








Avaliação da qualidade de vida após infarto agudo do miocárdio

Quality of life assessment after acute myocardial infarction

Como citar este artigo:

Fiorin BH, Moreira RSL, Lopes AB, Sipolatti WGR, Furieri LB, Fioresi M, et al. Quality of life assessment after acute myocardial infarction. Rev Rene. 2020;21:e44265. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202144265>

-  Bruno Henrique Fiorin¹
-  Rita Simone Lopes Moreira²
-  Andressa Bolsoni Lopes¹
-  Walckiria Garcia Romero Sipolatti¹
-  Lorena Barros Furieri¹
-  Mirian Fioresi¹
-  Bráulio Luna Filho²

¹Universidade Federal do Espírito Santo.
Vitória, ES, Brasil.

²Universidade Federal de São Paulo.
São Paulo, SP, Brasil.

Autor correspondente:

Bruno Henrique Fiorin
Av. Marechal Campos, 1.468, Maruípe.
Departamento de Enfermagem,
CEP: 29043-900, Vitória, ES, Brasil.
E-mail: brunohenf@hotmail.com

EDITOR CHEFE: Ana Fatima Carvalho Fernandes

EDITOR ASSOCIADO: Francisca Diana da Silva Negreiros

RESUMO

Objetivo: avaliar a qualidade de vida após infarto agudo do miocárdio, destacando as diferenças por sexo. **Métodos:** estudo analítico, observacional, com 273 pacientes. Para coleta, utilizou-se de instrumento de avaliação multidimensional para infartados. Dados coletados em hospital de referência em cardiologia, nos quais se aplicaram o teste t Student para análises. **Resultados:** maioria do sexo masculino (67,0%), média de 63,6 anos de idade, possuindo histórico familiar de infarto (64,5%). O escore médio de qualidade de vida foi 0,45, sendo 1,00 o pior escore. Dependência (0,82) e atividade física (0,50) foram os piores domínios avaliados; e efeitos colaterais (0,27) e dieta (0,36), os melhores. O sexo feminino apresentou piores médias (0,52, $p < 0,05$), com destaque para atividade física (0,58), emoção (0,49) e insegurança (0,44). **Conclusão:** constataram-se prejuízos na qualidade de vida, após infarto do miocárdio, em que o domínio dependência foi o mais comprometido. O sexo feminino apresentou piores escores.

Descritores: Infarto do Miocárdio; Qualidade de Vida; Síndrome Coronariana Aguda; Inquéritos e Questionários.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the quality of life after acute myocardial infarction, highlighting the differences by sex. **Methods:** analytical, observational study with 273 patients. For collection, a multidimensional assessment instrument was used for heart attacks. Data collected in a cardiology referral hospital, in which the t Student test was applied for analysis. **Results:** the majority were male (67.0%), with a mean age of 63.6 years, with a family history of heart attack (64.5%). The average quality of life score was 0.45, with 1.00 being the worst score. Dependence (0.82) and physical activity (0.50) were the worst assessed domains; and side effects (0.27) and diet (0.36), the best. The female gender had the worst averages (0.52, $p < 0.05$), with emphasis on physical activity (0.58), emotion (0.49) and insecurity (0.44). **Conclusion:** impairments in quality of life were found after myocardial infarction, in which the dependency domain was the most compromised. The female sex had worse scores.

Descriptors: Myocardial Infarction; Quality of Life; Acute Coronary Syndrome; Surveys and Questionnaires.

Introdução

A qualidade de vida é uma concepção subjetiva e multidimensional do indivíduo em relação às experiências de vida, sendo esta percepção diretamente associada às questões culturais e de valores, em que se vive e estabelece as metas envolvendo o nível de contentamento alcançado na esfera física, emocional e social⁽¹⁾. Este conceito é considerado um novo paradigma que influencia a tomada de decisões e o planejamento de políticas de saúde. A manutenção da qualidade de vida é o resultado esperado das políticas públicas e da eficácia das práticas assistenciais para promoção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação de doenças e, ainda, para garantia da terminalidade, sobretudo, nas condições crônicas de saúde⁽²⁻³⁾.

