

CURSO DE ENFERMAGEM

Carolina Rauber Alves

**QUALIDADE DE VIDA E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE DOS
INDIVÍDUOS SUBMETIDOS À INTERVENÇÃO CORONARIANA PERCUTÂNEA
EM UM CENTRO DE TERAPIA ENDOVASCULAR**

Santa Cruz do Sul

2019

Carolina Rauber Alves

**QUALIDADE DE VIDA E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE DOS
INDIVÍDUOS SUBMETIDOS À INTERVENÇÃO CORONARIANA PERCUTÂNEA
EM UM CENTRO DE TERAPIA ENDOVASCULAR**

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem da
Universidade de Santa Cruz do Sul para obtenção do
título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Enf^a. Ms. Daiana Klein Weber
Carissimi

Santa Cruz do Sul
2019

UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL – UNISC DEPARTAMENTO DE
ENFERMAGEM E ODONTOLOGIA CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
Prof. Dra. Suzane Beatriz Frantz Krug e Prof. Dra. Ana Zoé Schilling

FOLHA DE APROVAÇÃO

Santa Cruz do Sul, junho de 2019.

QUALIDADE DE VIDA E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE DOS
INDIVÍDUOS SUBMETIDOS À INTERVENÇÃO CORONARIANA PERCUTÂNEA EM
UM CENTRO DE TERAPIA ENDOVASCULAR

Carolina Rauber Alves

Esta monografia foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora.

Foi aprovada em sua versão final, em _____.

BANCA EXAMINADORA:

Profª Enfª Ms. Daiana Klein Weber Carissimi
Orientadora

Profª Enfª Ms. Ingre Paz
Examinadora

Profª Enfª Dra. Vera Elenei Costa Somavilla
Examinadora

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que me deu força e energia para realizar este sonho de chegar até aqui.

À minha mãe por sempre estar ao meu lado, fazendo o possível e o impossível por mim.

Ao meu pai pelas orações e mensagens de encorajamento.

Ao meu namorado, por estar ao meu lado e me acompanhar durante todos os momentos da graduação.

Ao meu querido avô, que durante o último semestre esteve preocupado com a minha ausência, mas ainda assim, com o coração cheio de orgulho: a primeira neta vai se formar!

À minha família por todo apoio e compreensão.

Agradeço também à professora orientadora Daiana, pela oportunidade de ter continuado ao seu lado... de bolsista à orientanda! Quanto orgulho!

Às queridas colegas Jocielle e Kênia: saudades de vocês, minhas Enfermeiras!

Ao Enfermeiro André e toda a equipe da Hemodinâmica, pelos ensinamentos durante o período de estágio e coleta dos dados da pesquisa.

Às Enfermeiras Fernanda, Gilciane e toda equipe SEP/SIAP que me acompanhou durante a finalização dessa etapa.

Vocês fizeram parte dessa trajetória, comigo!

*“Dificuldades e obstáculos são fontes valiosas de saúde e força
para qualquer sociedade.”
(Albert Einstein)*

RESUMO

Objetivo: Mensurar a qualidade de vida e verificar a utilização de serviços de saúde dos indivíduos submetidos à Intervenção Coronariana Percutânea em um Centro de Terapia Endovascular. Metodologia: estudo de abordagem quantitativa, de delineamento observacional descritivo, do tipo transversal. Realizado com 48 indivíduos submetidos a ICP, no período de agosto a outubro de 2018, atendidos no Centro de Terapia Endovascular de um hospital de ensino, referência em alta complexidade cardiovascular. Os dados foram analisados estatisticamente por meio do Programa SPSS 23. Resultados: a amostra foi composta predominantemente pelo sexo masculino (58,3%), com média de idade de 57 anos (± 10), cor branca (64,6%), casados (63,8%), residirem com até 3 familiares (89,6%), com ensino fundamental incompleto - média de 7 anos de estudo (± 4), situação de trabalho ativo (58,3%), sedentários (85,4%), hipertensos (81,2%) e diabéticos (45,8%). Houve predomínio de usuários do SUS (64,3%), que em sua maioria tiveram acesso ao serviço do referido hospital por ICP de urgência (70,8%). Nos casos de ICP eletiva que caracterizam (29,2%) da amostra, a maioria (12,5%) precisou aguardar na fila de espera para o procedimento por um mês, seguido por (6,3%) que necessitaram aguardar por até 2 anos. Em relação às consultas médicas, (50,0%) da amostra relata ter consultado com algum médico três meses antes do procedimento. Houve predomínio de consultas particulares/convênio (33,3%) e o principal motivo foi o acompanhamento de doença crônica, reabilitação e rotina (57,0%). No que diz respeito à farmacoterapia e adesão à terapêutica medicamentosa, a maioria dos indivíduos ganha ou compra parte dos medicamentos de uso contínuo (69,0%) e são caracterizados como não aderentes (64,3%). Considerações finais: verificou-se que a QV dos pacientes é considerada relativamente baixa e que os mesmos têm dificuldades de acesso ao procedimento de ICP pelo SUS, apresentando maior tempo de espera para realização, se comparados aos pacientes convênio/privado. Neste contexto, o enfermeiro deve estar direcionado para estratégias que busquem melhorar a qualidade de vida dessa população, na elaboração e aplicação de políticas de controle e monitoramento aplicadas à prevenção e atenção às DCVs.

Palavras-chave: Infarto Agudo Do Miocárdio. Intervenção Coronária Percutânea. Comportamento de Procura de Cuidados de Saúde. Qualidade de vida

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da amostra conforme características sociodemográficas, comportamentais e de saúde - 2018	28
Tabela 2 – Distribuição da amostra conforme utilização de serviços de saúde – 2018	30
Tabela 3 – Distribuição da amostra conforme farmacoterapia e adesão ao tratamento - 2018	33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AI	Angina Instável
CRM	Cirurgia de Revascularização do Miocárdio
DAC	Doença Arterial Coronariana
DCV	Doenças Cardiovasculares
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DM	Diabetes Mellitus
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IAMCSST	Infarto Agudo do Miocárdio Com Supradesnível do Seguimento ST
IAMSSST	Infarto Agudo do Miocárdio Sem Supradesnível do Seguimento ST
ICP	Intervenção Coronária Percutânea
OMS	Organização Mundial da Saúde
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SCA	Síndrome Coronariana Aguda
SCASSST	Síndrome Coronariana Aguda Sem Supradesnível do Seguimento ST
SUS	Sistema Único de Saúde
QV	Qualidade de Vida

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVO	12
3	REFERENCIALTEÓRICO.....	13
3.1	Doença Arterial Coronariana.....	13
3.1.1	Prognóstico da Doença Arterial Coronariana.....	15
3.1.2	Prevenção secundária da Doença Arterial Coronariana.....	16
3.1.3	Tratamento invasivo.....	17
3.2	Utilização de serviços de saúde e o doente crônico.....	18
3.3	Qualidade de vida no âmbito das DCNTs.....	20
4	METODOLOGIA	22
4.1	Tipo de pesquisa	22
4.2	Local da pesquisa	23
4.3	Sujeitos do estudo	23
4.3.1	Critérios de inclusão.....	23
4.3.2	Critérios de exclusão	23
4.4	Instrumento de coleta de dados	23
4.5	Logística e coleta dos dados	25
4.6	Riscos e benefícios da pesquisa	26
4.7	Análise dos dados.....	26
4.8	Divulgação e devolução dos dados.....	26
4.9	Procedimentos técnicos e éticos.....	26
5	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	28
5.1	Características sociodemográficas, comportamentais e de saúde.....	28
5.2	Utilização de serviços de saúde	30
5.3	Farmacoterapia e adesão ao tratamento.....	33
5.4	Qualidade de vida.....	35
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	37

REFERÊNCIAS.....	38
APÊNDICES	44
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE PESQUISA	45
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ...	50
ANEXO.....	52
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	53

1 INTRODUÇÃO

As Doenças Cardiovasculares (DCVs) são consideradas a principal causa de mortalidade e incapacidade no Brasil e no mundo. Entre os países em desenvolvimento, há uma tendência a um aumento na mortalidade e morbidade associadas a essas doenças, tornando-as um importante problema de saúde mundial. A Organização Mundial da Saúde (OMS) acredita que essas doenças sejam responsáveis por 17,3 milhões de mortes por ano no mundo e espera para o ano de 2030, taxas acima de 23,6 milhões de óbitos por ano (BIENERT et al., 2017).

O mesmo autor menciona as doenças arteriais coronarianas (DACs), bem como, as Síndromes Coronarianas Agudas (SCAs) como sendo as principais causas de morte e hospitalização. Representando assim, uma das maiores causas de atendimento nas unidades de emergência no Brasil. O número de casos de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), em expansão, principalmente nos países em desenvolvimento, é uma das questões de saúde pública mais expressivas da atualidade.

Conforme Aguiar e Aguiar (2019), o tratamento de escolha e prevenção do IAM, é a Angioplastia Coronária ou Intervenção Coronariana Percutânea (ICP) definida como “terapia não cirúrgica das obstruções das artérias coronárias”. Realizada através de cateter balão, com o objetivo de aumentar o fluxo sanguíneo para o coração. Após a desobstrução da artéria, através da angioplastia com balão, realiza-se o implante de uma prótese intravascular conhecida como *stent*. “Os *stents* coronários, no Brasil, foram incorporados à lista de materiais reembolsados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no início de 2000” (AGUIAR; AGUIAR, 2019, p. 88).

A Qualidade de Vida (QV) no cenário das doenças cardiovasculares é um importante indicador de saúde, pois a doença proporciona danos físicos e emocionais e estes têm sido apontados como os fatores que mais contribuem para o prejuízo da QV desses indivíduos ao longo dos anos. Então, uma adequada QV está relacionada a redução dos fatores de risco e aumento dos hábitos saudáveis (DIAS et al., 2015).

Com base no exposto, faz-se extremamente necessário avaliar a QV e percepção de saúde dos pacientes submetidos a ICP, tendo em vista que são considerados pacientes com alto risco cardiovascular. Da mesma forma, identificar qual é a rede de cuidados e sua utilização perante estes usuários, pois grande parte

deles acaba chegando ao serviço de saúde com complicações graves de uma doença passível de prevenção, frequentemente resultado da não adesão à terapêutica medicamentosa e do tratamento em geral, do conseqüente absenteísmo às consultas e, ainda, da incapacidade de auto percepção de seu estado e necessidade de saúde, que implica diretamente no desfecho clínico da doença.

A pesquisa visa contribuir para a produção e reflexão do conhecimento sobre o tema, oferecer subsídios aos enfermeiros (as) e demais profissionais da saúde para implementar estratégias com a finalidade de aprimorar o entendimento sobre a qualidade de vida do paciente submetido a esta intervenção cardíaca e sobre o real perfil de utilização de serviços de saúde que ele traça na rede de atenção à saúde.

2 OBJETIVO

Mensurar a qualidade de vida e verificar a utilização de serviços de saúde dos indivíduos submetidos à Intervenção Coronariana Percutânea em um Centro de Terapia Endovascular.

3 REFERENCIALTEÓRICO

3.1 Doença Arterial Coronariana

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) demonstram que as doenças cardiovasculares (DCV), em especial o infarto o agudo do miocárdio (IAM), correspondem a principal causa de mortalidade e incapacidade no Brasil e no mundo. No Brasil, a doença arterial coronariana (DAC) foi responsável por mais de 1000.000 mortes no ano de 2011 (MATTOS et al., 2013).

As DCVs são constituídas principalmente pelas doenças do coração, doenças vasculares do cérebro e doenças dos vasos sanguíneos. Entre os diferentes tipos de DCVs estão a doença arterial coronariana (DAC), doenças da aorta e artérias, incluindo hipertensão, insuficiência cardíaca, doenças valvulares, arritmias cardíacas, doença cardíaca reumática, ataque isquêmico transitório, acidente vascular isquêmico, hemorragia subaracnóide e intracerebral, aneurisma da aorta abdominal, doença arterial periférica e cardiopatia congênita. A cardiopatia isquêmica, que consiste principalmente de DAC, causa 46% das mortes cardiovasculares nos homens e 38% nas mulheres (MENDIS; PUSKA; NORRVING, 2011).

