidade Federal de Uberlândia - UFU.

\*\*\*\*Médico, Professor, Doutor da pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Uberlândia - UFU.

Endereço para correspondência: Aécio de Barros Silva Júnior, Rua Francisco Antônio de Oliveira, 935, Residencial Parque das Árvores, apto 204, bloco G. Bairro: Sta Mônica. 38408-258. Uberlândia - MG. E-mail: [ajfisio@yahoo.com.br](mailto:ajfisio@yahoo.com.br)

## Introdução

As doenças cardiovasculares constituem a maior de todas as endemias do século XX, podendo ser consideradas como epidemias progressivas na população atingida por estressores sociais da vida moderna. Neste contexto o aumento rápido da incidência das síndromes coronarianas agudas, representadas pelo infarto agudo do miocárdio e formas instáveis de angina, continuam a ocorrer, embora a mortalidade dela decorrente tenha declinado.

No Brasil, anualmente, as cardiopatias isquêmicas contribuem com uma frequência de 300.000 a 350.000 casos de infarto agudo do miocárdio com elevadas taxas de mortalidade, seguidas de 214.000 mortes, com mais de 80.000 procedimentos intervencionistas (CARVALHO, 2001; CARVALHO, SOUSA, 2001). Em 1930 representavam 11,8%, em 1980, 30,8% e 1994, 28% de todas as mortes (TIMERMAN et al., 2001). Dentre as doenças cardiovasculares, o infarto do miocárdio, é a principal cardiopatia isquêmica que resulta quase sempre da aterosclerose com oclusão trombótica das artérias coronárias (BRAUNWALD, 2001).

A partir do estudo de Framingham, em 1960, iniciou-se a descrição dos fatores de risco para as síndromes coronarianas. Entre eles estão: a dislipidemia, a hipertensão arterial sistêmica, a obesidade, o tabagismo, o *diabetes mellitus* que foram recentemente identificados como os maiores fatores de risco reversíveis ligados às doenças cardiovasculares de natureza aterosclerótica (SILVA et al., 1998). A importância de estudos dessa natureza contribui para demonstrar de maneira simplificada e revisada a necessidade da estratificação dos fatores de risco, bem como a descrição dos questionários de qualidade de vida. Estudos de qualidade de vida têm mudado a rotina de profissionais da saúde, agora mais preocupados com a adesão e qualidade de suas terapêuticas. Transformar medidas qualitativas de qualidade de vida em medidas quantitativas para serem usadas em ensaios clínicos, tornou-se um desafio na área da saúde, já que um grande número de cardiopatias caracteriza-se por ser uma doença incapacitante (LE MOS et al., 2003; SEIDL & ZANNON, 2004). Diversos questionários estão disponíveis para avaliar a qualidade de vida na área da saúde, como o Mac New Quality of Life After Myocardial Infarction QLMI, usado para pacientes com história pregressa de infarto agudo do miocárdio e o questionário Outcomes Short Form 36 - SF-36, que mensura o estado geral de saúde do indivíduo em diferentes condições (BROWN et al., 1999; CICONELLI et al., 1999). O objetivo deste estudo, é caracterizar os fatores de risco para doenças cardiovasculares e descrever dois questionários de qualidade de vida, o SF-36 e o Mac New QLMI para pacientes com história pregressa de infarto agudo do miocárdio. A metodologia utilizada para realização deste estudo foi uma revisão de literatura através de pesquisas nos sites Lilacs, PubMed, Scielo e Cardiol, no período de 1998 a 2004, sendo que os artigos publicados antes desse período foram incluídos nesse estudo devido a importância das informações apresentadas e seu impacto na literatura científica.

## Desenvolvimento

### Fatores de risco para síndromes coronarianas

O termo fatores de risco refere-se a qualquer atributo associado a um aumento da ocorrência de eventos clínicos da doença, favorecendo seu desenvolvimento (OPAS, 2003). Na atualidade, as mudanças nos conceitos de prevenção das doenças crônicas evidenciaram que a maioria delas podem ser evitadas através da intervenção primária. Entretanto, para que isso ocorra é necessário identificar e controlar os fatores de risco envolvidos nas síndromes coronarianas (OPAS, 2003).