Dessa forma, é fato que o estilo de vida prejudicial, influenciado pela modernidade e globalização, afeta as condições de vida da população, contribuindo para manifestação de sinais e sintomas cardiovasculares. O nível de estresse, a alimentação não saudável, a ausência de práticas de atividades físicas e outras várias condições são considerados fatores de risco para as doenças cardiovasculares⁽⁴⁻⁵⁾.

Dentre as condições crônicas, as doenças cardiovasculares merecem destaque, em virtude das taxas de mortalidade e morbidade no panorama mundial, possuindo prevalência significativa na atualidade, sendo considerada uma das maiores endemias da história. Apesar das melhorias e dos avanços no diagnóstico e tratamento, essas doenças são responsáveis por 35,0% dos óbitos no Brasil, dentre estas, o infarto agudo do miocárdio se destaca como a principal causa de mortalidade⁽⁶⁻⁸⁾.

Nesse contexto, é de grande relevância avaliar a concepção de pacientes em relação ao impacto da doença no cotidiano, sobretudo, nos aspectos considerados negativos, como as limitações. Avaliar tais condições em pacientes, após infarto do miocárdio, tem sido maneira eficaz de estabelecer o impacto das

intervenções terapêuticas, especialmente quando não há prognóstico de cura⁽⁹⁻¹¹⁾. Compreender as formas que impactam a qualidade de vida é subsídio para o delineamento de intervenções que possibilitem a melhoria da percepção de bem-estar⁽¹²⁻¹³⁾.

A mensuração da qualidade de vida em pacientes infartados deve estar mais associada com os aspectos positivos do que com os possíveis impactos negativos que essa doença pode gerar no processo de diagnóstico, tratamento e reabilitação. O objetivo primordial desta mensuração é avaliar as limitações vivenciadas pelos pacientes infartados. Para isso, é necessária aplicação de instrumentos que sejam sensíveis para captar estas mudanças. Assim, é fundamental a decisão por instrumento multidimensional, de abordagem holística, para avaliar a qualidade de vida⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

Avaliar a qualidade de vida, em múltiplas faces, tem sido indicador de grande relevância para as práticas da saúde, que impacta as decisões assistenciais⁽³⁾. Estudos utilizando questionários específicos para avaliar a qualidade de vida em infartados são poucos numerosos no Brasil^(1,3,10). Esta avaliação se faz importante para garantir o tratamento individualizado, centrado no indivíduo, tendo como objetivo abordagens que possam promover a reabilitação e reinserção de pacientes na rotina de vida diária⁽⁵⁾.

Há evidências de que, após o infarto do miocárdio, as mulheres apresentam menores escores de qualidade de vida relacionada à saúde do que os homens, isso somado ao número maior de comorbidades^(2,6). Estas constatações são bastante preocupantes, pois estão associadas à recorrência de eventos cardiovasculares neste grupo específico⁽⁸⁻⁹⁾. Entender como a qualidade de vida se apresenta no sexo feminino, por meio de especificidades, torna possível desenvolver abordagens equitativas de gênero para os cuidados de saúde.

Dessa forma, objetivou-se avaliar a qualidade de vida após infarto agudo do miocárdio, destacando as diferenças por sexo.

Métodos

Estudo observacional, analítico, com pacientes que sofreram infarto agudo do miocárdio. O cálculo amostral foi baseado no Teorema do Limite Central e na Lei dos Grandes Números, considerando a incidência da doença no último ano, com intervalo de confiança de 95%, com erro do tipo alfa de 5%, necessitando minimamente de uma composição amostral de 260 participantes. Os dados foram coletados de junho de 2015 a outubro de 2016, em unidade de internação e ambulatório de hospital filantrópico, referência em cardiologia, no Espírito Santo, Brasil.