A DAC está relacionada com a formação de placas de ateroma no interior das coronárias, causando oclusão do lúmen dessas artérias, que têm como consequência a obstrução parcial ou total destes vasos, isquemia e/ou necrose cardíaca. A DAC manifestada por evento agudo, pode também receber a denominação de Síndrome Coronariana Aguda (SCA). As SCA são divididas em angina instável (AI), infarto agudo do miocárdio sem supradesnível do segmento ST (IAMSSST) e infarto agudo do miocárdio com supradesnível do segmento ST (IAMCSST) (SANTOS; SOARES, 2014).

O quadro de angina é caracterizado pela diminuição da passagem de sangue nas artérias que irrigam o músculo cardíaco, com possibilidade de progressão para um estado mais complexo, o infarto agudo do miocárdio (IAM) (CANTELLE; LANARO, 2011).

O IAM é caracterizado pela insuficiência de suporte sanguíneo para as artérias coronárias, podendo resultar em falência parcial ou total do músculo do coração, trazendo inúmeras consequências ao paciente (VARGAS et al., 2017). Conforme

Franco et al. (2008) o grande diferencial entre os dois tipos de infarto do miocárdio é a terapêutica a ser utilizada.

A definição universal de infarto agudo do miocárdio, é expressa como: a morte celular e necrose do músculo cardíaco, representando a evolução de uma isquemia miocárdica aguda. Uma combinação de critérios é necessária para que o diagnóstico de IAM seja fixado, como a associação de marcadores bioquímicos de necrose do miocárdio – sendo preferencialmente a Troponina, com pelo menos um uma das situações abaixo:

(a) sintomas de isquemia; (b) novas ou presumidamente novas mudanças no segmento ST ou novo bloqueio do ramo esquerdo; (c) desenvolvimento de ondas Q patológicas; (d) evidência por imagem de uma nova, ou presumidamente nova, perda de miocárdio viável ou deficiências segmentares da contratilidade e (e) evidência de trombo coronariano durante cinecoronariografia ou necropsia. (REGGI; ESTEFANINI, 2016).

Um estudo multicêntrico denominado INTERHEART, traz um delineamento caso-controle em que foram incluídos 29.972 indivíduos de 52 países, o estudo avaliou a importância dos fatores de risco para a DAC mundialmente. Evidenciou-se que o tabagismo, a dislipidemia, a hipertensão arterial sistêmica (HAS), o diabetes mellitus (DM), a gordura abdominal, os fatores psicossociais, a baixa ingestão de frutas e verduras, o sedentarismo e o consumo de álcool explicaram 90% do risco para o IAM, em igualdade entre homens e mulheres de todas as idades (YUSUF et al., 2004 apud COLÓSIMO et al., 2015).

Colósimo et al. (2015), identificou em seu estudo, a prevalência da hipertensão arterial e os fatores associados em 3010 pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM). A pesquisa ocorreu entre os anos 2009 e 2010 em uma instituição hospitalar de grande porte na cidade de São Paulo. Os resultados do estudo dizem respeito à elevada prevalência da hipertensão arterial associada a outros fatores de risco cardiovasculares modificáveis como diabetes, dislipidemia e obesidade.

No Brasil, em um estudo realizado em 12 hospitais da região metropolitana de São Paulo, a hipertensão arterial despontou como alto fator de risco para IAM apresentando 3,26 vezes mais chances de desenvolvimento de infarto do miocárdio se comparado a indivíduos não acometidos (AVEZUM; PIEGAS; PEREIRA, 2005 apud COLÓSIMO et al., 2015).

3.1.1 Prognóstico da Doença Arterial Coronariana

Conforme Barbosa et al., (2012), a gravidade dos indivíduos hospitalizados por SCA varia de acordo com características clínicas e laboratoriais. Dessa forma, a estratificação de risco é essencial para adequada decisão clínica, discriminando indivíduos que se beneficiam de estratégias mais agressivas.

Os principais indicadores prognósticos de pacientes portadores de DAC, são descritos a partir do número e local das artérias comprometidas, a área de miocárdio em risco e o estado funcional do ventrículo esquerdo. A angina de início súbito, ou de difícil controle medicamentoso, que vem acompanhada de sintomas de insuficiência cardíaca, indica maior risco de eventos coronarianos (CÉSAR et al., 2014).

A estimativa de risco de eventos cardiovasculares pode ser fundamentada por modelos de predição de eventos, que auxiliam na decisão sobre o tipo de estratégia a ser instituída. Diversos escores prognósticos foram validados em grandes populações e são aplicados para a identificação de pacientes que requerem a estratégia invasiva. Dentre estes, destacam-se os escores TIMI (*Thrombolysis in Myocardial Infarction*) e GRACE (*Global Registry of Acute Coronary Events*) minuciosos na predição de eventos como óbito, infarto e angina. No escore de TIMI, o paciente é categorizado como de baixo risco (escore de 0 a 2), de risco intermediário (escore de 3 a 4) ou de alto risco (escore de 5 a 7). No escore de risco GRACE, por sua vez, a soma de pontos ≤ 108 categoriza o paciente como de baixo risco para ocorrência de óbito hospitalar (incidência $<1\%$); entre 109 e 140 o paciente é classificado como de risco intermediário; quando a soma é >140 , o paciente é avaliado como de alto risco, com mortalidade estimada superior a 3% (SIQUEIRA; COSTA JÚNIOR; ABIZAID, 2016).

Aproximadamente de 40 a 50% dos pacientes que se apresentam com IAMCSSST, possuem DAC multivascular, embora a maioria desses indivíduos seja assintomática até a manifestação aguda. Sabe-se que, quando comparados com portadores de DAC com comprometimento em um único vaso, eles possuem maior taxa de mortalidade e maior incidência de reinfarto não fatal. Dados brasileiros, provenientes do Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul, mostram que em um total de 2.469 pacientes atendidos por IAMCSSST durante o período de 2010 a 2014, cerca de 30% possuíam acometimento de dois vasos, e 20%, de três vasos.

Em análise multivariada, a DAC de três vasos mostrou forte preditor de

mortalidade em 30 dias (OSÓRIO et al., 2017).

3.1.2 Prevenção secundária da Doença Arterial Coronariana

Nos últimos anos tem se observado uma tendência global a redução da mortalidade por eventos fatais na SCA, em função da sua alta letalidade. Em grande parte, isto se deve ao importante avanço fármaco-invasivo, como a introdução de novos fármacos antitrombóticos e antiagregantes plaquetários, a adoção mais ampla da estratégia invasiva precoce, com realização de cinecoronariografia seguida de ICP nas primeiras horas após início dos sintomas da SCA (SIQUEIRA; COSTA JÚNIOR; ABIZAID 2016).

Os objetivos fundamentais para o tratamento da DAC incluem: prevenir o infarto do miocárdio e reduzir a mortalidade; reduzir os sintomas e a ocorrência da isquemia miocárdica gerando melhora na qualidade de vida dessa população (CÉSAR; MANSUR; FERREIRA, 2015).

Os eventos isquêmicos acumulam taxas de complicações elevadas após a fase aguda. Por isso, têm sido desenvolvidas recomendações para a terapêutica com base em evidências clínicas. Conseqüentemente, os recentes avanços no tratamento da SCA mostram declínio na mortalidade e recorrência de eventos (GAEDKE et al., 2015).

Recomendações atuais baseadas em diretrizes nacionais e internacionais de manejo da DAC, indicam que a terapêutica medicamentosa deve incluir prioritariamente antiagregantes plaquetários, hipolipemiantes, em especial as estatinas, bloqueadores beta-adrenérgicos e Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina I (IECA) que reduzem a incidência de infarto e aumentam a sobrevida, enquanto os nitratos, antagonistas dos canais de cálcio e trimetazidina reduzem os sintomas e os episódios de isquemia miocárdica, melhorando a qualidade de vida dos pacientes. Dessa forma, é prioritário e fundamental iniciar o tratamento com medicamentos que reduzem a morbimortalidade e associar, quando necessário, medicamentos que controlem a angina e reduzem a isquemia miocárdica (CÉSAR et al., 2014).

Reforçando as afirmações do autor supracitado, Gaedke et al. (2015) aponta que os antiagregantes plaquetários são considerados os mais prescritos, com uso recomendado a todos os pacientes com SCA por tempo indeterminado. Em pacientes

que fizeram ICP com colocação de *stent*, tem sido indicado bloqueio antiplaquetário duplo por, no mínimo, 12 meses com uso de ácido acetilsalicílico (AAS) e adição de um inibidor dos receptores da P2Y12.

Segundo Aguiar (2012), as Síndromes Coronarianas Agudas requerem tratamento intensivo na fase aguda, para aliviar a isquemia miocárdica e prevenir a ocorrência de eventos adversos como a morte, o reinfarto e as arritmias. Após a estabilização clínica e alta hospitalar, estes pacientes apresentam taxas elevadas de complicações vasculares e trombóticas, justificando assim, intensificar a abordagem terapêutica para a fase crônica.

Além do reconhecimento do tratamento medicamentoso para a prevenção secundária de eventos isquêmicos, traz-se a importância da modificação dos fatores de risco já mencionados, como o tabagismo, sobrepeso/obesidade, HAS, dislipidemia, DM e sedentarismo.

3.1.3 Tratamento invasivo

O cateterismo cardíaco, também denominado de cinecoronariografia, é um procedimento considerado padrão-ouro para diagnosticar, quantificar e tratar problemas nas artérias coronárias (MOREIRA; MIZUNO; MEIRELES, 2017).

Em pacientes acometidos por SCASSST a estratificação invasiva (cinecoronariografia) ocupa papel central na tomada de conduta terapêutica, tendo como objetivos:

- 1) Determinar a presença de doença arterial coronária obstrutiva, confirmando o diagnóstico clínico e laboratorial de SCA; 2) identificar a lesão “culpada” ou responsável pelo quadro clínico apresentado; 3) fornecer informações prognósticas a respeito da ocorrência de eventos cardiovasculares como óbito e infarto, intimamente relacionados à severidade e extensão da doença coronária, à função ventricular esquerda e à presença de condições associadas (como valvopatias); 4) e estabelecer a necessidade e o tipo de revascularização miocárdica a ser empregado, seja percutânea ou cirúrgica. O momento ideal de realizar a estratificação invasiva varia de acordo com a estratificação de risco do paciente avaliado, devendo em geral ser realizada em até 72h. (SIQUEIRA; COSTA JÚNIOR; ABIZAID, 2016).

A introdução da intervenção coronariana percutânea (ICP), por Andreas Gruentzig em 1977, utilizando um cateter balão, revolucionou o tratamento da DAC. Até então, as doenças coronarianas que eram somente abordadas por procedimento

cirúrgico que envolvia a toracotomia, passaram a ser tratadas com um cateter balão levado até o sistema coronariano por uma simples punção arterial periférica, o que é utilizado até hoje. Estima-se que atualmente sejam implantados anualmente 2 a 3 milhões de *stents* no mundo (PIEGAS; HADDAD, 2011).