Os fatores de risco para as doenças cardiovasculares podem ser divididos em algumas categorias, os quais facilitam a identificação e entendimento. Os fatores condicionantes relacionam-se ao perfil genético e estilo de vida do indivíduo. Os causais são aqueles que mantêm ligação direta ao dano cardiovascular, como a dislipidemia, hipertensão arterial sistêmica, o *diabetes mellitus* e o tabagismo. Já os predisponentes facilitam o aparecimento dos fatores causais que são principalmente o sobrepeso, a obesidade e o sedentarismo (GUIMARÃES, 2002). Assim:

- **Dislipidemia** - é considerado dislipidêmico o indivíduo que apresenta níveis de colesterol total superior a 200 mg/dL. Triglicérides maiores que 150 mg/dL e LDL-colesterol acima de 130 mg/dL também enquadram nesta categoria (III DIRETRIZ SOBRE TRATAMENTO DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO, 2004).

Estudos epidemiológicos relataram que a elevação de 1% no nível de colesterol plasmático dobrava o risco da doença arterial coronariana. Os estudos clínicos sobre redução do colesterol confirmaram essa relação que a diminuição de 1% no nível plasmático de colesterol reduziu o risco de doenças arteriais coronarianas em 2% (MION JR. & NOBRE, 1999). Recentemente foi descrito que o colesterol sérico tem pico nos homens entre 50 e 59 anos e nas mulheres entre 60 e 69 anos. Com o envelhecimento há elevação dos triglicérides séricos que causa redução da capacidade de remover gordura em pessoas idosas (AMADO & ARRUDA, 2004). Apesar dos grandes avanços científicos, a abordagem do risco cardiovascular é uma variável dependente da mudança do estilo de vida do indivíduo.

- **Hipertensão Arterial Sistêmica** - foi considerado como hipertensão arterial sistêmica indivíduos que apresentam valores maiores que 140 x 90 mmHg ou que apresentam valores de 130 x 85 mmHg na presença de *diabetes mellitus* ( I DIRETRIZ BRASILEIRA DE DIAGNÓSTICO DE TRATAMENTO DA SÍNDROME METABÓLICA, 2004). O VII JOINT NATIONAL COMMITTEE ON PREVENTION (2003), descreve uma categorização simplificada denominada pré-hipertensão, pressão arterial menor de 139x 89 mmHg, onde modificações do estilo de vida devem ser mais que incentivadas, prevenindo a possibilidade de evolução para o estado de hipertensão arterial.

O estudo de FRICAS (Fatores de Risco para Insuficiência Coronariana na América do Sul) foi desenvolvido pelo Comitê de Epidemiologia da União das Sociedades de Cardiologia da América do Sul, com o intuito de identificar e quantificar os fatores que contribuem para o desenvolvimento de infarto agudo do miocárdio. No Brasil o

estudo iniciou-se em janeiro de 1994 e foi concluído em março de 1995, envolvendo 20 centros médicos que corroboraram com os estudos epidemiológicos anteriores como o de Framingham, desenvolvido nos Estados Unidos da América que permitiu a identificação dos principais fatores de risco para o desenvolvimento da doença arterial coronariana. Este estudo demonstrou que 53,4% dos pacientes com infarto agudo do miocárdio eram hipertensos em comparação com 20,8% no controle. Isto significa que a prevalência de hipertensão arterial sistêmica em pacientes infartados é três vezes superior à da população adulta brasileira (SILVA et al., 1998).