Como critérios de inclusão, fizeram parte da amostra pacientes com diagnóstico médico de infarto agudo do miocárdio, registrados em prontuário, e pacientes de reinternação, devido às complicações. O paciente deveria estar lúcido, com possibilidade de verbalização e, após leitura, estar de acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A lucidez era verificada pela capacidade de responder às perguntas simples de identificação e orientação em relação ao tempo espaço. Excluíram-se pacientes que estavam sonolentos, torporosos ou em coma e aqueles cujo último episódio de infarto do miocárdio tivesse ocorrido a menos de cinco dias.

Os dados foram coletados por meio de entrevista. O instrumento de coleta foi dividido em duas partes, a primeira com objetivo de caracterização da amostra em relação ao perfil socioeconômico e aos fatores de riscos cardiovasculares; e o segundo formulário para avaliação da qualidade de vida, sendo utilizada a *Myocardial Infarction Dimensional Assessment Scale* (MIDAS), cuja versão adaptada para língua portuguesa brasileira foi denominada Escala de Avaliação Multidimensional para Infartados⁽¹⁰⁾. Como perfil socioeconômico, descreveram-se as variáveis sexo, etnia, nível de escolaridade e estado civil; no que se refere aos fatores de risco cardiovasculares, avaliaram-se: percepção do estresse e ansiedade, hábito de consumir bebidas alcoólicas e cigarros, prática de atividade física,

histórico pessoal de hipertensão, diabetes mellitus, dislipidemia e histórico familiar de infarto agudo do miocárdio. Após a coleta de dados, as respostas foram codificadas e digitadas em planilha de *Excel*[®], com dupla verificação, e exportadas para o programa estatístico.

Os dados foram coletados por três bolsistas, acadêmicos da graduação, sob supervisão do pesquisador principal. Estes foram treinados quanto ao instrumento de coleta e participaram de estudo piloto, que incluiu aplicação do instrumento entre os participantes e aplicação em nove pacientes cardiopatas, que não compuseram esta amostra.

A Escala de Avaliação Multidimensional para Infartados é um instrumento específico de qualidade de vida para pacientes infartados, composto por 35 questões, divididas em sete domínios (atividade física, insegurança, reação emocional, dependência, dieta, preocupações com a medicação e efeitos colaterais), adaptadas para aplicação no Brasil e com evidências de validade e confiabilidade, com *Alfa de Cronbach* de 0,85⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Cada uma das 35 perguntas possui cinco opções de resposta, no qual se pontua em uma escala de zero a quatro, que sinalizam desde a ausência de sintomas, caracterizada pela alternativa “nunca” (pontuando zero) até as que denotam maior gravidade (pontuando quatro). Desta forma, cada domínio é transformado para um intervalo de zero (o melhor estado de saúde) até um (pior escore). O escore geral do instrumento pode, então, ser calculado pela média simples dos escores obtidos em cada domínio⁽¹⁰⁾.

A coleta de dados em relação aos fatores de riscos foi baseada no relato do paciente, por meio da entrevista e/ou associação de dados contidos em prontuário, como medicação prescrita e exames laboratoriais. Considerou-se que praticava exercícios físicos aquele que mantinha a frequência de pelo menos três momentos de atividades, com duração mínima de 40 minutos por semana; consumo frequente de álcool aqueles que ingeriam mais de três doses de bebidas

alcoólicas por semana; e tabagista quem tinha o hábito de fumar em qualquer quantidade.

Para análise estatística, adotaram-se os *Statistical Package for Social Science*, na versão 17, *Minitab* 16 e *Excel Office* 2018. Aplicou-se para comparação de médias o teste t de Student, devido à característica de normalidade da amostra, verificada pelo teste de *Shapiro-Wilk*, no qual foi obtido o valor de $W=0,98$ e $p=0,180$.

A aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição proponente se encontra registrada no Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 42456915.8.0000.5068 e parecer nº 992.216/2015, sendo cumpridos os princípios éticos preconizados pela Resolução 466/12, do Conselho Nacional da Saúde.

Resultados

Participaram 273 pacientes. A média de idade na amostra foi de 63,6 anos, variando de 38 a 91 anos, com desvio padrão de 10,8. Em relação ao sexo, 183 (67%) participantes eram do sexo masculino, 116 de etnia branca (42,5%), apresentando baixo nível de escolaridade (69,9% não concluíram o ensino fundamental) e 185 (67,8%) casados.