Segundo as Diretrizes da SBC sobre IAM, ainda não existe um consenso entre os especialistas, havendo os que preconizam que o procedimento de ICP deva ser realizado pelo menos 24 horas após o desaparecimento dos sintomas clínicos por acreditarem que o sucesso se deve a estabilização inicial e os que preconizam que o procedimento deva ser realizado o mais precoce possível. É importante citar que os resultados da ICP, a médio e longo prazos, são afetados negativamente pela resistência ao tratamento clínico, ao descumprimento da prevenção secundária e à não adesão aos medicamentos. Por outro lado, o potencial de sucesso imediato alcançado pela ICP pode ser razoavelmente predito por escores fundamentalmente angiográficos, como os derivados a partir do estudo *The SYnergy between Percutaneous Coronary Intervention and Cardiac Surgery* (SYNTAX), que englobam aspectos que influenciam a indicação de ICP no contexto:

- 1) Extensão da doença coronária (uni, bi, ou triarterial);
- 2) importância anatômica do vaso;
- 3) número de lesões a serem abordadas;
- 4) características morfológicas da lesão;
- 5) dificuldade técnica do procedimento;
- 6) quantidade de miocárdio em risco;
- 7) condições clínicas do paciente;
- 8) doenças associadas. (NICOLAU et al., 2014).

3.2 Utilização de serviços de saúde e o doente crônico

A utilização dos serviços de saúde resulta de uma interação de fatores, como a necessidade e a percepção desta sob a ótica do usuário, e a oferta disponível de serviços. Diversas condições associam-se a essa oferta, de maneira que a acessibilidade geográfica e os fatores socioculturais e econômicos, por exemplo, têm papel fundamental na demanda direcionada aos serviços de saúde (STOPA et al., 2017).

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) corresponderam a 63% dos óbitos mundiais em 2008, sendo que 80% destes ocorreram em países de baixa e média renda. No Brasil, as DCNT são responsáveis por 72% das causas de morte, sendo 31,3% por doenças cardiovasculares, 16,3% por câncer, 5,8% por doenças respiratórias crônicas e 5,2% por DM (BRASIL, 2011).

Essa situação de saúde é justificada pela transição demográfica acelerada, ocasionada pela queda da fecundidade e pelo aumento da expectativa de vida e, conseqüentemente, envelhecimento populacional. Fatores comportamentais e de estilo de vida como tabagismo, inatividade física, excesso de peso e uso excessivo de álcool e outras drogas também contribuem para a tendência de aumento das DCNT, corroborando com as questões descritas por autores já citados (RAUPP et al., 2015).

A maior parte da população brasileira, com ou sem DCV, tem seu acesso de saúde através do Sistema Único de Saúde (SUS). A Atenção Primária em Saúde (APS) constitui o primeiro contato de indivíduos no SUS, famílias e comunidades, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível dos lugares de vida das pessoas, sendo o primeiro elemento do processo contínuo de atenção. Para que a APS realize sua contribuição na prevenção e controle de doenças crônicas, além do aumento na quantidade de pessoas atendidas, é necessário a melhoria do acesso, incentivo ao paciente da auto-gestão de sua saúde, capacitação da equipe de saúde, através da educação aos provedores e apoio aos gestores de saúde (TAVARES; BARRETO-FILHO, 2017).

É importante a interlocução com os outros níveis de atenção à saúde, facilitando o acesso a serviços de diagnóstico e tratamento especializados, assim como a implantação de sistemas eficientes para melhor registro e uso da informação, coordenação de medicamentos prescritos e acompanhamento dos resultados ao longo do tempo (TAVARES; BARRETO-FILHO, 2017).

Segundo Araújo, Bellato e Hiler (2015) a análise das implicações da condição crônica permite duas perspectivas: uma macro, do sistema de saúde, em termos de como se organiza e se disponibiliza os recursos; outra micro, da dimensão cotidiana das famílias que necessitam gerenciar o cuidado e que empreendem, nesta experiência, itinerários terapêuticos próprios. Entendendo que a primeira perspectiva tem sido mais amplamente foco de estudos, Cecílio et al. (2006) apud Araújo, Bellato e Hiler (2015) afirmam ser importante analisar como o “micro” e o “macro” se sobrepõem e têm repercussões na organização de nossas práticas, no que se refere ao campo da micropolítica, assim como em suas articulações, fluxos e circuitos com a esfera da organização do processo de trabalho, gestão, planejamento e construção de novos saberes e práticas em saúde.

Para que a lacuna entre a teoria e a realidade do SUS não inviabilize a

concretização de uma rede de atenção integral a esse público, é fundamental a análise do cotidiano das pessoas com DCNT e dos itinerários que percorrem em busca de cuidados em saúde. Nesse sentido, investigações que considerem a perspectiva dos usuários e sua satisfação ou insatisfação com a atenção recebida são consideradas estratégicas por permitirem avaliar a atenção, com o intuito de influenciar o nível de qualidade dos serviços prestados (RAUPP et al., 2015).

Conforme Viegas, Carmo e Luz (2015), o acesso seria influenciado pela predisposição do indivíduo para utilização do serviço de saúde (características demográficas, estrutura social e crenças), por fatores capacitantes que permitem e que impedem a utilização (renda, seguro de saúde, disponibilidade de serviços, distância e tempo de espera) e pela necessidade de saúde do próprio indivíduo.

Uma pesquisa realizada por Stopa et al., (2017) descreveu o uso de serviços de saúde na população brasileira segundo fatores sociodemográficos, de acordo com dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013. Com relação às internações em hospitais por 24 horas ou mais, a proporção de internação foi maior na região Sul, enquanto a proporção de pessoas que tiveram a última internação por meio do SUS foi maior na região Nordeste. Tal fato reflete a grande cobertura de planos de saúde nas regiões Sudeste e Sul do país e a baixa cobertura no Nordeste, ampliando nesta última a participação do SUS na assistência à população.

Desigualdades regionais foram encontradas por Viacava et al. (2012) apud Stopa et al. (2017), ao analisarem internações por angioplastia e cirurgias de revascularização, usadas como intermédio de acesso aos serviços de alta complexidade. O Brasil é um cenário privilegiado para o debate das desigualdades sociais, em razão de sua longa tradição de compromisso com a equidade em saúde.

Investigações com foco nas trajetórias assistenciais dos usuários são capazes de mostrar as potencialidades e dificuldades existentes. “Estudos voltados à investigação da organização e da capacidade da rede de atenção à saúde em responder às necessidades de pessoas com doenças crônicas ainda são escassos” (RAUPP et al., 2015, p. 630).

3.3 Qualidade de vida no âmbito das DCNTs

Tendo em vista que, as DCNTS são responsáveis por repercussões negativas na QV de vida dos indivíduos:

O termo QV foi inicialmente proposto como um conceito quantitativo, relativo a recursos materiais disponíveis para determinado indivíduo ou sociedade. No entanto, evoluiu para uma abordagem mais ampla e integradora, que considera as necessidades básicas do ser humano em direção ao sentimento de bem-estar subjetivo e social. (HORTA, et al., 2013).

Conforme Azevedo et al., (2013, p. 1775) “Qualidade de vida pode ser definida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura, no sistema de valores em que vive e em relação a suas expectativas, seus padrões e preocupações”. O conceito incorpora a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com aspectos significativos do meio ambiente. Em geral, pode ser influenciada direta e indiretamente por fatores diversos relacionados à doença. Doenças crônicas tais como transtornos de ansiedade, depressão, insuficiência cardíaca, doenças isquêmicas do coração, hipertensão arterial, diabetes, enxaqueca, doença pulmonar obstrutiva crônica, asma e doenças osteomusculares estão diretamente relacionadas com a baixa QV.

A qualidade de vida em saúde é altamente discutida hoje. Alguns fatores que influenciam a avaliação da qualidade de vida já são conhecidos, como: sexo; idade, hábitos prejudiciais à saúde, como fumo e consumo de álcool; estado civil e pobreza.

Assim, ainda existe necessidade de continuar pesquisando esse tema, sobretudo associado a doenças crônicas a fim de que se obtenham melhores resultados na prática clínica diária. Informações sobre a qualidade de vida de um indivíduo podem ser usadas para monitorar o seu processo de tratamento, comparar diferentes estágios da doença e facilitar a tomada de decisão clínica e cuidados em saúde.

4 METODOLOGIA

A revisão bibliográfica foi realizada através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Google Acadêmico, sendo utilizadas as bases de dados: Literatura da América Latina e Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO).

Os descritores utilizados na busca foram: “Infarto Agudo do Miocárdio”, “Intervenção Coronária Percutânea”, “Comportamento de procura de cuidados de saúde” e “Qualidade de vida”, conforme as descrições de cada um pelos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), e empregou-se juntamente, o operador booleano *AND*. A busca foi refinada incluindo artigos publicados no idioma português, com o texto completo disponível em suporte eletrônico e para atender aos objetivos do estudo.

4.1 Tipo de pesquisa

Em decorrência do objetivo da pesquisa, optou-se por uma abordagem quantitativa, de delineamento observacional descritivo, do tipo transversal. Para Leopardi (2002, p. 116) “a pesquisa quantitativa é utilizada quando se tem um instrumento de medida utilizável e válido e a questão proposta indica preocupação com quantificação.”. O estudo observacional parte da observação da realidade e assim, pretende avaliar se ocorre associação entre fator de exposição e desfecho sem intervir diretamente na relação analisada (ARAGÃO, 2011).

Aragão (2011) ainda diz que os estudos descritivos descrevem a realidade sem tentar explicá-la ou nela intervir e são de extrema relevância quando o assunto abordado ainda é pouco conhecido. Vieira (2015, p. 122) entende que “no estudo transversal, o pesquisador coleta uma amostra da população e, simultaneamente, levanta dados de duas variáveis – o fator eleito como causa e o presumível desfecho.”.

A amostra é de conveniência por entrada consecutiva. Na pesquisa clínica, este tipo de amostra é frequentemente utilizada, pois nela os sujeitos são selecionados por conta da sua disponibilidade em um determinado momento, facilitando o acesso do pesquisador (HULLEY, 2003).

4.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada em um hospital de ensino do interior do Rio Grande do Sul, a cerca de 150km da capital do estado. Trata-se de uma entidade filantrópica, sem fins lucrativos, reconhecida como Utilidade Pública Federal, Estadual e Municipal, e conta com aproximadamente 240 leitos. Em 2012, o hospital em questão, conquistou o credenciamento como unidade de assistência em alta complexidade cardiovascular e a certificação como Hospital de Ensino. Em setembro de 2014 tornou-se Centro de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular. A pesquisa foi realizada com pacientes oriundos do Centro de Terapia Endovascular (Hemodinâmica) deste hospital, que realizaram ICP. Esta unidade iniciou suas atividades no ano de 2009, com mais de 2000 exames já realizados, tendo atualmente uma média mensal de 35 procedimentos de ICP.

4.3 Sujeitos do estudo

Pacientes submetidos a ICP, no período de agosto a outubro de 2018, atendidos no serviço de hemodinâmica do referido hospital, independente de convênio, recrutados durante o período de estágio da autora.

4.3.1 Critérios de inclusão

- Pacientes de ambos os sexos, maiores de 18 anos;
- Terem sido submetidos a ICP, seja ela eletiva ou de urgência.

4.3.2 Critérios de exclusão

- Pacientes com qualquer dificuldade cognitiva, que os impeça de responder corretamente aos questionamentos.

4.4 Instrumento de coleta de dados

Foi aplicado um questionário, previamente elaborado pelo pesquisador, (APÊNDICE A) com questões abertas e fechadas. O instrumento se subdivide em

quatro blocos:

- **Bloco 1:** Dados sociodemográficos, comportamentais e de saúde

A questão número 8 do questionário, referente à prática de atividade física, foi analisada conforme sua frequência e duração no lazer (MATSUDO et al., 2001).

Os participantes foram classificados em:

- Ativos: indivíduos que realizam atividade vigorosa em três dias ou mais por semana, com duração de 20 minutos ou mais por sessão; ou atividade moderada, ou caminhada em cinco dias ou mais por semana, com duração de 30 minutos ou mais por sessão; ou qualquer atividade somada (caminhada, moderada ou vigorosa) que resulte numa frequência igual ou maior que cinco dias por semana e com duração igual ou maior que 150 minutos na semana.

- Irregularmente ativos: indivíduos que realizam algum tipo de atividade física, porém, não o suficiente para serem classificados como ativos por não cumprirem as recomendações quanto à frequência ou a duração. Para realizar essa classificação somam-se a frequência e a duração dos diferentes tipos de atividade (caminhada, moderada e vigorosa).