• **Tabagismo** - o maior fator de risco independente para o infarto agudo do miocárdio é o tabaco, sendo que o abandono do vício reduz o risco cardiovascular em mais de 35%. Estima-se que 36% das mortes atribuídas ao fumo estão relacionadas com as doenças cardiovasculares. No estudo de FRICAS ficou demonstrado que os três principais fatores de risco para doença arterial coronariana são respectivamente, hipercolesterolemia, tabagismo e hipertensão arterial, relatando que 41,69% dos infartados eram fumantes contra 27,2% do grupo controle (SILVA et al., 1998; MION JR. & NOBRE, 1999; III DIRETRIZ SOBRE TRATAMENTO DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO, 2004).

Os indivíduos fumantes têm 2,5 vezes maior risco de apresentarem doenças coronarianas do que não fumantes, já que o risco relativo de infarto agudo do miocárdio em homens fumantes é aproximadamente três vezes maior que aqueles não fumantes. Em mulheres há também um aumento do risco de aproximadamente três vezes, isso se dá pelo número de cigarros consumidos diariamente, a idade em que se iniciou este hábito, a profundidade da inalação e a quantidade de anos de tabagismo (MION JR. & NOBRE, 1999).

Para Armaganijan e Batlouni (2000) existe relação entre tabagismo e aterosclerose, observada em 1372 necropsias que quanto maior o número de cigarros consumidos, maior será a extensão da lesão coronariana.

• **Diabetes mellitus** - o *diabetes mellitus* foi considerado quando o diagnóstico da glicemia de jejum é maior que 126 mg/dL. O diagnóstico é feito quando o valor excede a 200 mg/dL após duas medidas (I DIRETRIZ BRASILEIRA DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA SÍNDROME METABÓLICA, 2004).

Existe uma importante relação entre *diabetes mellitus* e doença arterial coronariana. Os indivíduos diabéticos apresentam duas a três vezes maior risco de serem acometidos por evento coronariano quando comparados com a população geral. A mortalidade no infarto agudo do miocárdio pode chegar a 30% em indivíduos diabéticos. Nas mulheres diabéticas o risco é maior, também pela ocorrência simultânea de outros fatores de risco, como hipertensão arterial, dislipidemia e obesidade (SERRANO et al., 1998). Carvalho e Sousa (2001) demonstram que indivíduos diabéticos do sexo feminino apresentam 3,3 vezes maior risco de irem a óbito por doença cardiovascular e indivíduos diabéticos do sexo masculino 1,9 vezes. No *diabetes mellitus*, os níveis aumentados de glicemia podem fragilizar a parede endotelial tornando-a mais susceptível a lesões com conseqüente aumento do risco relativo da doença arterial

coronariana. Isso é particularmente importante se ocorrer níveis elevados de colesterol, tabagismo e hipertensão (SARTO, 1997; CARLSSON, 1998). Segundo Martinez et al. (1996), aproximadamente 85% dos diabéticos com mais de 50 anos, são hipertensos e obesos, aumentando o risco cardiovascular.

• **Obesidade e sedentarismo** - caracteriza-se por obesidade, indivíduos com índice de massa corpórea maior que 30 kg/m<sup>2</sup> e como sedentarismo indivíduos que não praticam nenhum tipo de exercício físico com conseqüente aumento do peso corporal (III DIRETRIZ SOBRE TRATAMENTO DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO, 2004).

A prevalência de sobrepeso e obesidade tem aumentado nos países em desenvolvimento como o Brasil. O Ministério da Saúde revela prevalência de 32% para o sobrepeso e 8% para obesidade (SANTOS et al., 2002). O índice de massa corpórea tem sido utilizado em ensaios clínicos relacionando obesidade ao risco de infarto agudo do miocárdio e tem se apresentado uma característica independente para eventos coronarianos. Estudo de metanálise demonstra que a mortalidade é menor naqueles indivíduos com valores de índice de massa corpórea entre 23 e 28 kg/m<sup>2</sup>.