Dentre os fatores de risco, a hipertensão arterial sistêmica teve maior prevalência, sendo 201 (73,6%) pacientes portadores desta doença. Quanto à diabetes mellitus e dislipidemia, houve proporcionalidade na distribuição, sendo 128 (46,9%) e 113 (41,4%), respectivamente.

No que se refere aos hábitos de vida, 148 (55%) ingeriram bebidas alcoólicas, destes, 43 (16,5%) ainda mantinham o hábito. A maioria fez uso de cigarro (64,1%), destes, 45 (16,5%) ainda permaneceram no consumo. Em relação à prática de exercício físico, 182 (66,7%) relataram não praticar em nenhum momento, sendo este um hábito de vida em 91 (33,3%) infartados. Outro fator de risco que esteve relacionado com

as doenças cardiovasculares foi o hábito de roncar, em que se verificou que 114 (41,8%) dos entrevistados relataram roncar habitualmente.

Quando questionados sobre sentir deprimido, 110 (40,3%) dos pacientes responderam nunca ter se sentido deprimido, no entanto, 69 (25,3%) responderam que se sentiam deprimidos frequentemente. No tocante ao estresse, 98 (35,9%) relataram que se sentiam estressados às vezes e 85 (31,3%) declararam ser estressados frequentemente.

O histórico familiar também apresentou diferença estatística, sendo que 176 (64,5%) dos pacientes afirmaram ter familiares de primeiro grau que sofreram infarto agudo do miocárdio ($p<0,010$). Referente à mudança na qualidade de vida após o infarto, 142 (52,0%) pacientes responderam que ocorreu piora da qualidade de vida.

Ao aplicar a Escala de Avaliação Multidimensional para Infartados, foi possível avaliar a qualidade de vida. O escore geral foi de 0,45. Os domínios que apresentaram pior escore em relação à qualidade de vida foram: dependência (0,82), atividade física (0,50) e medicação (0,41). Os domínios que tiveram melhores escores foram de efeitos colaterais (0,27) e dieta (0,36), conforme Tabela 1, em que são apresentados os escores por domínio, com diferença de média por sexo.

Ao realizar a análise das médias dos domínios da MIDAS, avaliando a diferença de médias por sexo, evidenciou-se diferença estatística entre os escores pontuados pelos sexos masculino e feminino. O sexo feminino obteve os piores escores de qualidade de vida, nos domínios atividade física (0,58; $p<0,010$), emoção (0,49; $p<0,010$), insegurança (0,44; $p=0,040$) e efeitos colaterais (0,33; $p=0,040$). Os demais domínios também apresentaram piores médias em relação ao sexo masculino, porém, não se encontraram diferenças entre as médias, de forma estatisticamente significativa.

Tabela 1 – Média dos domínios da Escala de Avaliação Multidimensional para Infartado. Vila Velha, ES, Brasil, 2019 (n=273)

Domínios/Sexo	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	*p-valor
Atividade física					
Masculino	0,46	0,18	0,00	0,88	
Feminino	0,58	0,21	0,17	1,00	<0,010
Geral	0,50	0,19	0,00	1,00	
Insegurança					
Masculino	0,33	0,25	0,00	1,00	
Feminino	0,44	0,32	0,00	1,00	0,040
Geral	0,37	0,28	0,00	1,00	
Emoção					
Masculino	0,36	0,24	0,00	1,00	
Feminino	0,49	0,25	0,00	1,00	<0,010
Geral	0,40	0,25	0,00	1,00	
Dependência					
Masculino	0,80	0,30	0,00	1,00	
Feminino	0,86	0,24	0,00	1,00	0,120
Geral	0,82	0,28	0,00	1,00	
Dieta					
Masculino	0,33	0,32	0,00	1,00	
Feminino	0,41	0,33	0,00	1,00	0,060
Geral	0,36	0,32	0,00	1,00	
Medicação					
Masculino	0,39	0,30	0,00	1,00	
Feminino	0,44	0,29	0,00	1,00	0,190
Geral	0,41	0,30	0,00	1,00	
Efeitos colaterais					
Masculino	0,25	0,31	0,00	1,00	
Feminino	0,33	0,32	0,00	1,00	0,040
Geral	0,27	0,31	0,00	1,00	
Escore geral					
Masculino	0,42	0,13	0,04	0,77	
Feminino	0,51	0,14	0,17	0,93	<0,010
Geral	0,45	0,14	0,04	0,93	