- Sedentários: indivíduos que não realizam atividade física por pelo menos 10 minutos contínuos por semana (MATSUDO et al., 2001).

- **Bloco 2:** Qualidade de vida

O bloco 2, referente à qualidade de vida foi construído a partir do instrumento de avaliação Qualidade de Vida, denominado *The World Health Organization Quality Of Life (WHOQOL-bref)*. O WHOQOL-*bref*, uma versão abreviada do WHOQOL-100, é desenvolvido e recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Por meio desse instrumento, é possível descrever a percepção subjetiva de um indivíduo em relação à sua saúde física e psicológica, às relações sociais e ao ambiente em que vive (FLECK et al., 2000).

Ele é composto por 26 questões, sendo duas a respeito da qualidade de vida em geral (QV geral), sendo as demais representadas pelas 24 facetas que compõem o instrumento original, estando divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e ambiente. As respostas a essas questões geram pontuações que variam de 1 a 5 conforme o grau de satisfação, indo de “nada satisfeito” a “muito satisfeito” (FLECK et al., 2000).

A avaliação dos escores foi realizada em conformidade com a sintaxe do instrumento, uma ferramenta adaptada em 2010, que realiza o cálculo e estatística

descritiva do Whoqol-bref a partir do software *Microsoft Excel*. Foi feita a plotagem dos escores no software e a partir dele, a geração de gráficos. Nesta sintaxe os resultados são apresentados em uma escala de 0 a 100 para cada domínio em uma escala positiva, isto é, quanto mais alta, melhor a QV naquele domínio. Já nas duas questões que dizem respeito a QV geral, realiza-se a média de pontuação de 1 a 5, sendo a avaliação da QV, considerada: de 1 até 2,9 pontos (precisa melhorar); de 3 até 3,9 pontos (regular); de 4 até 4,9 pontos (boa) e 5 pontos (muito boa) (PEDROSO et al., 2010).

- **Bloco 3:** Utilização de serviços de saúde

Todas as questões do bloco referem-se ao período de 3 (três) meses que antecederam o procedimento de ICP.

- **Bloco 4:** Farmacoterapia e adesão ao tratamento

Já no bloco 4, a ferramenta utilizada para mensurar a adesão à terapêutica medicamentosa foi a Escala de Adesão Terapêutica de Morisky (MMAS-4), que é composta por 4 questões de questionários validados de autorrelato: teste MMAS-4. Neste teste, é considerado aderente o paciente que obtiver 0 pontos. Neste bloco, os pacientes foram questionados a respeito de medicamentos de uso contínuo. (MORISKY; GREEN; LEVINE, 1986).

4.5 Logística e coleta dos dados

A coleta foi feita tendo como referência três meses que antecederam o procedimento, a fim de que o sujeito pudesse lembrar o seu itinerário terapêutico. A mesma aconteceu a partir da aplicação do questionário, por meio de entrevista aos pacientes, que foram abordados durante a internação hospitalar. Assim que o paciente se encontrasse em estabilidade clínica e com previsão de alta, este foi convidado a participar da pesquisa e recebeu todas as orientações referentes a natureza da pesquisa. A abordagem se deu no setor de hemodinâmica ou na unidade de internação em que o paciente se encontrava.

A estimativa média de coleta de dados, inicialmente, era de 30 pacientes entrevistados. Ao final da pesquisa, totalizaram-se 48 pacientes, pois buscou-se uma equalização no número de pacientes usuários do SUS e do Sistema Suplementar/Privado, a qual não foi possível em virtude da demanda e tempo hábil para a coleta. A aplicação de cada questionário durou em média 25 minutos.

4.6 Riscos e benefícios da pesquisa

Em relação aos riscos, os sujeitos puderam experienciar algum tipo de constrangimento em responder questões que dizem respeito à sua vida pessoal. Os sujeitos também puderam se beneficiar de reflexões e autocríticas sobre questões relacionadas a sua saúde e qualidade de vida após responder o questionário de pesquisa. Também estão suscetíveis a real percepção de seu estado de saúde, o que facilita na busca de assistência, para atenderem as suas necessidades e obterem melhor desfecho clínico de sua doença.

4.7 Análise dos dados

Ao final do período de coleta de dados, os mesmos foram digitados em banco de dados, e posteriormente analisados estatisticamente por meio do Programa SPSS 23 (*Statistical Package for the Social Sciences*). As variáveis categóricas foram expressas por meio de frequências absolutas e relativas e as variáveis contínuas expressas por meio de média e desvio padrão.

4.8 Divulgação e devolução dos dados

Primeiramente, os resultados obtidos com esta pesquisa serão divulgados através da apresentação pública da monografia e examinados pela banca de professores conforme regimento do Curso de Graduação em Enfermagem da UNISC. Após a aprovação, será elaborado um artigo científico para encaminhamento a revista indexada da área da saúde. Os resultados da pesquisa serão devolvidos à instituição hospitalar envolvida.

4.9 Procedimentos técnicos e éticos

Realizou-se, inicialmente, uma solicitação para autorização de pesquisa juntamente com a Secretaria de Ensino, Pesquisa e Extensão do referido hospital. Após a sua aprovação, o mesmo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade (CEP-UNISC), via Plataforma Brasil, observando-se os critérios éticos em pesquisa com seres humanos, seja de proteção à privacidade ou identidade do

sujeito, sendo os dados utilizados apenas para fins deste estudo, conforme Resolução CNS 466/2012. O projeto teve sua aprovação a partir do CAEE: 93276918.6.0000.5343 e parecer: 2.773.922 (ANEXO A). Somente após esse parecer, foi dado início à coleta dos dados.

Em respeito a ética aplicada a pesquisa em saúde, foi utilizado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) aos participantes da pesquisa, no momento da inserção no campo de estudo. Este teve por objetivo, resguardar a privacidade dos sujeitos, que tiveram a liberdade de participar ou não da pesquisa, além de poderem desistir a qualquer momento. Desta forma, todos os sujeitos convidados a participarem do estudo, aceitaram e assinaram o referido Termo, em duas vias de igual teor, ficando uma com o pesquisador e outra com o sujeito voluntário participante. Foram disponibilizadas informações a respeito da pesquisa, respeitando assim a autonomia e o direito de decidir quanto à participação ou não do estudo, mesmo da desistência após consentir. Os dados coletados serão armazenados pelo pesquisador por cinco anos e, após, incinerados.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para melhor análise, apresentação e discussão dos dados, organizou-se este capítulo conforme os blocos descritos na metodologia.

5.1 Características sociodemográficas, comportamentais e de saúde

Tabela 1 – Distribuição da amostra conforme características sociodemográficas, comportamentais e de saúde - 2018.

(continua)

Variáveis	Prevalência	
	n	%
Sexo		
Masculino	28	58,3
Feminino	20	41,7
Idade (anos)*	57	(±10)
Faixa etária		
74-57	30	62,5
56-38	18	37,5
Cor ou raça		
Branca	31	64,6
Preta	12	25,0
Parda	04	8,30
Amarela	01	2,10
Situação conjugal		
Casado(a)	30	63,8
Separado	08	17,0
Viúvo(a)	06	12,8
Solteiro(a)	03	6,40
Com quantas pessoas mora		
1 a 3 pessoas	43	89,6
4 a 6 pessoas	05	10,4
Anos de estudo*	7	(±4)
0 a 4	13	27,1
5 a 8	25	52,1
9 ou mais	10	20,8
Situação de trabalho		
Ativo(a)	28	58,3
Inativo(a)	20	41,7
Prática de atividade física		
Sedentário(a)	41	85,4
Irregularmente ativo(a)	05	10,4
Ativo(a)	02	4,2
Hábito de fumo		
Não fumante	22	45,8

* Média e Desvio Padrão; HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; DM: Diabetes Melitus; Total de sujeitos (n= 48).

Fonte: Dados da Pesquisa (2018).

Tabela 1 – Distribuição da amostra conforme características sociodemográficas, comportamentais e de saúde - 2018.

Variáveis	(conclusão)	
	Prevalência	
	n	%
Hábito de fumo		
Fumante	17	35,4
Ex-fumante	09	18,8
Consumo de bebida alcoólica		
Não consome	23	47,9
Quase nunca	12	25,0
1 a 2 dias na semana	04	8,3
3 a 4 dias na semana	06	12,5
5 a 6 dias na semana	02	4,2
Todos os dias	01	2,1
Prevalência de comorbidades		
HAS (autorreferida)		
Sim	39	81,2
Não	09	18,8
DM (autorreferida)		
Sim	22	45,8
Não	26	54,2

* Média e Desvio Padrão; HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; DM: Diabetes Mellitus; Total de sujeitos (n= 48).

Fonte: Dados da Pesquisa (2018).

No que diz respeito as características sociodemográficas, comportamentais e de saúde identificadas nesta pesquisa (TABELA 1), os resultados vão de encontro a literatura nacional vigente.

Em relação ao sexo, predominou-se o masculino 28 (58,3%). Quanto a idade, constatou-se média de 57 anos de idade, desvio padrão ± 10 . Sendo que, 31 (64,6%) referiram considerar-se de cor branca. Ao relacionar a idade com o sexo, os dados coincidem com um estudo realizado em 2016, com pacientes submetidos ao cateterismo cardíaco no ambulatório de cardiologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (CASTRO et al., 2016). Quanto à situação conjugal da amostra, 30 (63,8%) referiram ser casados e 43 (89,6%) residirem com até 3 familiares.

Em relação a escolaridade, identificou-se média de 7 anos de estudo, desvio padrão de ± 4 , observando assim, a predominância do ensino fundamental incompleto. Dado que condiz com um estudo similar a este, desenvolvido no Laboratório de Hemodinâmica de um hospital público de ensino, localizado no Interior do Rio Grande do Sul que avaliou o perfil de 62 pacientes com DAC

submetidos ao Cateterismo Cardíaco, no período de agosto a outubro de 2010 (FREITAS et al., 2013). Em relação a ocupação, 28 (58,3%) referiu situação de trabalho ativo.

Quanto aos resultados relativos à hábitos de saúde, 41 (85,4%) dos participantes referiram ser sedentários, 22 (45,8%) não ter o hábito de fumar e 23 (47,9%) não apresentar consumo excessivo de bebida alcoólica. Achados que corroboram com um estudo realizado com 1232 indivíduos sobre “Fatores associados às doenças cardiovasculares em adultos”, entre 2010 e 2011 no Paraná (TESTON et al., 2016).

Referente as comorbidades identificadas no presente estudo, 39 (81,2%) da população refere apresentar Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e 22 (45,8%) apresentam Diabetes Mellitus (DM).

O perfil sociodemográfico encontrado nesta pesquisa é similar ao de outros estudos brasileiros, os quais também verificaram a ocorrência de fatores de risco para DAC entre indivíduos com SCA, com idade média de 55 a 60 anos, predominância do sexo masculino, cor branca, situação conjugal casado e ensino fundamental incompleto (BRUNORI et al., 2014).

5.2 Utilização de serviços de saúde

Tabela 2 – Distribuição da amostra conforme utilização de serviços de saúde - 2018.

Variáveis	(continua)	
	Prevalência n	%
Convênio		
Sistema Único de Saúde	31	64,6
Suplementar-privado	17	35,4
ICP		
Urgência	34	70,8
Eletiva	14	29,2
Indicação de ICP (eletiva)		
Há menos de uma semana	03	6,3
Há um mês	06	12,5
De cinco a seis meses	02	4,2
Há dois anos	03	6,3

ICP: Intervenção Coronária Percutânea; UPA: Unidade de Pronto Atendimento; UBS: Unidade Básica de Saúde ; Total de sujeitos (n= 48).

Fonte: Dados da Pesquisa (2018).

Tabela 2 – Distribuição da amostra conforme utilização de serviços de saúde - 2018.