Para o Instituto Nacional do Coração, Pulmão e Sangue dos EUA, o risco cardiovascular está aumentando em pessoas adultas com índice de massa corpórea maior que 25 kg/m<sup>2</sup> e uma tendência da atualidade tem sido a medida da circunferência abdominal e os tipos morfológicos da obesidade constituem alto risco de hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia e *diabetes mellitus*. A avaliação do índice de massa corpórea e da circunferência abdominal permite quantificar e qualificar a obesidade, facilitando a determinação do risco cardiovascular global em obesos (SPÓSITO et al., 2002).

O sedentarismo representa um fator de risco independente para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, sendo de grande importância por sua alta prevalência na população. Estudos realizados em cães têm demonstrado que a prática regular do exercício físico aumenta a capacidade de transporte de oxigênio coronariano por aumentar em 26% o fluxo das coronárias e em 82% a difusão capilar, sendo atribuído esse fenômeno às adaptações estruturais e funcionais. Isso se deve ao aumento do calibre dos vasos e a sua formação denominada angiogênese (MION JR. & NOBRE, 1999).

### Conceituando qualidade de vida

A relação entre saúde e qualidade de vida existe desde o nascimento da medicina social nos séculos XVIII e XIX (MINAYO et al., 2000). A discussão sobre qualidade de vida, o avanço tecnológico e o advento das UTIs (unidades de terapia intensiva) e UCOs (unidades coronarianas), com equipamentos sofisticados e pessoal melhor habilitado, têm permitido prolongar a vida de pacientes antes irrecuperáveis. O crescimento do poder de intervenção médica, contudo, não foi acompanhado de reflexão sobre o impacto dessa realidade da qualidade de vida dos indivíduos (SIVIERO, 2003). Desde a década passada houve o reconhecimento da importância de se verificar a perspectiva do paciente na investigação da condição ou tratamento ao qual ele foi submetido, sendo

desenvolvidos instrumentos que quantificam a percepção do indivíduo antes e depois do tratamento.

Na área da saúde o termo qualidade de vida é empregado para mensurar os resultados das intervenções terapêuticas em pacientes com condições crônicas como doença cardíaca (HÖFER et al., 2004). Assim, a avaliação da percepção através de questionários sobre qualidade de vida, permite um maior conhecimento e adaptação à condição do paciente.

### **Mensuração da qualidade de vida**

A mensuração da qualidade de vida é feita através da aplicação de questionários. Ela se baseia em uma ampla extensão de critérios e não sobre uma simples questão como a dor física. Na avaliação de dor em qualidade de vida é mais explorado o impacto sobre a independência individual, psicológica, social e vida espiritual do que focar exclusivamente sobre a própria dor (WHOQOL, 1996). Ainda existem dúvidas de como os questionários de qualidade de vida possam determinar de maneira efetiva as mudanças no estilo de vida dos portadores de cardiopatias e se os pacientes irão manter aderência ao novo estilo de vida proposto.

Estudos epidemiológicos demonstram que a percepção biopsicossocial pela medicina tem evoluído nos últimos tempos, principalmente quando se fala de doenças coronarianas, já que são umas das maiores causas de morbidade e mortalidade em todo mundo (MURRAY & LOPEZ, 1997).

Os questionários de qualidade de vida devem ser reprodutíveis através do tempo, ou seja, deve produzir resultados iguais ou muito semelhantes em duas ou mais administrações para o mesmo paciente, considerando naturalmente que seu estado clínico geral não tenha sido alterado (CICONELLI et al., 1999).

### **Descrição dos questionários de qualidade de vida nos conceitos genérico e específico**

Duas vertentes quanto à definição do termo qualidade de vida na área da saúde são discutidas: qualidade de vida no conceito genérico e no conceito específico. A qualidade de vida no conceito genérico tem sentido mais amplo, englobando principalmente os aspectos sociais de uma população saudável, sem considerar agravos específicos.

As medidas de avaliação genérica de saúde disponíveis não são capazes de dizer exatamente para o profissional de saúde o que fazer, entretanto, é capaz de demonstrar se os pacientes conseguem executar determinadas atividades que normalmente fazem e como se sentem quando as estão praticando (CICONELLI et al., 1999). Apesar do questionário SF-36 ter características gerais sobre saúde, ele apresenta algumas limitações, como não poder detectar alterações no tratamento específico ou efeitos adversos detalhadamente (LEMOS et al., 2003; GUSMÃO, PIERIN, 2004). Este questionário foi traduzido e adaptado culturalmente para a população brasileira portadora de artrite reumatóide em 1998, seguindo as etapas propostas pelo IQOLA (International Quality of Life Assessment Project) e também trabalhos da literatura direcionam a metodologia para tradução e validação de questionários. Ele é composto

de 11 questões com 36 itens englobados em 8 domínios: (1) aspectos físicos; (2) aspectos sociais; (3) capacidade funcional; (4) aspectos emocionais; (5) saúde mental; (6) vitalidade; (7) dor; (8) estado geral de saúde. Apresenta uma pontuação mínima de 1 e máxima de 6 pontos, com escore final de 0 a 100, onde zero corresponde a “pior” e cem a “melhor” estado de saúde (BROWN et al., 1999; CICONELLI et al., 1999).

No conceito específico o termo qualidade de vida possui um maior direcionamento ao tipo de enfermidade ou intervenção da saúde. Alguns autores defendem enfoques mais específicos da qualidade de vida assinalando que estes podem contribuir para melhor identificação das características relacionadas a um determinado agravo. O questionário de qualidade de vida Mac New QLMI foi originado e desenvolvido há quase 20 anos para pacientes no pós infarto agudo do miocárdio que apresentam moderados níveis de ansiedade e/ou depressão. O Mac New QLMI foi elaborado na Universidade de Newcastle, Austrália em 1993. Este questionário investiga a dor torácica, fadiga, dificuldade de respirar e dores em membros inferiores (OLDRIDGE et al., 1991; BENETTI et al., 2001).

O Mac New QLMI foi validado para a língua portuguesa por Benetti et al. no ano de 1999 na cidade de Florianópolis, Santa Catarina. A versão brasileira do Mac New QLMI foi considerada válida, de simples administração e um instrumento muito seguro para avaliar qualidade de vida relativa à saúde de pacientes que sofreram infarto agudo do miocárdio (BENETTI et al., 2001).

Estudos com este questionário no Brasil ainda são escassos, sendo necessária investigação a respeito da utilização deste instrumento para a população brasileira. O instrumento é composto de 27 questões, com o escore máximo para cada uma de 7, e o mínimo de 1. Conseqüentemente, o escore total máximo corresponde a 189 e o mínimo a 27. Ele é dividido em três domínios, sendo que o escore emocional é calculado pela soma de 14 itens, o escore físico pela soma de 14 itens e o escore social pela soma de 13 itens (LIM et al., 1993; OLDRIDGE et al., 1999; BENETTI et al., 2001).

### **Qualidade de vida e fatores de risco**

O termo qualidade de vida tem se tornado palco de discussões quando relacionado aos fatores de risco cardiovasculares. Dessa forma, vários questionários foram desenvolvidos para avaliar diferentes aspectos referentes à qualidade de vida dos pacientes com doença aterosclerótica coronariana. Os questionários de qualidade de vida relacionada à saúde, estão descritos na língua inglesa, originando um grande problema devido à diversidade cultural, pois estas medidas não se aplicam as diferentes nações. Diante disso, torna-se necessário um processo de adaptação transcultural, para que os questionários existentes possam ser usados em diferentes culturas (GUSMÃO, PIERIN, 2004).

Estudo realizado por Brown et al. (1999) para avaliar o impacto na qualidade de vida após quatro anos de infarto agudo do miocárdio em 424 pacientes, verificou que o SF-36 é um questionário importante por fornecer informações adicionais durante a prática clínica. Os resultados mostram que os pacientes acima de 65 anos de idade alcançaram uma pontuação similar nos oito domínios do questionário quando

comparados à população normal.

Lemos et al. (2003) utilizando o questionário Mac New QLMI ao avaliar a qualidade de vida após infarto agudo do miocárdio, correlacionando com a presença de fatores de risco para doença aterosclerótica coronariana, observou que três ou mais fatores de risco contribuem para uma pior qualidade de vida, sendo que a dislipidemia destacou-se como principal fator preponderante para este resultado.

### Considerações finais

Nesta revisão foi possível verificar as seguintes considerações:

- há um consenso entre os autores citados neste estudo de que o tabagismo, a obesidade e o sedentarismo são os principais fatores de risco independentes para o infarto agudo do miocárdio.
- a hipertensão arterial e a dislipidemia são considerados importantes fatores de risco para o desenvolvimento das doenças arteriais coronarianas, reafirmado recentemente.
- ficou caracterizado que a *diabetes mellitus* apresenta uma prevalência de mortalidade por doenças cardiovasculares em indivíduos do sexo feminino.
- apesar desses inúmeros fatores de risco há um consenso quanto à importância e a necessidade da profilaxia.
- nota-se que para a profilaxia ser efetiva deve ser iniciada precocemente, para evitar complicações como o infarto agudo do miocárdio.
- o principal determinante da melhor percepção da qualidade de vida está associada a mudanças do estilo de vida, para que sejam reduzidos os fatores de risco das síndromes coronarianas.
- os questionários de qualidade de vida tem se tornado bons indicadores para determinar as características frente a um agravamento, principalmente quando são específicos como o Mac New QLMI, pois, estes são capazes de detectar mudanças na qualidade de vida por responderem a condições específicas da doença. O questionário genérico SF-36 descrito neste estudo, permite a comparação da qualidade de vida em diversas doenças e na população saudável.

### Referências

AMADO, T. C. F.; ARRUDA, I. K. G. Hipertensão arterial no idoso e fatores de risco associados. **Rev. Bras. Nutr. Clin.** v. 19, n. 2, p. 94-99. 2004.

ARMAGANIJAN, D.; BATLOUNI, M. Impacto dos fatores de risco tradicionais. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, v. 10, n. 6, 2000.

BENETTI, M.; NAHAS, M. V.; BARROS, M. V. G. Reproducibility and validity of a Brazilian version of the Mac New quality of life after myocardial infarction (Mac New QLMI) questionnaire. **Medicine & Science in Sports & Exercise**: 2001, v. 33, n. 5. Disponível em: <<http://www.acsm-msse.org>>. Acesso em: 3 jul. 2005.

BRAUNWALD, E. **Tratado de medicina cardiovascular**. 3. ed. Rio de Janeiro: Roca, 2001. p. 1288-1289.

BROWN, N. et al. Quality of life four years after acute myocardial infarction: short form 36 scores compared with a normal population. **Heart**, v. 81, n. 4, p. 352-358. 1999.

CARLSSON, R. Serum cholesterol, lifestyle, working capacity and quality

of life in patients with coronary artery disease. Experiences from a hospital based secondary prevention programme. **Scand Cardiovascular J.** v. 32, n.1, p. 1-19. 1998.

CARVALHO, A. C. C.; SOUSA, J. M. A. Cardiopatia isquêmica. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 8, n. 3, p. 297-305. 2001.

CARVALHO, T. **Reabilitação cardíaca em portadores de cardiopatia isquêmica com obstrução coronária possíveis de tratamento intervencionista**. 2001. 41 f. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo. 2001.

CICONELLI, R. M. et al. Tradução para língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 39, n. 3, maio/jun. 1999.

DIRETRIZ Brasileira de Diagnóstico e tratamento da síndrome metabólica. **Revista da Sociedade Brasileira de Hipertensão**, v. 7, n. 4, 2004.

DIRETRIZ Sobre Tratamento do infarto agudo do miocárdio. **Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia**, v. 83, 2004.

GUIMARÃES, A. C. Prevenção das doenças cardiovasculares no século 21. **Revista Brasileira de Hipertensão Arterial**, v. 5, n. 3, p. 103-106, 2002.

GUSMÃO, J. L.; PIERIN, A. M. A importância da qualidade de vida na hipertensão arterial. **Revista da Sociedade Brasileira de Hipertensão**, v. 7, n. 3, p. 104-107, 2004.

HÖFER, S. et al. The Mac New heart disease health-related quality of life instrument: A summary. **Health and quality of life outcomes**, v. 2, n. 3, 2004.

LEMO, V. et al. Qualidade de vida em pacientes após infarto agudo do miocárdio. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, v. 13, n. 4, p. 17-26, 2003.

LIM, L. L. Y. et al. Self administered quality of life questionnaire after acute myocardial infarction. **J. Clin. Epidemiol.** v. 46, n.11, p. 1249-1256, 1993.

MARTINEZ, T. L. R. et al. Obesidade e coração. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, v. 6, n. 4, p. 447- 451, 1996.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida saudável: um debate necessário. **Ciências e saúde coletiva**, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

MION JUNIOR, D.; NOBRE, F. **Risco cardiovascular global**. São Paulo: Lemos, 1999. 185 p.

MURRAY, C. J.; LOPEZ, A. D. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of disease study. **Lancet**, p. 1498-1504, 1997.

OLDRIDGE, N. et al. Goal attainment in a randomized controlled trial of rehabilitation after myocardial infarction. **Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation**, v. 19, n.1, p. 29-34, 1999.

OLDRIDGE, N. et al. Effects on quality of life with comprehensive rehabilitation after acute myocardial infarction. **Am. J. Cardiol.** v. 67, n. 13, p.1084-1089, 1991.

ORGANIZAÇÃO PAN – AMERICANA DE SAÚDE. **Carmen**: iniciativa para a prevenção integrada de doenças não transmissíveis nas Américas. Brasília: 2003. 32 p.

SANTOS, R. D. et al. Excesso de peso no Brasil: O fator de risco do Novo Milênio. **Arquivos Brasileiro de Cardiologia**, v. 78, n.1, p. 1-13, 2002.

SARTO, G. Análise dos fatores de risco para a doença arterial coronariana. **JBM**, v. 73, n. 1, p. 20-26, 1997.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004.

SERRANO JUNIOR, C. V.; HEINISCH, R. H.; NICOLAU, J. C. Diabetes melito e infarto agudo do miocárdio. **Revista da Sociedade de Cardiologia**

do Estado de São Paulo, v. 8, n. 5, p. 996-1003, 1998.

SILVA, M. C. D.; SOUSA, A. G. M. R.; SCHARGODSKY, H. Fatores de risco para infarto do miocárdio no Brasil. **Arquivos Brasileiro de Cardiologia**, v. 71, n. 5, 1998.

SIVIERO, I. M. P. S. **Saúde mental e qualidade de vida em infartados**. 2003. 149 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

SPÓSITO, A. C.; SANTOS, R. D.; RAMIRES, J. A. F. Avaliação do risco cardiovascular no excesso de peso e obesidade. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 78, 2002.

TIMERMAN, R. S.; SOUZA, M. F.; SERRANO, C. V. Aspectos epidemiológicos das doenças cardiovasculares em nosso meio: tendência da mortalidade por doença isquêmica do coração no Brasil de 1966 a 1979. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, v. 11, n. 4, 2001.

VII REPORT OF THE JOINT NATIONAL COMMITTEE ON PREVENTION, detection, evaluation and treatment of high blood pressure. 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE ASSESSMENT. (WHOQOL). What quality of life? **World Health Forum**, p. 354-356, 1996.

---

Recebido para publicação em: 27/05/2005

Received for publication on: 27/05/2005

Aceito para publicação em: 18/08/2006

Accepted for publication on: 18/08/2006