*Teste t Student

Discussão

Como limitação, pode-se destacar impossibilidade de avaliar o antes e após o infarto, o que poderia oferecer maior subsídio em relação às mudanças da qualidade de vida. Outra restrição esteve associada aos fatores de riscos que, em maioria, foram verificados em prontuário ou pelo relato do paciente. Além disso, a utilização do estudo observacional de corte transversal não permite estabelecer a relação de causa e efeito entre as variáveis investigadas.

Por meio deste estudo, descreveram-se os domínios cujos escores de qualidade de vida apresenta-

ram melhores e piores escores, isso auxilia na tomada de decisão do profissional de saúde, já que a qualidade de vida é um indicador de saúde. Ao elencar os fatores de riscos cardiovasculares neste grupo específico, também se subsidia a Atenção Primária e outros programas de promoção da saúde para instituição de medidas de prevenção primária e controle dos fatores de riscos cardiovasculares modificáveis. Além de destacar a importância do planejamento da assistência, de forma diferenciada para o sexo feminino, para reduzir as disparidades nos escores de qualidade de vida.

A maioria dos pacientes era do sexo masculino, grupo mais propício ao infarto, por apresentar maior número de fatores de risco^(8,16-19). Os fatores de riscos predominantes foram o histórico familiar de infarto agudo do miocárdio e a hipertensão arterial. Sabe-se que os fatores genéticos apresentam correlação positiva com as condições de disfunções cardiovasculares e o agravamento das morbidades que surgem no processo de adoecimento. O histórico familiar é considerado fator de risco não modificável, por isso, indivíduos com este fator de risco precisam ser acompanhados e orientados quanto às práticas de vida saudável^(9,12). A maior parte da amostra era de pacientes hipertensos e estavam em tratamento contínuo. Estes dados se assemelham a achados de outro estudo realizado na Região Sul do Brasil, no qual se objetivou avaliar a sobreposição de fatores de risco cardiovasculares em paciente com doença aterosclerótica^(4,8).

A hipertensão arterial sistêmica, além de doença isolada, é fator de risco importante, cuja permanência determina um pior prognóstico, após o infarto agudo do miocárdio, tanto a curto como em longo prazo. No Brasil, é a doença mais prevalente no adulto, sendo a relação desta com as doenças cardiovasculares progressiva, independente de outros fatores de risco^(5,8,16,19). A hipertensão eleva a incidência de acidentes vasculares encefálicos, bem como outras doenças cardiovasculares, após o infarto⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

Posterior ao infarto, muitos pacientes apresentaram dificuldade para voltar a realizar as atividades da vida diária, fato justificado pelo elevado percentual de sedentarismo na amostra, além das limitações de

mobilidade⁽⁷⁾. O sedentarismo, muitas vezes, está relacionado ao comportamento cotidiano, decorrente dos confortos da vida moderna, este, por sua vez, impulsiona o surgimento de problemas cardiovasculares e influencia as condições de obesidade, sobrepeso, dislipidemias e diabetes⁽¹⁶⁻¹⁷⁾. Além disso, esta dificuldade também pode estar relacionada com a baixa prevalência de prática frequente de momentos de lazer^(7,9,13).

Em pesquisa similar, ao correlacionar o tabagismo com os outros fatores de risco para infarto, destaca-se que este é o fator de risco mais passível de modificação e que as mulheres tabagistas apresentam maiores riscos (50,0%) de sofrer infarto do que os homens, especialmente nas idades acima de 55 anos^(2,4,8,16). No entanto, em homens que, além de serem tabagistas, apresentam consumo de álcool e pouca prática de atividades físicas, este valor aumenta, passando a compor o grupo mais vulnerável ao infarto. A manutenção destes e outros fatores de risco são preocupantes, pois potencializa as morbidades oriundas desta patologia, bem como novos problemas cardiovasculares⁽¹⁸⁾.