Variáveis	(conclusão)	
	Prevalência n	%
Consulta(s) médica(s) nos últimos três meses		
Sim	24	50,0
Não	24	50,0
Número de consulta(s) médica(s) nos últimos três meses		
01	11	45,8
02	09	37,5
03	02	8,3
04	01	4,2
07	01	4,2
Principal motivo da(s) consulta(s)		
Acompanhamento de doença crônica, reabilitação e rotina	13	57,0
Problema de saúde não crônico	07	26,0
Buscar medicamento ou receita	04	17,0
Local da(s) consulta(s)		
Clínica, consultório médico particular ou convênio	08	33,3
ESF do bairro	07	29,2
Pronto-socorro, UPA ou Emergência	05	20,8
Clínica, ambulatório de empresa ou sindicato	03	12,5
Outro posto, centro de saúde, UBS	01	4,2
Nível de satisfação da(s) consulta(s)		
Bom	12	50,0
Muito bom	11	45,8
Muito ruim	01	4,2

ICP: Intervenção Coronária Percutânea; UPA: Unidade de Pronto Atendimento; UBS: Unidade Básica de Saúde ; Total de sujeitos (n= 48).

Fonte: Dados da Pesquisa (2018).

A partir dos dados apresentados na Tabela 2, percebe-se que 31 (64,6%) dos pacientes procuraram atendimento utilizando o Sistema Único de Saúde (SUS). Conforme estudo realizado em 2018 sobre oferta, acesso e utilização de serviços de saúde do SUS nos últimos 30 anos, o sistema se caracterizou por importantes mudanças na atenção à saúde da população, envolvendo a ampliação da oferta de serviços e profissionais vinculados, bem como possibilidades de acesso e mudanças nos padrões de utilização dos serviços (VIACAVA et al., 2018).

Apesar do SUS ser o convênio mais utilizado dentre os pacientes, as clínicas e consultórios médicos particulares foram os mais procurados por 08 (33,3%) dos pacientes. Quanto ao nível de satisfação relacionados as consultas em geral, 12 (50,0%) consideraram “bom”.

A Saúde Suplementar é um importante setor da economia, sendo responsável

por 200,5 milhões de consultas no ano de 2007, além de 10 milhões de internações e 420 milhões de exames complementares, sendo que 81% dos brasileiros que possuem plano de saúde estão satisfeitos com o serviço” (ZIROLO; GIMENES; CASTELO JÚNIOR, 2013).

Quanto a indicação de ICP, 34 (70,8%) dos pacientes realizaram o procedimento de urgência. Em relação aos procedimentos eletivos 14 (29,2%), a maioria 06 (12,5%) tinham indicação para o procedimento há mais de 1 mês.

Para Viacava et. al. (2018) este fato deve-se aos desafios históricos relacionados ao SUS, dentre estes a relação público-privado na prestação dos serviços de saúde, as marcantes desigualdades regionais, subfinanciamentos e as transformações das condições de saúde da população.

Vale ressaltar que, o acesso não equivale apenas a simples utilização do serviço de saúde, mas principalmente à oportunidade de dispor dos serviços em razão ao uso apropriado dos mesmos, considerando o tempo adequado, para se obter melhores resultados de saúde (SILVA et al., 2016).

No que diz respeito a ICP primária, é necessário a compreensão da gravidade e da intensidade dos sintomas do infarto do miocárdio, além da busca por ajuda profissional o mais brevemente possível. Quanto aos usuários do SUS, os mesmos estão longe de terem esta conscientização, em parte por responsabilidade de quem deveria oferecê-la. Além de que, programas eficazes e organizados de transferências para realização deste tipo de reperfusão, assim como disponibilidade de hospitais com programa de ICP estão longe da realidade do nosso país (MATOS; OLIVEIRA, 2016).

Quanto à procura dos pacientes por consultas médicas nos últimos três meses, o total, 24 (50,0%) foi relativamente igual aos que não procuraram por consultas médicas. Considerando o número de consultas, 11 (45,8%) pacientes realizaram pelo menos 1 consulta nos últimos três meses.

Assis e Jesus (2012) afirmam que, a procura pelos serviços de saúde tem sido analisada até mesmo por estudos internacionais, principalmente no contexto da crise econômica que se instala na última década, traçando a existência de barreiras aos usuários, como filas para marcação de consulta e atendimento.

Dentre os principais motivos da procura por atendimento médico, 13 (57%) procuraram atendimento por acompanhamento de doença crônica, reabilitação e rotina.

Atualmente, as doenças crônicas são consideradas a principal causa de mortalidade e de doenças na América Latina e Caribe, representando 68% das mortes e 60% dos anos de vida ajustados por incapacidade na região (MACINKO; DOURADO; GUANAIS 2011).

Conforme o autor supracitado, o acesso inadequado aos serviços de saúde de alta qualidade, abrangendo a prevenção clínica, os serviços de diagnóstico e o difícil acesso aos medicamentos essenciais são importantes fatores que contribuem para a crescente carga de doenças crônicas.

Conforme Marcolino et al. (2012), a elevada mortalidade cardiovascular no sistema de saúde brasileiro é atribuída, prioritariamente, às dificuldades no acesso do paciente com IAM ao tratamento de alta complexidade. Visto que, para o tratamento adequado desta doença grave, é necessário a interação de vários setores de atenção, bem como, as estratégias de saúde da família (ESF), as unidades de pronto atendimento (UPAs), serviço de transporte de emergência e hospitais com serviço de hemodinâmica e de terapia intensiva.

5.3 Farmacoterapia e adesão ao tratamento

Tabela 3 – Distribuição da amostra conforme farmacoterapia e adesão ao tratamento - 2018.

Variáveis	Prevalência	
	n	%
Acesso aos medicamentos de uso contínuo		
Ganha ou compra parte	29	69,0
Compra todos	09	21,4
Ganha todos	04	9,6
No último mês, deixou de usar algum medicamento por que não conseguiu pagar?		
Não	40	95,2
Sim	02	4,8
Escala de Adesão Terapêutica de Morisky – MMAS4		
Não adesão	27	64,3
Adesão	15	35,7

Total de sujeitos (n= 42), considerando apenas os utilizavam medicação de uso contínuo.
Fonte: Dados da Pesquisa (2018).

Como indica a tabela acima, dos 42 pacientes abordados, 29 (69%) ganha ou compra parte dos medicamentos utilizados mensalmente. O que significa que, a questão de acesso a medicação essencial (como os anti-hipertensivos e

hipoglicemiantes) pode ainda não ser adequada.

Para Costa et al., (2017), os medicamentos têm papel importante quanto a redução do sofrimento humano, prolongando a vida e retardando o surgimento de complicações associadas as doenças, facilitando o processo de convívio do indivíduo com as enfermidades.

O Brasil há décadas vem investindo na publicação e aperfeiçoamento de listas de medicamentos essenciais, garantindo acesso à assistência farmacêutica e promoção ao uso racional de medicamentos (ALMEIDA-BRASIL, 2017).

Nos últimos anos a ampliação do acesso da população à assistência à saúde pelo SUS, sofreu modificações quanto a organização da Assistência Farmacêutica (AF) pública, de modo que se aumentasse a cobertura gratuita de medicamentos, tendo em vista que os medicamentos na atenção à saúde têm importância crescente, tanto no ponto de vista econômico, quanto do ponto de vista sanitário (COSTA et al., 2017).

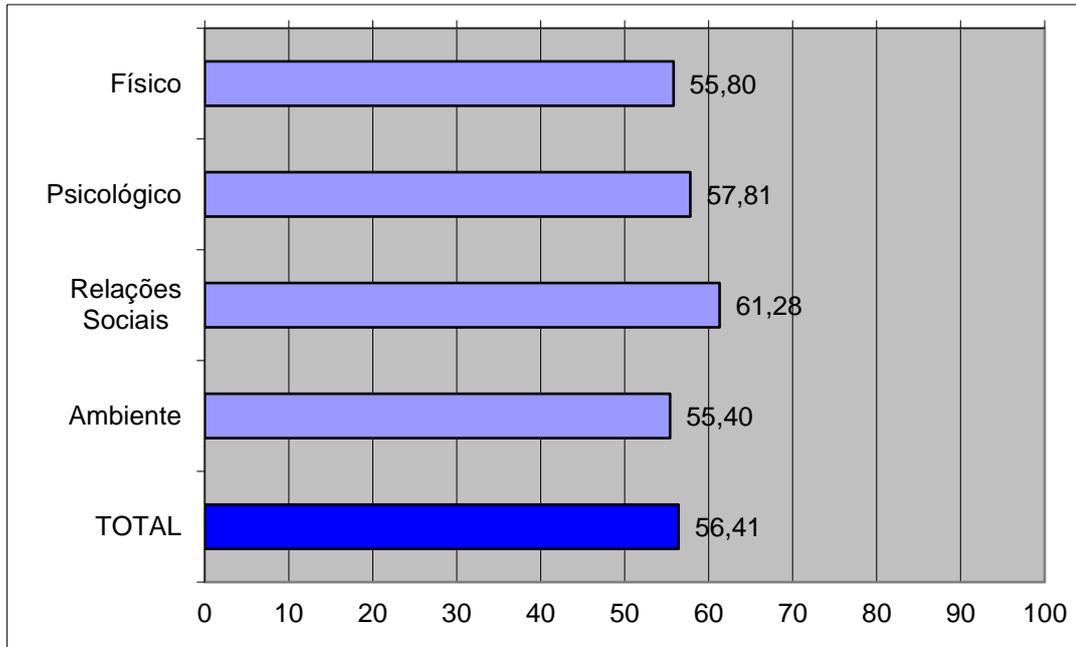
Quanto a adesão terapêutica conforme escala de Morisky, 27 (64,3%) dos pacientes são classificados como não aderentes à terapêutica medicamentosa. O que torna essa questão preocupante, pois são pacientes que irão retornar para casa pós alta hospitalar, acompanhados de uma receita médica com uma lista de medicamentos de uso contínuo ainda maior. Cabe aqui, ao enfermeiro e sua equipe, pensar em estratégias que promovam ao paciente o entendimento da importância da adesão e os possíveis riscos que surgirão caso a prescrição não seja seguida, como a reestenose, um novo IAM, sequelas e até a morte.

Estudos abrangendo cinco décadas estimam que 20% a 50% dos pacientes não tomam seus medicamentos de acordo com a prescrição. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em países desenvolvidos, a não adesão em pacientes com doenças crônicas oscila em torno de 50%, sendo provavelmente maior nos países em desenvolvimento (OLIVEIRA-FILHO et al., 2012).

As Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) sugerem que o paciente retorne para avaliação clínica ainda no primeiro mês após a realização da ICP, a fim de avaliar eventuais queixas, sintomas cardíacos específicos e sua adesão ao tratamento medicamentoso instituído (FERES et al., 2017).

5.4 Qualidade de vida

Gráfico 1 – Avaliação da Qualidade de Vida por Domínios a partir do Whoqol-bref



Fonte: Dados da pesquisa (2018).

Ao considerar os escores por domínios, numa escala de 0 a 100, o Domínio “Ambiente” obteve a menor pontuação (55,40). O mesmo refere-se a questões como segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportunidade de adquirir novas informações e habilidades; participação e oportunidade de recreação/lazer; ambiente físico (poluição, ruído, trânsito, clima) e transporte. Traz-se a relação deste domínio com a dificuldade de acesso dos indivíduos, questões relacionadas a recursos financeiros, segurança e transporte estão totalmente interligadas a este fato, o que explica a baixa pontuação. Já o Domínio com maior pontuação (61,28) foi o das “Relações Sociais” que engloba questões como relações sociais, suporte/apoio social e atividade sexual. Pode-se relacionar essa pontuação com a predominância de pacientes que moram acompanhados de até 3 familiares, sendo assim, o suporte de parentes/amigos influencia nesta área.

Ao analisar as duas questões que dizem respeito à QV geral, obteve-se uma média de 2,97 pontos, o que a caracteriza como “precisa melhorar”, segundo o

instrumento utilizado. Este fato pode estar relacionado com o grande número de ICPs de urgência, que são considerados pacientes graves, e que possivelmente estão em um momento delicado de aceitação da doença cardíaca e do estado de saúde em geral.

Um estudo associando qualidade de vida e DCNTs, realizado em Belo Horizonte (MG) no ano de 2013 com a utilização do mesmo instrumento de avaliação de QV, o Whoqol-bref evidencia o mesmo achado deste estudo, onde a menor pontuação se dá no domínio ambiente e a maior nas relações sociais. O que pode estar relacionado à vulnerabilidade social dos pacientes pesquisados e região onde moram, condições desfavoráveis de saúde, habitação, segurança, educação, trabalho e renda (HORTA et al., 2013).

Segundo Zortéa (2010), níveis socioeconômicos baixos já têm sido associados com maior mortalidade. Grupos com menor escolaridade apresentam mais fatores de risco para DCV e menor acesso à qualidade de informação. Necessita-se conscientizar que apenas tratar doenças não basta, é preciso investigar o princípio das causas, e um bom instrumento é a QV.

Corroborando com as afirmações do autor supracitado, Gomes, Hamann e Gutierrez (2014, p. 496) afirmam que “[...] a péssima distribuição de renda, o analfabetismo e o baixo grau de escolaridade, assim como as condições precárias de habitação e ambiente têm um papel muito importante nas condições de vida e saúde.”.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após análise dos dados coletados para o presente estudo, verificou-se que a QV dos pacientes é considerada relativamente baixa e que os pacientes têm dificuldades de acesso ao procedimento de ICP pelo SUS, apresentando maior tempo de espera para realização, se comparados aos pacientes convênio/privado.

Pode-se associar QV e acesso/utilização de serviços de saúde como duas variáveis interdependentes. Não há melhoria na qualidade de vida relacionada à saúde, sem acesso à saúde de qualidade e, ainda, não há tratamento sem acesso aos procedimentos e medicamentos essenciais e vitais.

Para que a recuperação do paciente aconteça de maneira efetiva, é imprescindível que além das mudanças de hábitos como por exemplo a cessação do tabagismo, a dieta saudável, a prática de atividade física e a adesão à medicação, a rede de atenção à saúde esteja estruturada para dar continuidade ao processo.

Os pacientes cardiopatas, são doentes crônicos que acabam por desenvolver a doença em função de maus hábitos e que irão necessitar a utilização de serviços de alta complexidade com um custo elevado para o sistema de saúde, reforçando assim a importância do investimento em prevenção e promoção de saúde.

A responsabilidade de garantir a saúde do sujeito, não é na sua totalidade do sistema de saúde. É preciso que o paciente se auto responsabilize e tenha o autoconhecimento sobre seu estado de saúde, o que foi possível provocar com a utilização do instrumento Whoqol-bref. Como visto na pontuação do Domínio “Relações “Sociais”, o apoio familiar e a rede de apoio social é de extrema importância na garantia de um melhor padrão de vida.

Neste contexto, o enfermeiro deve estar direcionado para estratégias que busquem melhorar a qualidade de vida dessa população, inserido na elaboração e aplicação de políticas de controle e monitoramento aplicadas à prevenção e atenção às DCVs, pois a gravidade e a cronicidade dessas doenças requerem uma abordagem integral e contínua.

Em relação às limitações da pesquisa, a aplicação do questionário de QV dentro do ambiente hospitalar, após um procedimento de alta complexidade cardiovascular, em sua maioria de urgência, pode ter gerado viés na pontuação da QV.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Carlos. Inibição plaquetária nas síndromes coronárias agudas: uma intervenção complexa que deve ser otimizada. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, v. 31, n. 4, p. 275-277, 2012. Disponível em: <<http://www.revportcardiol.org/pt-inibicao-plaquetaria-nas-sindromes-coronarias-agudas-uma-intervencao-articulo-S0870255112000467>>. Acesso em: 02 mar. 2019.
- AGUIAR, G. A.; AGUIAR, M. A. A angioplastia coronária: desafios e possibilidades na assistência de enfermagem. *Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins*, v. 6, n. 1, p. 87-99, 2019. Disponível em: <<https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/desafios/article/view/4928>>. Acesso em: 14 abr. 2019.
- ALMEIDA-BRASIL, C. C. et al. Qualidade de vida e características associadas: aplicação do WHOQOL-BREF no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 5, p. 1705-1716, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n5/1413-8123-csc-22-05-1705.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2019.
- ARAGÃO, Júlio. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. *Revista Práxis*, v. 3, n. 6, p. 59-62, 2011. Disponível em: <<http://revistas.unifoa.edu.br/index.php/praxis/article/view/566/528>>. Acesso em: 02 mar. 2019.
- ARAÚJO, L. F. S.; BELLATO, R.; HILER, M. Itinerários terapêuticos de famílias e redes para o cuidado na condição crônica: algumas experiências. In: MÜLLER NETO, J. S.; TICIANEL, F. A. (Org). *Curso de desenvolvimento gerencial do SUS: coletânea de textos*. 2. ed. Cuiabá: EdUFMT, 2015. p. 133-143.
- ASSIS, M.M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012001100002&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 14 abr. 2019.
- AZEVEDO, A. L. S. et al. Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 29, n. 9, p. 1774-1782, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n9/a17v29n9.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2019.
- BARBOSA, C. E. et al. Accuracy of the GRACE and TIMI scores in predicting the angiographic severity of acute coronary syndrome. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 99, n. 3, p. 818-824, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2012005000080&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em: 02 mar. 2019.
- BIENERT, I. R. C. et al. Avaliação temporal dos procedimentos de revascularização coronariana pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil: um panorama de 20 anos. *International Journal of Cardiovascular Sciences*, v. 30, n. 5, p. 380-390, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ijcs/v30n5/pt_2359-4802-ijcs-30-05-

0380.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil 2011-2012*. Brasília, 2011.

Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf>.

Acesso em: 22 de abr. 2016.

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*, v. 22, n. 4, p. 538-46, 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/pt_0104-1169-rlae-22-04-00538.pdf>. Acesso em: 22 de abr. 2016.

CANELLE, C. F.; LANARO, R. Indicadores bioquímicos do infarto agudo do miocárdio. *Revista Ciências em Saúde*, v.1, n. 3, p. 1-12, 2011. Disponível em:

<https://www.researchgate.net/publication/309003547_Indicadores_Bioquimicos_do_Infarto_Agudo_do_MiocardioBiochemical_Indicators_of_Acute_Myocardial_Infarctio>

. Acesso em: 30 mai. 2019

CASTRO, Y. T. B. O. et al. Conhecimento e significado do cateterismo cardíaco para pacientes cardiopatas. *Revista RENE*, v. 17, n. 1, p. 29-35, 2016. Disponível em:

<<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/2602>>. Acesso em: 30 mai. 2019

CÉSAR, L. A. et al. Diretriz de doença coronária estável. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 103, n. 2, supl. 2, p. 1-59, 2014. Disponível em:

<<http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2014/Diretriz%20de%20Doen%C3%A7a%20Coron%C3%A1ria%20Est%C3%A1vel.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 2019.

CÉSAR, L. A. M.; MANSUR, A. P.; FERREIRA, J. F. M. Resumo executivo da Diretriz de Doença Coronária Estável. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 105, n. 4, p. 328-338, 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2015002300328&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 02 mar. 2019.

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*, v. 9, n. 2, p. 201-208, 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342015000200201&script=sci_arttext&tlng=pt>.

Acesso em: 30 mai. 2019.

COSTA, C.M. F. N. et al. Utilização de medicamento pelos usuários da atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, supl. 2, p. 1s-11s, 2017. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007144.pdf>. Acesso em: 30 mai. 2019.

DIAS, C. M. C. C. et al. Qualidade de vida após sete anos do evento coronariano agudo. *Revista Pesquisa em Fisioterapia*, v. 5, n. 2, p., 114-124, 2015. Disponível em:

<<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/fisioterapia/article/view/582>>. Acesso em 30 mai. 2019.

FERES, F. et al. Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia e da Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista Sobre Intervenção Coronária Percutânea. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 109, n. 1, supl. 1, p. 1-81, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v109n1s1/0066-782X-abc-109-01-s1-0001.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 2019.

FLECK, M. PA. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista de Saúde Pública*, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n2/1954.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2019.

FRANCO, B. et al. Patients with acute myocardial infarction and interfering factors when seeking emergency care: implications for health education. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 16, n. 3, p. 414-8, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000300013&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 14 abr. 2019.

FREITAS, E. O. et al. Perfil de pacientes com doença arterial coronariana submetidos ao cateterismo cardíaco. *Revista de Enfermagem da UFMS*, v. 3, esp., p. 679-688, 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/index.php/reufsm/article/view/11124>>. Acesso em: 02 mar. 2019.

GAEDKE, M. A. et al. Use of medicines recommended for secondary prevention of acute coronary syndrome. *Revista de Saúde Pública*, v. 49, n. 88, p. 1-9, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102015000100270&script=sci_abstract&tlng=en>. Acesso em: 30 mai. 2019.

GOMES, J. R. A. A.; HAMANN, E. M.; GUTIERREZ, M. M. U. Aplicação do WHOQOL-BREF em segmento da comunidade como subsídio para ações de promoção da saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 17, n. 2, p. 495-516, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17n2/pt_1415-790X-rbepid-17-02-00495.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2019.

HORTA, P. M. et al. Quality of life among overweight women with chronic non-communicable diseases. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 34, n. 4, p. 121-129, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n4/en_16.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2019.

HULLEY, S. B. et al. *Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

LEOPARDI, Maria Tereza. *Metodologia da pesquisa na saúde*. 2. ed. rev. e atual. Florianópolis: UFSC, 2002.

MACINKO, J.; DOURADO, I.; GUANAIS F. C. *Doenças crônicas, atenção primária e desempenho dos sistemas de saúde diagnósticos, instrumentos e intervenções*. [S.l.]: Banco Interamericano de Desenvolvimento, 2011. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/14249/1/Ines%20Dorado.%20Doen%C3%A7as%20Cr%C3%B4nicas%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Prim%C3%A1ria.%2020>>

11.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2019.

MARCOLINO, M. S. et al. Implantação da linha de cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio no município de Belo Horizonte. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 100, n. 4, p. 307-314, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2013005000008&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 02 mar. 2019.

MATOS, L. A. P.; OLIVEIRA, D. C. Infarto agudo do miocárdio no Sistema Único de Saúde: uma ponte longe demais para a reperfusão?. *Revista Brasileira de Cardiologia Invasiva*, v. 24, n. 1-4, p. 2-3, 2016. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0104184317300826?via%3Dihub>>. Acesso em: 25 mar. 2018.

MATSUDO, S. et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, v. 6, n. 2, p. 5-18, 2001. Disponível em: <<http://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/931>>. Acesso em: 30 mai. 2019.

MATTOS, L. A. P. e. et al. Clinical outcomes at 30 days in the brazilian registry of acute coronary syndromes (ACCEPT). *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 100, n. 1, p. 6-13, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2013000100003&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em: 14 abr. 2019.

MENDIS, S.; PUSKA, P.; NORRVING, B. Global atlas on cardiovascular disease prevention and control. *World Health Organization*, Geneva, 2011. Disponível em: <<http://www.who.int/iris/handle/10665/44701>>. Acesso em: 10 mai. 2018.

MOREIRA, M. L. A. P.; MIZUNO, E.; MEIRELES, G. C. X. Pre-catheterism nursing consultation and percutaneous coronary interventions. *Journal of Nursing UFPE On Line*, v. 11, Suppl. 6, p. 2548-56, 2017.

MORISKY, D. E.; GREEN, L.W.; LEVINE, D.M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care*, v. 24, n. 1, p. 67-74, 1986. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3945130>>. Acesso em: 02 mar. 2019.