Após o infarto agudo do miocárdio, a taxa de mortalidade tende a diminuir com o passar do tempo, caso sejam estabelecidas estratégias de monitoramento desses pacientes. No primeiro ano, esta taxa é em torno de 11,0%, reduzindo para 8,6%, após 18 meses de acompanhamento. As principais causas de óbitos são a falência cardíaca e as arritmias por recorrência do infarto⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

A maior parte dos pacientes relata mudanças de hábitos de vida após o infarto. Porém, mesmo com estas alterações, nota-se que ainda há manutenção dos fatores de risco cardiovasculares, como discutido anteriormente. A qualidade de vida perpassa a subjetividade de cada indivíduo sobre a própria percepção de vida. Este indicador se torna cada vez mais valorizado para a avaliação de recursos terapêuticos utilizados na área da saúde. Para a mensuração, vem sendo criados e validados instrumentos específicos para cada patologia, como o MIDAS em relação ao infarto agudo do miocárdio⁽¹⁰⁻¹⁴⁾.

Os escores encontrados para qualidade de vida

vão de encontro com outro estudo, em que foi avaliada a qualidade de vida de pacientes, após sete anos do evento coronariano agudo, em que concluíram que a qualidade de vida melhorou após este período de tempo, em praticamente todos os aspectos que tangem a esta dimensão da saúde⁽¹³⁾. Esta constatação pode estar associada ao fato de que, com o passar do tempo, há melhora na qualidade de vida^(2,6), porém, sabe-se que, no primeiro ano, após o infarto do miocárdio, o sexo feminino apresenta piores escores, provavelmente devido ao número maior de comorbidades^(6,8).

Pacientes que não tiveram intervenções específicas no tempo ideal tendem a apresentar piora na qualidade de vida, após infarto do miocárdio⁽¹¹⁾. Embora não existam muitos trabalhos apresentando a comparação entre sexo para qualidade de vida, o que se tem observado é que o sexo feminino apresenta piores escores^(2,4,14), fato também observado em outras doenças crônicas⁽¹⁷⁾.

Ao avaliar, de forma genérica, o que impacta a qualidade de vida da população, destacam-se cinco variáveis que se correlacionam diretamente com esses escores no sexo feminino: idade (as mais idosas têm pior escore da qualidade de vida), ocupação (referente às atividades domésticas e profissionais), gravidade da doença, acarretando maior número de complicações, estado civil e categoria socioeconômica. Em relação ao sexo masculino, três variáveis fazem esta associação: suporte social, controle da saúde e autoestima. Desta forma, o perfil das pacientes pode estar associado com esta pior percepção da qualidade de vida^(1,3).

Ao avaliar a qualidade de vida em pacientes jovens que sofreram infarto do miocárdio, observou-se que as mulheres apresentavam mais comorbidades e os escores de qualidade de vida, ao aplicar instrumento genérico, foram piores, quando comparadas com o sexo masculino. Outra pesquisa constatou associação entre sexo feminino e piores resultados para saúde física, mental, além de maior limitação física⁽²⁾.

Mulheres infartadas terminaram observando no cotidiano o afastamento das pessoas próximas, causando isolamento social e dificultando, ainda mais,

a vida diária. Esse resultado pode ser reflexo da incapacidade imposta pela própria doença cardíaca de base. Assim, é possível que as mulheres tenham mais sintomas residuais e pior qualidade de vida após o infarto. Esta informação é importante para identificar as oportunidades de melhoria no tratamento da doença arterial coronariana em mulheres^(2,14).

O fato de possuir confiança em lidar com os problemas apresenta forte correlação não somente com a classificação da qualidade de vida, como também impacta a determinação do estilo de vida e, consequentemente, a adoção de hábitos. Desta forma, nota-se a importância de se trabalhar e investigar os aspectos emocionais de pacientes, após o infarto agudo do miocárdio^(3,9-10).

O sentimento de ser inútil e deslocado apresenta correlação negativa em relação à classificação da qualidade de vida. Quanto mais o paciente apresentar estes sentimentos, pior será a concepção sobre a própria qualidade de vida. Da mesma forma, sintomas como dores na perna, no peito, vertigens também apresentam efeitos sobre a condição de saúde de pacientes, aspectos que precisam ser avaliados durante a terapêutica^(7,9).

O lazer, como forma de interação social, novas amizades, apoio das pessoas queridas e não superproteção fazem como que o paciente se sinta melhor. O apoio familiar é imprescindível nesse processo de recuperação, bem como o estabelecimento de rede de apoio, que auxilia no compartilhamento e na diluição de sentimentos negativos^(7,13,17).

Conclusão

Pacientes, após infarto agudo do miocárdio, apresentaram prejuízos na qualidade de vida, cujos domínios dependência, atividade física e medicação foram os mais afetados. Pacientes do sexo feminino obtiveram as piores percepções sobre qualidade de vida, em todos os domínios e no escore geral, reque-rendo, assim, atenção para diferença significativa nos domínios atividade física, emoção, insegurança e efeitos colaterais.

Colaborações

Fiorin BH, Moreira RSL e Luna Filho B contri-buíram com concepção do projeto, análise e interpre-tação dos dados, redação do artigo, revisão crítica re-levante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada. Lopes AB, Sipolatti WGR, Fu-rieri LB e Fioresi M colaboraram com revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Claudiano MS, Moreira RS, Luna Filho B, Araújo ERA, Fiorin BH. Quality of life in patients with acute myocardial infarction: a literature review. *Int J Devel Resh [Internet]*. 2018 [cited May. 25, 2020]; 8(4):20099-105. Available from: <https://www.journalijdr.com/sites/default/files/issue-pdf/12786.pdf>
2. Dreyer RP, Smolderen KG, Strait KM, Beltrame JF, Lichtman JH, Lorenze NP, et al. Gender differences in pre-event health status of young patients with acute myocardial infarction: a VIRGO study analysis. *Eur Heart J Acute Cardio-vasc Care*. 2016; 5(1):43-54. doi: <https://doi.org/10.1177/2048872615568967>
3. Vargas RA, Riegel F, Oliveira Junior N, Siqueira DS, Crossetti MGO. Quality of life of patients after myocardial infarction: literature integrative review. *Rev Enferm UFPE on line [Internet]*. 2017 [cited May. 25, 2020]; 11(7):2803-9. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23456>
4. Panagiotakos DB, Notara V, Georgousopoulou EN, Pitisavos C, Antonoulas A, Kogias Y, et al. A comparative analysis of predictors for 1- year recurrent acute coronary syndromes events, by age group: The Greek observational study of ACS (GREECS). *Maturitas*. 2015; 80(2):205-11. doi: <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2014.11.011>
5. Marino BCA, Marcolino MS, Reis Junior RS, França ALN, Passos PFO, Lemos TR, et al. Epidemiological profile and quality indicators in patients with acute coronary syndrome in Northern Minas Gerais - Minas Telecardio 2 Project. *Arq Bras Cardiol*. 2016; 107(2):106-15. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20160095>