NICOLAU, J. C. et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem supradesnível do segmento ST (II Edição, 2007) – Atualização 2013/2014. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 102, n. 3, supl. 1, p. 1-61, 2014. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2014/Diretriz_de_IAM.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2019.

OLIVEIRA-FILHO, A. D. et al. Relação entre a Escala de Adesão Terapêutica de oito itens de Morisky (MMAS-8) e o controle da pressão arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 99, n. 1, p. 649-658, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2012001000011>. Acesso em: 25 mar. 2018.

OSÓRIO, A. P. S. et al. Intervenção percutânea no Infarto com supradesnivelamento do segmento ST: revascularização completa ou tratamento apenas da artéria culpada? *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, [online], p.0-0, 2017. Disponível em: <http://www.arquivosonline.com.br/2017/aop/AOP_8546.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2018.

PEDROSO, B.; et al. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*, v. 2, n. 1, p. 31-36, 2010. Disponível em: <<https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/article/view/687>>. Acesso em: 25 mar. 2018.

PIEGAS, L. S.; HADDAD, N. Intervenção coronariana percutânea no Brasil. Resultados do Sistema Único de Saúde. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 96, n. 4, p. 317-324, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2011000400010>. Acesso em: 02 mar. 2019.

RAUPP, L. M. et al. Chronic diseases and the history of care: evaluation of the health system in small municipalities. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 25, n. 2, p. 615-634, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312015000200615&script=sci_abstract>. Acesso em: 02 mar. 2019.

REGGI, S.; STEFANINI, E. Diagnóstico das síndromes coronarianas agudas e modelo sistematizado de atendimento em unidades de dor torácica. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, v. 26, n. 2, p. 78-85, 2016. Disponível em: <<http://socesp.org.br/revista/assets/upload/revista/17635641841534341390pdfL60-REVISTA-SOCESP-V26-N2-12-07-16.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2019.

SANTOS, M. N.; SOARES, O. (Org.). M. *Urgência e emergência na prática de enfermagem*. 1. ed. Porto Alegre: Moriá Ed., 2014, v. 2.

SILVA, C. R. et al. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 4, p. 1109-1120, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401109>. Acesso em: 21 abr. 2019.

SIQUEIRA, D. A.; COSTA JÚNIOR, J. R.; ABIZAID, A. Estratégia Invasiva nas Síndromes Coronarianas Agudas sem Supradesnivelamento do Segmento ST. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, v. 26, n. 2, p. 99-104, 2016. Disponível em: <<http://socesp.org.br/revista/assets/upload/revista/17635641841534341390pdfL60-REVISTA-SOCESP-V26-N2-12-07-16.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2019.

STOPA, S. R. et al. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, s/n., supl. 1, p. 1s-9s, 2017. Disponível em: <<http://www.rsp.fsp.usp.br/artigo/acesso-e-uso-de-servicos-de-saude-pela-populacao-brasileira-pesquisa-nacional-de-saude-2013/>>. Acesso em: 14 abr. 2019.

TAVARES, G. A.; BARRETO-FILHO, J. A. S. Potencial da Estratégia de Saúde da Família no Combate às Doenças Cardiovasculares. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 109, n. 6, p. 507-508, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2017001500507&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 02 mar. 2019.

TESTON, E. F. et al. Fatores associados às doenças cardiovasculares em adultos. *Medicina (Ribeirão Preto Online)*, v. 49, n. 2, p. 95-102, 2016. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/118390/115943>>. Acesso em: 30 mai. 2019.

VARGAS, R. A. et al. Quality of life of patients after myocardial infarction: literature integrative review. *Journal of Nursing UFPE On Line*, v. 11, n. 7, p. 2803-9, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23456/19170>>. Acesso em: 14 abr. 2019.

VIACAVA, F. et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1751-1762, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1751.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2019.

VIEGAS, A. P. B.; CARMO, R. F.; LUZ, Z. M. P. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. *Saúde e Sociedade*, v. 24, n. 1, p. 100-112, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902015000100100&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 02 mar. 2019.

VIEIRA, S.; HOSSNE, W. S. *Metodologia científica para a área da saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

ZIROLDO, R. R.; GIMENES, F. O.; CASTELO JÚNIOR, C. A importância da saúde suplementar na demanda da prestação dos serviços assistenciais no Brasil. *O Mundo da Saúde*, v.37, n. 2, p. 216-221, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/importancia_saude_suplementar_demanda_prestacao.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2019.

ZORTÉA, Karine. Quality of life in chronic diseases. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 94, n. 5, p. 661, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v94n5/en_20.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2019.

APÊNDICES

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

	QUALIDADE DE VIDA E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE DOS INDIVÍDUOS SUBMETIDOS À INTERVENÇÃO CORONARIANA PERCUTÂNEA EM UM CENTRO DE TERAPIA ENDOVASCULAR	
Nome do(a) entrevistado(a): _____		
Número de entrada na pesquisa: ____		
Data de nascimento: ____/____/____ Idade: ____		
Naturalidade: _____		
Número de atendimento HSC: _____		
Nome do entrevistador: _____		
Data de coleta: ____/____/____		
BLOCO 1: DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS, COMPORTAMENTAIS E DE SAÚDE		
1. Cor ou raça: (1) Branca (2) Preta (3) Parda (4) Amarela (5) Indígena		
2. Sexo: (1) Masculino (2) Feminino		
3. Você sabe ler e escrever? (0) Não (1) Sim (2) Só assina o nome (9) IGN		
4. Até que série você completou na escola? ____ anos de estudo (8) NSA (9) IGN		
5. Qual a sua situação conjugal atual? (1) Casado(a) ou com companheiro(a) (2) Solteiro(a) ou sem companheiro(a) (3) Separado(a) (4) Viúvo(a) (9) IGN		
6. Quantas pessoas moram com você? ____		
7. Você tem trabalho remunerado? (1) Sim (0) Não Se não, é: (2) Aposentado (3) Desempregado (4) Encostado (5) Dona de casa (6) Estudante (7) Pensionista		
8. Você realiza, regularmente, algum tipo de atividade física, tais como exercícios de ginástica caminhada, corrida? (0) Não (1) Sim Se não: Tem interesse? (0) Não (1) Sim Se sim: Há quanto tempo realiza regularmente algum tipo de atividade física? ____ anos Qual atividade física pratica, frequência e duração (min):		
Atividade	Vezes na semana	Tempo de duração da sessão
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
9. Você fuma ou já fumou? (0) Não, se nunca fumou (1) Sim (2) Ex-fumante Se sim, há quanto tempo você fuma? ____ anos (00 = se menos de 1 ano) Quantos cigarros por dia? ____ Se ex-fumante, há quanto tempo parou de fumar? ____ anos (00 = se menos de 1 ano) Por quantos anos fumou? ____		
10. Com que frequência você costuma ingerir bebida alcoólica? (0) Não consome (1) Todos os dias (2) 5 a 6 dias por semana (3) 3 a 4 dias por semana (4) 2 a 1 dia por semana (5) Quase nunca		

<p>11. Algum médico já disse que você tem:</p> <p>a) Açúcar no sangue ou diabetes (0) Não (1) Sim (9) IGN b) Colesterol alto ou gordura no sangue (0) Não (1) Sim (9) IGN c) Problemas de circulação ou vasculares (0) Não (1) Sim (9) IGN d) Fraqueza nos ossos ou osteoporose (0) Não (1) Sim (9) IGN e) Bronquite/asma (0) Não (1) Sim (9) IGN f) Reumatismo/artrite/artrose (0) Não (1) Sim (9) IGN g) Depressão/ansiedade/problema de nervos (0) Não (1) Sim (9) IGN h) Falta de ar por problemas no coração (0) Não (1) Sim (9) IGN i) Pressão alta ou HAS (0) Não (1) Sim (9) IGN j) Tumor ou câncer (0) Não (1) Sim (9) IGN</p> <p>Outro _____</p>	
<p>12. Qual sua última verificação de pressão arterial?</p> <p>PA sistólica ____ mmHg PA diastólica ____ mmHg (9) IGN</p>	
BLOCO 2: QUALIDADE DE VIDA	
Instrumento para avaliação da Qualidade de Vida (Whoqol-bref)	
Avaliação Geral	
<p>13. Como você avalia sua qualidade de vida? (1) Muito ruim (2) Ruim (3) Nem boa, nem ruim (4) Boa (5) Muito Boa</p>	
<p>14. Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde? (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem insatisfeito, nem satisfeito (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito</p>	
Domínio - Físico	
<p>15. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa? (1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente</p>	
<p>16. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia? (1) Nada (2) Muito pouco (3) Moderadamente (4) Muito (5) Completamente</p>	
<p>17. Quão satisfeito(a) você está com o seu sono? (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem insatisfeito, nem satisfeito (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito</p>	
<p>18. Quão bem você é capaz de se locomover? (1) Muito bem (2) Ruim (3) Moderadamente (4) Bem (5) Muito bem</p>	
<p>19. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia? (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem insatisfeito, nem satisfeito (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito</p>	
<p>20. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária? (1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente</p>	
<p>21. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho? (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem insatisfeito, nem satisfeito (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito</p>	
Domínio - Psicológico	

<p>22. O quanto você aproveita a vida? (1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente</p>	
<p>23. O quanto você consegue se concentrar? (1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente</p>	
<p>24. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido? (1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente</p>	
<p>25. Você é capaz de aceitar sua aparência física? (1) Nada (2) Muito pouco (3) Moderadamente (4) Muito (5) Completamente</p>	
<p>26. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão? (1) Nunca (2) Algumas vezes (3) Frequentemente (4) Muito frequentemente (5) Sempre</p>	
<p>27. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo? (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem insatisfeito, nem satisfeito (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito</p>	
Domínio III - Relações Sociais	
<p>28. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)? (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem insatisfeito, nem satisfeito (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito</p>	
<p>29. Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos? (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem insatisfeito, nem satisfeito (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito</p>	
<p>30. Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual? (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem insatisfeito, nem satisfeito (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito</p>	
Domínio IV – Ambiente	
<p>31. Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora? (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem insatisfeito, nem satisfeito (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito</p>	
<p>32. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades? (1) Nada (2) Muito pouco (3) Moderadamente (4) Muito (5) Completamente</p>	
<p>33. Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde? (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem insatisfeito, nem satisfeito (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito</p>	
<p>34. Quão disponíveis estão as informações que você precisa no seu dia-a-dia? (1) Nada (2) Muito pouco (3) Moderadamente (4) Muito (5) Completamente</p>	
<p>35. Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer? (1) Nada (2) Muito pouco (3) Moderadamente (4) Muito (5) Completamente</p>	
<p>36. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)? (1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente</p>	
<p>37. Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte? (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem insatisfeito, nem satisfeito (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito</p>	
<p>38. Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária? (1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente</p>	

Fonte: FLECK et al., 2000

BLOCO 3: UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	
<p>49. Em relação ao procedimento, para colocação do <i>stent</i> no coração, ele foi:</p> <p>(1) Agendado (eletivo) (2) Urgência</p> <p>Se eletivo, há quanto tempo você possui indicação deste procedimento? _____</p> <p>40. Você chegou até este hospital, proveniente de/encaminhado por: _____</p> <p>Como esse processo aconteceu, descreva-o:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>41. Você possui plano de saúde/convênio? (0) Não (1) Sim</p>	
<p>42. Nos últimos 3 meses, você consultou com médico por qualquer problema de saúde? (0) Não (1) Sim (9) IGN</p> <p>Se sim: Quantas vezes? _ _ _ (9)IGN</p>	
<p>43. Qual o principal motivo desta última consulta/atendimento?</p> <p>(1) Buscar medicamento, ou receita (2) Vacinação (3) Acidente ou lesão (4) Procedimento preventivo (5) Atestado de saúde (6) Acompanhamento de doença crônica, reabilitação, rotina (7) Problema de saúde não crônico</p> <p>(8) Outro _____</p>	
<p>44. Pensando nesta última consulta, onde você consultou?</p> <p>(9) ESF do seu bairro (10) Outro posto, centro de saúde, UBS (11) Clínica, ambulatório de empresa, sindicato, (12) Ambulatório ou consultório de hospitais ou faculdades (públicos) (13) Ambulatório ou consultório de hospitais particulares (14) Clínica, consultório médico particular ou convênio (15) Pronto-socorro, UPA, emergência</p> <p>(16) Outro _____</p>	
<p>45. Em relação ao atendimento que lhe foi prestado, nessa última consulta, qual seu nível de satisfação?</p> <p>(1) Muito bom (2) Bom (3) Médio (4) Ruim (5) Muito ruim</p>	
BLOCO 4: FARMACOTERAPIA E ADESÃO AO TRATAMENTO	
<p>46. Como você costuma obter seus medicamentos?</p> <p>(1) Ganha todos (2) Compra todos (3) Ganha ou compra parte (9) IGN</p>	
<p>47. No último mês, você deixou de usar algum remédio receitado pelo médico por que não conseguiu pagar?</p> <p>(0) Não (1) Sim</p>	

Escala de Adesão Terapêutica de MORISKY– MMAS-4	
48. Você, algumas vezes, esquece de tomar os seus remédios? (0) Não (1) Sim	
49. Você, às vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar os seus remédios? (0) Não (1) Sim	
50. Algumas vezes, quando se sente bem, deixa de tomar os seus remédios? (0) Não (1) Sim	
51. Algumas vezes, quando você se sentiu mal, aumentou a quantidade de remédio a ser tomado? (0) Não (1) Sim	
52. Resultado Morisky 0 pontos = adesão ≥ 1 = não adesão	

Fonte: MORISKY; GREEN; LEVINE, 1986

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

QUALIDADE DE VIDA E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE DOS INDIVÍDUOS SUBMETIDOS A INTERVENÇÃO CORONARIANA PERCUTÂNEA EM UM CENTRO DE TERAPIA ENDOVASCULAR

Prezado senhor/Prezada senhora

O senhor/A senhora está sendo convidado (a) para participar como voluntário do projeto de pesquisa intitulado “Itinerário terapêutico de pacientes submetidos a realização de Intervenção Coronariana Percutânea”. Esse projeto é desenvolvido por estudantes e professores do Curso de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul, UNISC, e é importante porque pretende identificar o itinerário terapêutico de pacientes antecedente a realização de Intervenção Coronariana Percutânea. Para que isso se concretize, o senhor/a senhora será contatado (a) pelos pesquisadores para responder um questionário de pesquisa com questões abertas e fechadas a respeito do tema. Nessa condição, é possível que alguns desconfortos aconteçam, como é o caso, por exemplo, de experienciar algum tipo de constrangimento em responder questões que dizem respeito à sua vida pessoal. Por outro lado, se o senhor/ a senhora aceitar participar dessa pesquisa, benefícios futuros para a área da enfermagem e cardiologia poderão acontecer, tais como: reflexões sobre assuntos relacionados a saúde e qualidade de vida desta população, bem como, os possíveis ajustes necessários aos sistemas de acesso à saúde. Para participar dessa pesquisa o senhor/a senhora não terão nenhuma despesa com transporte, alimentação, exames, materiais a serem utilizados ou despesas de qualquer outra natureza.

Pelo presente Termode Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____ declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado(a), de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados. Ademais, declaro que, quando for o caso, autorizo a utilização de minha imagem e voz de forma gratuita pelo pesquisador, em quaisquer meios de

comunicação, para fins de publicação e divulgação da pesquisa, desde que eu não possa ser identificado através desses instrumentos (imagem e voz).

Fui, igualmente, informado(a):

- a) da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- b) da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento;
- c) da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- d) do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;
- e) da disponibilidade de tratamento médico e indenização, conforme estabelece a legislação, caso existam danos a minha saúde, diretamente causados por esta pesquisa; e,
- f) de que se existirem gastos para minha participação nessa pesquisa, esses serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

O pesquisador responsável por este Projeto de Pesquisa é a Prof. Daiana Klein Weber Carissimi, telefone (051) 997078913.

O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do telefone: (051) 3717- 7680.

Local: _____

Data ____ / ____ / ____

Nome e assinatura do voluntário

Nome e assinatura do responsável legal, quando for o caso

Nome e assinatura do responsável pela obtenção do presente consentimento

ANEXO

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE PACIENTES SUBMETIDOS A INTERVENÇÃO CORONARIANA PERCUTÂNEA

Pesquisador: Daiana Klein Weber Carissimi

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 93276918.6.0000.5343

Instituição Proponente: Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.773.922

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de TC denominado "Itinerário terapêutico de pacientes submetidos a intervenção coronariana percutânea", apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul –UNISC, pela acadêmica Carolina Rauber Alves. A orientadora do projeto é a Profa. Daiana Klein Weber Carissimi do mesmo Curso e Universidade. O estudo tem a seguinte questão norteadora: Qual o caminho percorrido pelos pacientes nas redes de atenção à saúde antes da realização da intervenção coronariana percutânea? A pesquisa tem como objetivo identificar o itinerário terapêutico de pacientes que antecede a realização de intervenção coronariana percutânea.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar o itinerário terapêutico de pacientes que antecede a realização de intervenção coronariana percutânea.

Objetivos Secundários:

Identificar o perfil sócio demográfico clínico e comportamental dos pacientes submetidos a intervenção;

Caracterizar a utilização de serviços de saúde antes da intervenção;

Avaliar o acesso ao serviço de alta complexidade; e

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603
Bairro: Universitario **CEP:** 96.815-900
UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51)3717-7680 **E-mail:** cep@unisc.br



Continuação do Parecer: 2.773.922

Verificar os fatores sócio demográficos e comportamentais associados a utilização de serviços de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Em relação aos riscos, os sujeitos podem experimentar algum tipo de constrangimento em responder questões que dizem respeito à sua vida pessoal.

Benefícios:

Os sujeitos podem se beneficiar de reflexões e autocríticas sobre questões relacionadas a sua saúde e qualidade de vida após responder o questionário de pesquisa. Também estão suscetíveis a real percepção de seu estado de saúde, o que facilita na busca de assistência, para atenderem as suas necessidades e obterem melhor desfecho clínico de sua doença.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

As doenças cardiovasculares (DCVs) são a principal causa de mortalidade e incapacidade no Brasil e no mundo. Entre os países em desenvolvimento, há uma tendência a um aumento na mortalidade e morbidade associadas a essas doenças, tornando-as um importante problema de saúde pública, com imposição de elevados custos referentes a assistência à saúde. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que as DCVs sejam responsáveis por 17,3 milhões de mortes por ano no mundo e projeta para o ano de 2030 taxas acima de 23,6 milhões de óbitos/ano. O número crescente de casos de infarto agudo do miocárdio (IAM), particularmente nos países em desenvolvimento, é uma das questões de saúde pública mais relevantes da atualidade. Dessa forma, o estudo tem a seguinte questão norteadora: Qual o caminho percorrido pelos pacientes nas redes de atenção à saúde antes da realização da intervenção coronariana percutânea? A pesquisa tem como objetivo identificar o itinerário terapêutico de pacientes que antecede a realização de intervenção coronariana percutânea. O estudo terá abordagem quantitativa, de delineamento observacional descritivo do tipo transversal e será desenvolvido em um hospital de ensino do interior do estado do Rio Grande do Sul, sendo o mesmo, referência em alta complexidade cardiovascular. A pesquisa será realizada com pacientes submetidos a ICP no período de agosto a outubro de 2018, atendidos no serviço de hemodinâmica do referido hospital, independente de convênio. A amostra será de conveniência por entrada consecutiva. O instrumento de coleta de dados será um questionário, previamente elaborado pelo pesquisador, com questões abertas e fechadas. O instrumento se subdivide em quatro blocos. Bloco A: Dados sociodemográficos, comportamentais e de saúde; Bloco B: Qualidade de vida; Bloco C: Utilização de serviços de saúde e Bloco D: Farmacoterapia e adesão ao tratamento. A coleta dos

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603
Bairro: Universitário **CEP:** 96.815-900
UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51)3717-7680 **E-mail:** cep@unisc.br



Continuação do Parecer: 2.773.922

dados será através da aplicação do questionário em questão, por meio de entrevista aos pacientes, que serão abordados durante a internação hospitalar. A abordagem se dará no setor de hemodinâmica ou na unidade de internação em que o paciente se encontra após a intervenção cardíaca, tendo em média 20min de duração. Em relação aos riscos da pesquisa, os sujeitos podem experienciar algum tipo de constrangimento em responder questões que dizem respeito à sua vida pessoal. Considerando os benefícios, os sujeitos podem se beneficiar de reflexões e autocriticas sobre questões relacionadas a sua saúde e qualidade de vida após responder o questionário de pesquisa. Também estão suscetíveis à real percepção de seu estado de saúde, o que facilita na busca de assistência, para atenderem as suas necessidades e obterem melhor desfecho clínico de sua doença. Os dados coletados serão

compilados em banco de dados, será utilizado o software Statistical Package for the Social Science (SPSS) versão 22.0 e posteriormente analisados. Serão conduzidas análises descritivas para descrever a população e suas características comportamentais e de uso do serviço de saúde. As variáveis categóricas serão expressas por meio de frequências absolutas e relativas e as variáveis contínuas serão expressas por meio de média e desvio padrão. Em seguida, serão realizadas análises para verificar a prevalência do uso de serviços de saúde e sua associação com as variáveis sociodemográficas e comportamentais, por meio do teste do qui-quadrado, adotando-se significância de $p < 0,05$.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos obrigatórios estão presentes e adequados.

Apenas com relação ao cronograma, recomenda-se a adequação das informações, pois no projeto informa que a coleta dos dados será entre os meses de agosto à outubro de 2018 e no documento das informações básicas cita que a coleta será de 01/08/2018 à 31/08/2018.

Recomendações:

Adequar cronograma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

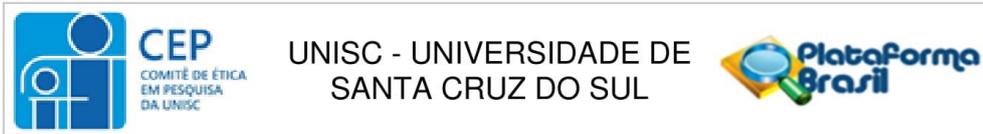
O projeto está aprovado, visto a coleta de dados ocorrer a partir de agosto, porém com a recomendação de adequar o cronograma nos documentos projeto e informações básicas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado com recomendação, qual seja:

- adequar o cronograma em todos os documentos que o exigirem. Deve ser sempre o mesmo cronograma.

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603
Bairro: Universitario **CEP:** 96.815-900
UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51)3717-7680 **E-mail:** cep@unisc.br



Continuação do Parecer: 2.773.922

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1167351.pdf	03/07/2018 10:54:22		Aceito
Outros	Cartadeconhecimentoinstituicao.pdf	03/07/2018 10:41:04	Daiana Klein Weber Carissimi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	03/07/2018 10:38:29	Daiana Klein Weber Carissimi	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	03/07/2018 10:36:37	Daiana Klein Weber Carissimi	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodepesquisa.pdf	03/07/2018 10:34:04	Daiana Klein Weber Carissimi	Aceito
Outros	Cartadeapresentacao.pdf	30/06/2018 17:38:00	Daiana Klein Weber Carissimi	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	30/06/2018 17:24:12	Daiana Klein Weber Carissimi	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA CRUZ DO SUL, 17 de Julho de 2018

Assinado por:
Renato Nunes
(Coordenador)

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603
Bairro: Universitário **CEP:** 96.815-900
UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51)3717-7680 **E-mail:** cep@unisc.br