6. Zheng X, Dreyer RP, Curtis JP, Liu S, Xu X, Bai X, et al. Sex Differences in 1-Year Health Status Following Percutaneous Coronary Intervention in Patients Without Acute Myocardial Infarction: Results From the China PEACE Prospective Study. *J Am Heart Assoc.* 2020; 9(6):e014421. doi: <https://doi.org/10.1161/JAHA.119.014421>
7. Doll JA, Hellkamp A, Ho PM, Contos MC, Whooley MA, Peterson ED, et al. Participation in cardiac rehabilitation programs among older patients after acute myocardial infarction. *JAMA Intern Med.* 2015; 175(10):1700-2. doi: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.3819>
8. Medeiros PAD, Cembranel F, Figueiró TH, Souza BB, Antes DL, Silva DAS, et al. Prevalence and simultaneity of cardiovascular risk factors in elderly participants of a population-based study in southern Brazil. *Rev Bras Epidemiol.* 2019; 22:e190064. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720190064>
9. Arnold SV, Smolderen KG, Kennedy KF, Li Y, Shore S, Stolcker JM, et al. Risk factors for rehospitalization for acute coronary syndromes and unplanned revascularization following acute myocardial infarction. *J Am Heart Assoc.* 2015; 4(2):e001352. doi: <http://dx.doi.org/10.1161/JAHA.114.001352>
10. Fiorin BH, Oliveira ERA, Moreira RSL, Luna Filho B. Adaptação Transcultural do Myocardial Infarction Dimensional Assessment Scale (MIDAS) para Língua Portuguesa Brasileira. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2018; 23(3):785-93. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018233.08332017>
11. Fiorin BH, Moreira RSL, Luna Filho B. Validity and reliability of the dimensional assessment scale after myocardial infarction. *Rev Eletr Enferm.* 2020; 22:55886. doi: <https://doi.org/10.5216/ree.v22.55886>
12. Kazitani BS, Furuya RK, Dantas RAS, Dessotte CAM. Preoperative anxiety and depression: differences among patients submitted to the first cardiac surgery. *Rev Rene.* 2018; 19:e3079. doi: <https://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2018193079>
13. Dias CMCC, Lemos AQ, Albuquerque IVS, Brasil CA, Oliveira FTO, Macedo LB. Qualidade de vida após sete anos do evento coronariano agudo. *Rev Pesqu Fisioter.* 2018; 5(2):114-24. doi: <http://dx.doi.org/10.17267/2238-2704rpf.v5i2.582>
14. Lidell E, Höfer S, Saner H, Perk J, Hildingh C, Odridge N. Health-related quality of life in European women following myocardial infarction: a cross-sectional study. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2015; 14(4):326-33. doi: <https://doi.org/10.1177/1474515114535330>
15. Lima TCRM, Silva DG, Barreto IDC, Oliveira JC, Oliveira LCS, Arcelino LAM, et al. Quality of Intra-Hospital Nutritional Counseling in Patients with STEMI in the public and private health networks of Sergipe: the VICTIM register. *Arq Bras Cardiol.* 2019; 113(2):260-9. doi: <https://doi.org/10.5935/abc.20190124>
16. Teixeira CS, Sanches SB, Santos Vivas I. Prevalência de fatores de risco em pacientes pós-infarto agudo do miocárdio. *Unisantá Health Sci [Internet].* 2017 [cited May 25, 2020]; 1(1):1-17. Available from: <https://periodicos.unisantá.br/index.php/hea/article/view/1031/977>
17. Rocha FL, Echevarría-Guanilo ME, Silva DMGV, Gonçalves N, Lopes SGR, Boell JEW, et al. Relationship between quality of life, self-esteem and depression in people after kidney transplantation. *Rev Bras Enferm.* 2020; 73(1):e20180245. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0245>
18. Buchanan DM, Arnold SV, Gosh KL, Jones PG, Longmore LS, Spertus JA, et al. Association of Smoking Status with Angina and Health-Related Quality of Life after Acute Myocardial Infarction. *Circ Cardiovasc Qual Outcome.* 2015; 8(5):493-500. doi: <https://doi.org/10.1161/circoutcomes.114.001545>
19. Santos MS, Moreira RSL, Luna Filho B, Fiorin BH. Mortalidade por infarto agudo do miocárdio no estado do espírito santo de 1999 a 2012: uma análise de tendência. *Rev Bras Pesq Saúde.* 2019; 21(1):16-27. doi: <https://doi.org/10.21722/rbps.v21i1.26464>
20. Santos J, Meira KC, Camacho AR, Salvador PTCO, Guimarães RM, Pierin AMG, et al. Mortality due to acute myocardial infarction in Brazil and its geographical regions: analyzing the effect of age-period-cohort. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2018; 23(5):1621-34. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018235.16092016>



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons