

COMPARAÇÃO DE PACIENTES CARDIOPATAS COM MAIOR CONHECIMENTO COM PACIENTES COM MENOR CONHECIMENTO SOBRE DOENÇAS CARDIOVASCULARES E O FATOR PROGNÓSTICO

COMPARISON OF CARDIOPATHY PATIENTS WITH MORE KNOWLEDGE WITH PATIENTS WITH LESS KNOWLEDGE ABOUT CARDIOVASCULAR DISEASES AND THE PROGNOSTIC FACTOR

Beatriz Pompeu de Abreu¹
Ana Carolina Worst Bezerra²
Ana Julia Morzelle³
Ellen Rossi Patucci⁴
Rafael Hillebrand Franzon⁵

RESUMO: A cardiologia é uma área da medicina responsável por estudar, por cuidar e por tratar o sistema cardiovascular, que são os vasos sanguíneos e o coração. O médico cardiologista deve conhecer sobre a anatomia e a fisiologia do sistema cardiovascular, as principais afecções, por exemplo, a doença cardiovascular total, os tratamentos essenciais não medicamentosos, medicamentosos e cirúrgico e acerca da classificação de risco das doenças cardiovasculares. Diante disso, essa pesquisa descritiva e observacional com delineamento de carácter transversal fez a coleta dos dados, através da aplicação do Questionário Curto para Avaliar Conhecimento de Pacientes com Doenças Cardiovasculares (CADE-Q SV), no ambulatório de Cardiologia do Centro de Atenção Especializada (CAE), em Cascavel, no estado do Paraná, para realizar a comparação de pacientes cardiopatas que sabem mais com os pacientes que sabem menos acerca das doenças cardiovasculares e observando as variáveis de idade, sexo, medicamento de uso contínuo, tempo de diagnóstico, comorbidades associadas, procedimentos cirúrgicos realizados, tipo de reabilitação cardíaca, renda familiar mensal e grau de escolaridade para identificar o impacto no prognóstico dos pacientes cardiopatas.

1587

Palavras-chave: Doenças cardiovasculares. Cardiopatas. CADE-Q. prognóstico.

ABSTRACT: Cardiology is an area of medicine responsible for studying, caring for and treating the cardiovascular system, which are the blood vessels and the heart. The cardiologist should know about the anatomy and physiology of the cardiovascular system, the main conditions, for example, total cardiovascular disease, the essential non-drug, drug and surgical treatments and about the risk classification of cardiovascular diseases. In view of this, this descriptive and observational research with a cross-sectional design collected data, through the application of the Short Questionnaire to Assess Knowledge of Patients with Cardiovascular Diseases (CADE-Q SV), in the Cardiology outpatient clinic of the Specialized Care Center (CAE), in Cascavel, in the state of Paraná, to compare cardiac patients who know more with patients who know less about cardiovascular diseases and observing the variables of age, gender, continuous use medications, time since diagnosis, associated comorbidities, surgical procedures performed, type of cardiac rehabilitation, monthly family income and level of education to identify the impact on the prognosis of patients with heart disease.

Keywords: Cardiovascular diseases. Heart disease. CADE-Q. Prognosis.

¹ Acadêmica do curso de Medicina, do Centro Universitário Assis Gurgacz.

² Acadêmica do curso de Medicina, do Centro Universitário Assis Gurgacz.

³ Acadêmica do curso de Medicina, do Centro Universitário Assis Gurgacz.

⁴ Acadêmica do curso de Medicina, do Centro Universitário Assis Gurgacz.

⁵ Professor da disciplina de Cardiologia, do Centro Universitário Assis Gurgacz.

1. INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares são responsáveis por 27,7% dos óbitos e atingem cerca de 31,8% dos óbitos, quando são excluídas as causas por fatores externos. E, em 2014, 10,1% das internações, no Brasil, foram ocasionadas por doenças do sistema cardiovascular, e, do total de todas essas internações, cerca de 57,2% foram de indivíduos com mais de 60 anos. (MASSA et al, 2019) Diante disso, este trabalho questionou se os pacientes cardiopatas que sabem mais sobre as doenças cardiovasculares têm melhor prognóstico da doença cardiovascular, ou seja, procuram com mais atenção os serviços de saúde, compreendem a seriedade da enfermidade e têm melhor aderência ao tratamento do que os cardiopatas que sabem menos acerca das doenças cardiovasculares, ou seja, procuram menor o serviço de saúde, compreendem menor a seriedade da enfermidade e têm pior aderência ao tratamento. Além disso, questionou se os pacientes cardiopatas que sabem mais sobre as doenças cardiovasculares não têm melhor prognóstico da doença cardiovascular do que os cardiopatas que sabem menos acerca das doenças cardiovasculares. Portanto, o presente trabalho justifica-se pela necessidade de compreender sobre o prognóstico bom ou ruim dos pacientes cardiopatas de acordo com o quanto de conhecimento que esses apresentam acerca das doenças cardiovasculares.

E ainda, o objetivo deste trabalho consistiu em avaliar, através da aplicação do questionário, o quanto os pacientes cardiopatas do ambulatório de Cardiologia do Centro de Atenção Especializada (CAE), em Cascavel, no estado do Paraná, sabem acerca de doenças cardiovasculares e as predisposições ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares, além de compreender se há impacto no prognóstico destes pacientes enfermos que sabe mais ou menos sobre suas moléstias. A partir da aplicação desta pesquisa, foi possível traçar o perfil epidemiológico dos entrevistados deste ambulatório, por meio da coleta dos dados, que envolviam idade, sexo, medicamentos de uso contínuo, tempo de diagnóstico, comorbidades associadas, procedimentos cirúrgicos realizados, tipo de reabilitação cardíaca, renda familiar mensal e grau de escolaridade. E por fim, ranquear a pontuação dos entrevistados, de acordo com seu nível de conhecimento em muito pouco, pouco, médio e muito conhecimento, para que posteriormente, pudesse realizar a comparação dos acertos globais com as diferentes variáveis e a comparação de cada afirmativa com margem erro superior ou próxima de 50% com as diferentes variáveis epidemiológicas, logo, podendo-se identificar o fator de impacto destas nesta pesquisa.

Portanto, espera-se com esta pesquisa, encontrar o melhor prognóstico nos pacientes que sabem mais acerca das suas doenças cardiovasculares do que aqueles pacientes que sabem menos sobre as doenças cardiovasculares.

2. Referencial teórico

O sistema cardiovascular é composto pelo coração e pelos vasos sanguíneos. O coração é um órgão muscular, oco, em forma de cone, que funciona como se fosse uma bomba contrátil e pulsátil. Esse órgão é dividido em ápice, base e faces esternocostal, diafragmática e pulmonar. O coração apresenta quatro câmaras cardíacas, que são os átrios esquerdo e direito e os ventrículos direito e esquerdo, sendo que a comunicação entre essas estruturas ocorre pelas valvas atrioventriculares, valva mitral e tricúspide, e separação pelos septos, interatrial e interventricular. Além das valvas interventriculares, no coração, há as valvas pulmonar e a aórtica, as quais, respectivamente, fazem a comunicação do ventrículo direito com o tronco pulmonar e a comunicação do ventrículo esquerdo com a aorta. (DUTRA et al, 2019)

Essa bomba possui camadas, as quais são o pericárdio, que se divide em pericárdio fibroso e pericárdio seroso, o qual é formado por duas lâminas: lâmina parietal e visceral. Entre essas lâminas, possui um líquido seroso responsável por lubrificar o coração e evitar o atrito a cada batimento. Já as outras duas camadas do coração são o miocárdio, que é uma camada mais espessa e responsável pela sustentação da musculatura cardíaca e o endocárdio, que é um tecido epitelial e conjuntivo e é responsável pela cobertura interna das paredes atriais e ventricular, das valvas e dos vasos sanguíneos que saem do coração. (DUTRA et al, 2019)

O coração, de um indivíduo adulto, bombeia aproximadamente cinco litros de sangue por minuto. O seu tamanho varia de 13 a 14 cm de altura, 9 cm de largura e 6 cm de espessura. Nos homens, pesa em torno de 280 a 340 gramas e nas mulheres, em torno de 230 e 280 gramas. (DUTRA et, 2019)

O coração é responsável pela sístole, que é a contração, e pela diástole, que é o relaxamento, variando de acordo com a despolarização e repolarização de suas cargas elétricas intracelular e extracelular estimuladas por íons, por exemplo, sódio e potássio, que são conduzidas por um sistema nervoso próprio, o qual é capaz de produzir automaticamente os estímulos elétricos, iniciados por células especializadas que formam o nó sinoatrial. No ciclo cardíaco, ocorre duas grandes fases que são a sístole e a diástole e esses eventos ocorrem desde o início de um batimento até o próximo batimento cardíaco. O ciclo é dividido em cinco etapas, que são a diástole atrial e ventricular, sístole atrial, contração ventricular isovolumétrica, ejeção ventricular e relaxamento cardíaco. Além disso, o coração é músculo estriado de contração involuntário controlado pelos sistemas simpático e parassimpático, os quais são originários do sistema nervoso autônomo e o sistema intrínseco, que é guiado pela lei de Starling. Já o débito cardíaco pode ser entendido como a multiplicação da frequência cardíaca (bpm) pelo volume sistólico e todo o débito cardíaco passa

por meio da circulação para se encontrar em grande quantidade com a circulação sistêmica. (DUTRA et al, 2019)

A função circulatória do coração se dá pela entrada de sangue pelo átrio direito sem oxigênio, através da veia cava superior, que recebe sangue das partes superiores ao coração e a cava inferior dos órgãos inferiores. Por sua vez, o sangue sai do átrio direito e vai para o ventrículo direito, o qual bombeia o sangue para o tronco pulmonar, ramificam em artérias pulmonares direita e esquerda, até chegar aos vasos capilares que irrigam os pulmões. Após a oxigenação do sangue, o retorno ao átrio esquerdo ocorre pelas veias pulmonares inferiores direita e esquerda e superiores direita e esquerda, segue para o ventrículo esquerdo bombeando sangue rico em oxigênio para aorta ascendente e, posteriormente, para todo o organismo. Esse órgão bate em torno de 60 a 100 batimentos por minutos, em adultos e adolescentes sob condições fisiologicamente normais. (DUTRA et al, 2019)

As artérias coronárias são ramificações da aorta responsáveis pela irrigação e oxigenação do coração, elas passam pelos sulcos da superfície cárdica e recebem o nome de artérias coronárias epicárdicas. As artérias coronárias são divididas em artéria coronária direita e tronco da artéria coronária esquerda, a qual se ramifica em artéria circunflexa e ramos, que dá origem a artéria descendente posterior, e artéria descendente anterior e ramos. A artéria coronária direita é responsável por originar o ramo descendente posterior em 90% da população, logo tem dominância direita, porém 10% da população tem dominância esquerda, pois a o ramo descendente posterior é originado do tronco da artéria coronária esquerda. Já a circulação venosa coronariana ocorre nas proximidades das artérias coronárias, sendo responsáveis por coletar o sangue e desembocar no seio coronário, e, posteriormente no átrio direito. (DUTRA et al, 2019)

1590

Ademais, os vasos sanguíneos que compõem o sistema cardiovascular, podem ter três túnicas, que é a túnica íntima, camada mais interna, túnica média, camada intermediária e túnica adventícia, camada mais externa. São divididos em veias, capilares e artérias. Dentro do sistema cardiovascular, as veias mais relevantes são as veias cavas inferior e superior e as veias pulmonares inferiores direita e esquerda e superiores direita e esquerda e as artérias, são tronco pulmonar, que se divide em artérias pulmonares direita e esquerda e aorta. (DUTRA et al, 2019)

A cardiologia é uma área da medicina responsável por estudar, cuidar e tratar o coração e os vasos sanguíneos, sendo uma especialidade responsável por cuidar do coração e do sistema circulatório. Dentro da cardiologia, as principais afecções, em território brasileiro, em 2020, de acordo com relatório Estatística Cardiovascular – Brasil 2020, são doença cardiovascular total - doenças do CID-9 390 a 459 -, como doenças hipertensivas e doenças isquêmicas do coração; doença cerebrovascular; doença arterial coronariana, síndrome coronariana aguda e angina

pectoris; cardiomiopatia e insuficiência cardíaca; doenças valvares, como cardiopatia reumática; fibrilação atrial. (OLIVEIRA et al 2020; BRASIL, 2022)

De acordo com os dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), os fatores de risco mais importantes para a morbidade e mortalidade relacionada às doenças cardiovasculares são a hipertensão arterial sistêmica (HAS), a dislipidemia (hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia), o diabetes mellitus tipo II (DM II) ou resistência insulínica, a obesidade ou sobrepeso, o sedentarismo e o tabagismo. (FERREIRA, 2016)

Os tratamentos das doenças cardiovasculares se baseiam em três pilares: não-medicamentoso, medicamentoso e cirúrgico. O tratamento não medicamentoso está associado às mudanças de estilo de vida, como a prática regular de atividade física; alimentação balanceada com frutas, legumes, vegetais, cereais e carnes e redução do consumo de sal; abandono dos hábitos etilistas e tabagistas; controle de peso; controle do estresse psicoemocional. Em relação ao tratamento medicamentoso, as principais classes utilizadas são as aspirinas, os betabloqueadores, os inibidores da enzima conversora de angiotensina e as estatinas. O tratamento cirúrgico, medida de alto custo e recorrida quando não há mais controle da doença cardiovascular apenas com as mudanças de estilo de vida e com o uso de fármacos, é a cirurgia de revascularização cardíaca, a angioplastia com balão, a reparação e substituição da válvula cardíaca, o transplante de coração e o implante de coração artificial. (V DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2022; OPAS, 2022)

1591

E ainda dentro das doenças cardiovasculares, há a estratificação de risco cardiovascular (RVC), a qual é fundamental para reconhecer e classificar o risco/vulnerabilidade a partir das necessidades, e assim, possibilitando a organização de ações individuais e coletivas que a equipe de saúde pode oferecer. A estratificação de RVC pode ser feita pelo médico ou enfermeiro seguindo as Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2017 e Diretriz Brasileira de Doença Cardiovascular em paciente com Diabetes – 2017. (CALCULADORA PARA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR, 2017; BRASIL, 2013)

Os pacientes são divididos em risco muito alto, por exemplo, síndrome coronariana aguda; risco alto, por exemplo, aneurisma de aorta abdominal; risco intermediário, como homens acima de 40 anos e mulheres acima de 50 anos que nunca tiveram eventos, não tem evidências de doença aterosclerótica e não tem fatores de estratificação de risco; risco baixo, por exemplo pacientes homens com menos de 40 anos e pacientes mulheres com menos de 50 anos sem história de eventos cardiovasculares, sem evidências de doenças ateroscleróticas e não tem fatores de estratificação de risco. As ações variam de acordo com a estratificação do paciente, porém, as ações gerais são

diminuição do perfil lipídico, redução ou manutenção da massa corporal, alterações nos hábitos alimentares, cessar os hábitos etilistas e tabagistas e iniciar ou continuar a prática de atividade física. (BRASIL, 2013)

Na sequência, o Questionário Curto para Avaliar Conhecimento de Pacientes com Doenças Cardiovasculares (CADE-Q SV) é um questionário essencial para ser aplicado em pacientes cardiopatas, que tem o objetivo de visar o autocuidado, para reduzir os fatores de risco, além de uma ferramenta rápida e confiável para avaliar o conhecimento dos cardiopatas no Brasil. A confiabilidade e a clareza deste teste foi validado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) em um estudo com 200 pacientes, que avaliou a consistência interna pelo Kuder-Richardson-20 e alfa de Cronbach; teste-reteste de confiabilidade por meio do coeficiente de correlação interclasse (ICC); estrutura de fatores usando análise fatorial; validade de construto em relação ao nível educacional, renda familiar e tempo diagnóstico. Portanto, é um questionário de boa validade e confiabilidade, que pode ser utilizado em contextos clínicos e de pesquisa, avaliando os conhecimentos dos pacientes com doenças cardiovasculares. (GHISI et al, 2018)

3. METODOLOGIA

Em relação ao tipo de estudo, trata-se de uma pesquisa descritiva e observacional com delineamento de caráter transversal com coleta de dados no ambulatório de Cardiologia do Centro de Atenção Especializada (CAE), em Cascavel, no estado do Paraná, na qual foi comparado os pacientes cardiopatas que sabem mais e menos acerca das doenças cardiovasculares dentro das variáveis idade, sexo, medicamentos de uso contínuo, tempo de diagnóstico, comorbidades associadas, procedimentos cirúrgicos realizados, tipo de reabilitação cardíaca, renda familiar mensal, grau de escolaridade.

Foram incluídos na pesquisa pacientes cardiopatas do ambulatório de Cardiologia do Centro de Atenção Especializada (CAE), em Cascavel, no Paraná, com idade igual ou superior a 18 anos, que firmaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos da pesquisa questionários respondidos de modo incompleto, pacientes menores de 18 anos e pacientes que não são cardiopatas ou que não quiseram participar da pesquisa assinando o TCLE. Os pesquisadores se encarregaram de elaborar e coletar as assinaturas presencialmente nos TCLEs referentes à pesquisa.

A priori, o projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil e, posteriormente, encaminhado para a Escola de Saúde Pública de Cascavel, que permitiu a aplicação dos questionários no ambulatório de cardiologia do Centro de Atenção Especializada (CAE), em Cascavel, estado do Paraná. Após essa etapa, o projeto foi encaminhado para a avaliação do Comitê de Ética em

Pesquisa com seres humanos do Centro Universitário Assis Gurgacz, o qual fora aprovado, e assim, se iniciou a aplicação do questionário no CAE para coleta de dados, e posterior, confecção desta pesquisa.

Os questionários aplicados são sobre “Informações sobre doenças cardíacas: verdadeiro ou falso?” pelo Questionário para Educação do Paciente Coronariano (CADE-Q) modificado, o qual é composto por 20 afirmações e a cada afirmação respondida corretamente foi atribuída uma determinada pontuação, sendo que quanto maior pontuação, maior foi o conhecimento do paciente acerca das doenças cardiovasculares. E a outra parte do questionário aplicado foi sobre as características do sujeito (sexo, idade, medicamentos de uso contínuo, tempo de diagnóstico, comorbidades associadas, procedimentos cirúrgicos realizados, tipo de reabilitação cardíaca, renda familiar mensal e grau de escolaridade). Os questionários foram aplicados, presencialmente, durante os meses de maio, junho e julho de 2023, no CAE, em pacientes cardiopatas do ambulatório de Cardiologia e os entrevistados interessados em participar da pesquisa precisavam assinar o TCLE.

Por se tratar de uma pesquisa que utilizou da aplicação de questionário (estruturado) os riscos envolvidos foram muito baixos, limitando-se a um possível constrangimento ao responder as perguntas. Quando isso ocorreu, o pesquisador protegeu os dados com sigilo e não houve a exposição desses indivíduos. Com relação aos benefícios, espera-se que com essa pesquisa, seja possível identificar idade, sexo, medicamentos de uso contínuo, tempo de diagnóstico, comorbidades associadas, procedimentos cirúrgicos realizados, tipo de reabilitação cardíaca, renda familiar mensal, grau de escolaridade e o quanto o cardiopata sabe acerca das doenças cardiovasculares a fim de compreender sobre o prognóstico bom ou ruim dos pacientes cardiopatas de acordo com o quanto de conhecimento que esses têm acerca das doenças cardiovasculares.

4. Análises e discussão dos resultados

4.1 Análise dos dados

A aplicação do questionário CADE-Q foi realizada entre os meses de maio e julho 2023, em 91 pacientes do Ambulatório de Cardiologia do Centro de Atendimento Especializado - CAE, localizado no município de Cascavel, no estado do Paraná, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para participarem desta pesquisa. O questionário era composto por duas partes, sendo a primeira parte com a identificação do entrevistado, contendo as iniciais do sujeito, profissão, idade, sexo, tempo de diagnóstico, medicamentos de uso contínuo, comorbidades, procedimentos cirúrgicos realizados, tempo de reabilitação cardiovascular, tipo de reabilitação cardiovascular, renda familiar e grau de escolaridade e a segunda parte com 20

afirmações sobre doença cardíacas em Língua Portuguesa, na qual o indivíduo deveria optar pela resposta de verdadeiro, falso e não sei.

Tabela 1 - Características dos entrevistados desta pesquisa (N = 91)			
Variável	Categoria	N	% total
Gênero	Masculino	38	41.76%
	Feminino	53	58.24%
Idade	24-29 anos	2	2.20%
	30-34 anos	1	1.10%
	35-39 anos	2	2.20%
	40-44 anos	1	1.10%
	45-49 anos	6	6.59%
	49-54 anos	9	9.89%
	55-59 anos	10	10.99%
	60-64 anos	9	9.89%
	65-69 anos	17	18.68%
	70-74 anos	14	15.38%
	70-74 anos	14	15.38%
	75-79 anos	14	15.38%
	80-84 anos	4	4.40%
	85-86 anos	2	2.20%
Profissão	Aposentado	42	46.15%
	Do lar	17	18.68%
	Demais profissões	32	35.16%
Grau de escolaridade	Nunca estiveram na escola	5	5.49%
	Ensino fundamental incompleto	48	52.75%
	Ensino fundamental completo	8	8.79%
	Ensino médio incompleto	1	1.10%
	Ensino médio completo	16	17.58%
	Ensino superior incompleto	0	0.00%
	Ensino superior completo	10	10.99%
	Pós-graduação	3	3.30%
Renda familiar	Até 1 salário mínimo	7	7.69%
	1 a 5 salários mínimos	77	84.62%
	5 a 10 salários mínimos	6	6.59%
	10 a 20 salários mínimos	1	1.10%
	Mais 20 salários-mínimos	0	0.00%

Fonte: autoria própria

Acerca da identificação dos 91 entrevistados (*Tabela 1*), 58,42% pertenciam ao gênero feminino (F53) e 41,8% pertencem ao gênero masculino (F38). Em relação às profissões (*Tabela 1*), 46,15% são aposentados (F42), 18,68% são do lar (F17) e 35,16% são demais profissões (F32), como tapeceiro, pedreiro, pensionista, zelador, vidraceiro, agricultor, diarista, operador de máquina, cozinheiro, auxiliar de limpeza, torneiro mecânico, engenheiro mecânico, operador de elevador, cuidador, assistente social, comerciante, gerente de logística, microempreendedor, mecânico, pedagogo, professor, servidor público, administrador hospitalar. Sobre a idade dos entrevistados (*Tabela 1*), 2 entrevistados tinham entre 24 e 29 anos, 1 entrevistado tinha entre 30 e 34 anos, 2 entrevistados entre 35 e 39 anos, 1 entrevistado entre 40 e 44 anos, 6 entrevistados entre 45 e 49 anos, 9 entrevistados entre 49 e 54 anos, 10 entrevistados entre 55 e 59 anos, 9 entrevistados entre 60 e 64 anos, 17 entrevistados entre 65 e 69 anos, 14 entrevistados entre 70 e 74 anos, 14 entrevistados entre 75 e 79 anos, 4 entrevistados entre 80 e 84 anos e 2 entrevistados entre 84 e 86 anos.

Em relação ao grau de escolaridade dos entrevistados (*Tabela 1*), 5,49% nunca estiveram na escola (F5), 52,75% dos entrevistados têm ensino fundamental incompleto (F48), 8,79% possuem ensino fundamental completo (F8), 1,1% dos entrevistados possuem ensino médio incompleto (F1), 17,58% possuem ensino médio completo (F16), 10,99% possuem ensino superior completo (F10) e 3,3% possuem pós graduação (F3). Sobre a renda familiar mensal (*Tabela 1*), 7,69% possuem renda de até 1 salário mínimo (F7), 84,6% têm renda de 1 a 5 salários mínimos (F77), 6,59% possuem renda de 5 a 10 salários mínimos (F6) e 1,1% possuem 10 a 20 salários (F1).

Tabela 2 - Características das comorbidades dos entrevistados desta pesquisa (N = 91)

Variável	Categoria	N	% total
Quantidade de comorbidades associadas	0	1	1.10%
	1	12	13.19%
	2	22	24.18%
	3	31	34.07%
	4	15	16.48%
	5	7	7.69%
	6	2	2.20%
	7	0	0.00%
	8	0	0.00%
	9	1	1.10%

Tipos de comorbidades dos entrevistados desta pesquisa	HAS	65	71.43%
DM ₂		21	23.08%
AVC		6	6.59%
ICC		26	28.57%
Arritmia		22	24.18%
Tabagista ativo ou passivo		8	8.79%
Distúrbio de coagulação		4	4.40%
Doença de Parkinson		1	1.10%
Doença renal		5	5.49%
Doença valvar		18	19.78%
Doença de Chagas		1	1.10%
Pré-diabetes		2	2.20%
Em diagnóstico		2	2.20%
DPOC		1	1.10%
DAOP		2	2.20%
Fibromialgia		1	1.10%
Osteoporose		1	1.10%
Artrose		1	1.10%
Artrite		1	1.10%
Apneia do sono		1	1.10%
Hipertireoidismo		1	1.10%
Hipotireoidismo		6	6.59%
IAM		18	19.78%
Asma		1	1.10%
Dislipidemia		42	46.15%
HPB		1	1.10%
HIV		2	2.20%
Hepatite B		1	1.10%
Hepatite C		1	1.10%

Hipotensão	1	1,10%
Depressão	1	1,10%
Hérnia de disco	1	1,10%

Tempo de diagnóstico	0-5 anos	22	24,17%
	6-10 anos	27	29,67%
	11-20 anos	24	26,37%
	> 20 anos	8	8,79%
	NDA	10	10,98%

Fonte: autoria própria

Em relação às comorbidades (*Tabela 2*), 65 dos entrevistados possuem o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, 42 dos entrevistados possuem dislipidemia, 21 possuem diabetes mellitus tipo 2, 18 já tiveram IAM prévio, 22 possuem arritmia, 8 são tabagistas ativos ou passivos, 26 possuem insuficiência cardíaca congestiva, 6 tiveram AVC prévio, 18 possuem diagnóstico de alguma patologia valvar, 37 indivíduos possuem diagnóstico de outras doenças, como distúrbio de coagulação, Doença de Parkinson, doença renal, pré-diabetes, DPOC, DAOP, fibromialgia, osteoporose, artrose, artrite, apneia do sono, hipertireoidismo, hipotireoidismo, asma, HPB, hepatite B, hepatite C, hipotensão, depressão e hérnia de disco e outros 2 indivíduos estão em processo de diagnóstico de patologias. Acerca do número de comorbidades (*Tabela 2*), 1 entrevistado não possui nenhuma comorbidade, 12 indivíduos possuem 1 comorbidade, 22 indivíduos possuem 2 comorbidades, 31 indivíduos possuem 3 comorbidade, 15 entrevistados possuem 4 comorbidades, 7 entrevistados possuem 5 comorbidades, 2 entrevistados possuem 6 comorbidades e 1 indivíduo possui 9 comorbidades. Em relação ao tempo do diagnóstico (*Tabela 2*), 22 indivíduos têm diagnóstico entre 0 e 5 anos, 27 indivíduos têm diagnóstico entre 6 e 10 anos, 24 indivíduos têm diagnóstico entre 11 e 20 anos, 8 indivíduos têm diagnóstico há mais 20 anos e 10 indivíduos não sabem quanto tempo do diagnóstico ou não possuem nenhum diagnóstico efetivamente no momento da entrevista.

Tabela 3 - Procedimentos cirúrgicos realizados pelos entrevistados desta pesquisa (N = 91)

Variável	Categoria	N	% total
Tipos de procedimentos cirúrgicos realizados	NDA	40	43,96%
	Valvuloplastia	15	16,48%
	Angioplastia	26	28,57%

Cirurgia de revascularização do miocárdio	5	5.49%
Cesárea	2	2.20%
Cirurgia para reconstrução do tímpano	I	1.10%
Cirurgia hepática	I	1.10%
Transplante renal	I	1.10%
Cirurgia de correção de hérnia discal	I	1.10%
Cirurgia para retirada de nódulo em pele	2	2.20%
Mastectomia	I	1.10%
Cirurgia de glaucoma	I	1.10%
Cirurgia para colocação de marcapasso	3	3.30%
Cirurgia de varizes	I	1.10%
Colecistectomia	I	1.10%
Cirurgia de correção de aneurisma de aorta	2	2.20%
Cirurgia de correção de aneurisma cerebral	I	1.10%
Cirurgia para retirada de suprarrenal	I	1.10%

Tipos de reabilitação cardíaca	RC pública	27	29.67%
	RC privada	I	1.10%

Tempo de reabilitação cardíaca	< 1 ano	3	3.30%
	1-2 anos	5	5.49%
	3-5 anos	11	12.09%
	6-10 anos	2	2.20%
	> 10 anos	4	4.40%

Fonte: autoria própria

Em relação às cirurgias prévias (*Tabela 3*), 40 indivíduos não realizaram nenhum procedimento cirúrgico prévio, 15 realizaram valvuloplastia, 26 realizaram angioplastia, 5 realizaram cirurgia de revascularização do miocárdio e 19 entrevistados realizaram outros procedimentos cirúrgicos, como cesárea, cirurgia de reconstrução do tímpano, cirurgia hepática,

transplante renal, cirurgia de correção de hérnia discal, cirurgia para retirada de nódulo em pele, mastectomia, cirurgia de glaucoma, cirurgia para colocação de marcapasso, cirurgia de varizes, colecistectomia, cirurgia para correção de aneurisma de aorta, cirurgia para correção de aneurisma cerebral e cirurgia para retirada de suprarenal. Em relação àqueles indivíduos que realizaram reabilitação do miocárdio (Tabela 3), 27 realizaram no serviço de saúde pública e 1 realizou no serviço de saúde privado. Ainda acerca dos indivíduos que realizaram reabilitação cardíaca (Tabela 3), 3 indivíduos realizaram há menos de 1 ano, 5 indivíduos realizaram entre 1 e 2 anos atrás, 11 indivíduos realizaram entre 3 e 5 anos atrás, 2 indivíduos realizaram entre 6 e 10 anos atrás e 4 indivíduos realizaram há mais de 10 anos.

Tabela 4 - Características dos medicamentos utilizados pelos entrevistados desta pesquisa (N = 91)

Variável	Categoria	N	% total
Quantidade de classes farmacológicas de uso diário	0	10	10.99%
	1	9	9.89%
	2	10	10.99%
	3	15	16.48%
	4	25	27.47%
	5	8	8.79%
	6	6	6.59%
	7	5	5.49%
	8	1	1.10%
	9	1	1.10%
	10	0	0.00%
	11	1	1.10%

1599

Tipos de classes farmacológicas de uso diário	BRA	47	51.65%
	Estatina de baixa potência	40	43.96%
	Estatina de alta potência	9	9.89%
	BB	46	50.55%
	BCC	6	6.59%
	IECA	10	10.99%
	Anticoagulante oral	39	42.86%

NOACS	7	7.69%
Salicilato	19	20.88%
Antiarrítmico classe III	4	4.40%
DIU tiazídico	15	16.48%
DIU de alça	22	24.18%
DIU poupador de potássio	18	19.78%
Fibrato	3	3.30%
SGLT ₂	3	3.30%
Insulina	3	3.30%
Biguanida	13	14.29%
Entresto TM	2	2.20%
Vasodilatador coronariano	1	1.10%
Anti-isquêmico	1	1.10%
Vasodilatador periférico	1	1.10%
Agonista alfa 2 adrenérgico	1	1.10%
Naprix TM	1	1.10%
Digitálico	1	1.10%
Ablok plus TM	1	1.10%

Fonte: autoria própria

Sobre os medicações de uso contínuo relevantes para esta pesquisa (*Tabela 4*), 47 dos entrevistados utilizam bloqueadores do receptor de angiotensina II (BRA), 39 utilizam anticoagulantes orais, 40 utilizam estatina de baixa potência, 46 utilizam betabloqueador (BB), 10 utilizam inibidor da enzima conversora da angiotensina II (iECA), 6 utilizam bloqueador do canal de cálcio (BCC), 9 utilizam estatina de alta potência, 15 utilizam diuréticos tiazídicos (DIU tiazídico), 22 utilizam diuréticos de alça (DIU alça), 7 utilizam novas anticoagulantes orais (NOACS), 19 utilizam salicilato, 18 utilizam diurético poupador de potássio (DIU poupador de potássio), 13 utilizam biguanidas e 23 utilizam outras farmacológicas, como antiarrítmico classe III, fibrato, SGLT₂, insulina, EntrestoTM, vasodilatador coronariano, anti-isquêmico, vasodilatador periférico, agonista alfa 2 adrenérgico, NaprixTM, digitálico e Ablok plusTM. Em relação ao número de classes farmacológicas utilizadas pelos entrevistados (*Tabela 4*), 10 indivíduos utilizam nenhuma medicamento, 9 utilizam de 1 medicamento, 10 indivíduos utilizam entre 2 medicamentos, 15 indivíduos utilizam de 3 medicamento, 25 indivíduos utilizam de 4

medicamentos, 8 indivíduos utilizam de 5 medicamentos, 6 indivíduos utilizam de 6 medicamentos, 5 indivíduos utilizam 7 medicamentos, 1 indivíduo utiliza 8 medicamentos, 1 indivíduo utiliza 9 medicamentos e 1 indivíduos utiliza 11 medicamentos diariamente.

Tabela 5 - Quantidade de acertos dos entrevistados desta pesquisa (N = 91)

Variável	Categoria	N	% total
Total de acertos no questionário	6 acertos	1	1.10%
	7 acertos	1	1.10%
	9 acertos	4	4.40%
	10 acertos	5	5.49%
	11 acertos	6	6.59%
	12 acertos	5	5.49%
	13 acertos	12	13.19%
	14 acertos	19	20.88%
	15 acertos	19	20.88%
	16 acertos	10	10.99%
	17 acertos	7	7.69%
18 acertos	2	2.20%	

1601

Divisão por conhecimento	Muito pouco conhecimento	0	0.00%
	Pouco conhecimento	11	12.09%
	Médio conhecimento	61	67.03%
	Muito conhecimento	19	20.88%

Fonte: autoria própria

Acerca das 20 afirmações do CADE-Q (*Tabela 5*), 1 entrevistado acertou 6 afirmativas, 1 entrevistado acertou 7 afirmativas, 4 entrevistados acertaram 9 afirmativas, 5 indivíduos acertaram 10 afirmativas, 6 indivíduos acertaram 11 afirmativas, 5 indivíduos acertaram 12 afirmações, 12 indivíduos acertaram 13 afirmativas, 19 indivíduos acertaram 14 afirmativas, 19 indivíduos acertaram 15 afirmações, 10 entrevistaram acertaram 16 afirmações, 7 entrevistados acertaram 17 questões e 2 entrevistaram acertaram 18 questões. Em relação a divisão de conhecimento dos entrevistados (*Tabela 5*), 12,09% dos entrevistados demonstraram pouco conhecimento (6 a 10 acertos), sendo 11 indivíduos, 67,03% dos entrevistados obtiveram médio

conhecimento (11 a 15 acertos), sendo 61 indivíduos, 20,88% dos entrevistados demonstraram muito conhecimento (16 a 20 acertos), sendo 19 indivíduos.

Tabela 6 - Frequências de acertos do CADE-Q			
Frequência (n%)			
Questão	Acertos	Erros	Não sei
1	83 (91,2)	7 (7,7)	1 (1,1)
2	79 (86,8)	9 (9,9)	3 (3,3)
3	39 (42,9)	1 (1,1)	51 (56)
4	72 (79,1)	8 (8,8)	11 (12,1)
5	42 (46,2)	40 (44)	9 (9,9)
6	67 (73,6)	11 (12,1)	13 (14,3)
7	54 (59,3)	32 (35,2)	5 (5,5)
8	66 (72,5)	10 (11)	15 (16,5)
9	85 (93,4)	3 (3,3)	3 (3,3)
10	60 (65,9)	12 (13,2)	19 (20,9)
11	3 (3,3)	60 (65,9)	28 (30,8)
12	84 (92,3)	6 (6,6)	1 (1,1)
13	77 (84,6)	7(7,7)	7 (7,7)
14	72 (79,1)	7 (7,7)	12 (13,2)
15	70 (76,9)	8 (8,8)	13 (14,3)
16	75 (82,4)	11 (12,1)	5 (5,5)
17	51 (56)	35 (38,5)	5 (5,5)
18	72 (79,1)	14 (15,4)	5 (5,5)
19	88 (96,7)	2 (2,2)	1 (1,1)
20	86 (94,5)	4 (4,4)	1 (1,1)

Fonte: autoria própria

Em relação a frequência de acertos do CADE-Q (Tabela 6), 91,2% dos entrevistados acertaram a afirmação 1. Em relação à afirmação 2, 86,8% dos entrevistados acertaram a afirmação. Sobre a afirmação 3, 42,9% acertaram, 1,1% errou e 56% não souberam responder. Em relação à afirmação 4, 79,1% dos indivíduos acertaram a afirmação. Sobre a afirmação 5, 46,2% dos entrevistados consideraram como falsa e 44% como verdadeira. Em relação à afirmação 6, 73,6% acertaram a resposta. Em relação à afirmação 7, 59,3% responderam como verdadeira e 35,2%

responderam como falsa. Acerca da afirmação 8, 72,5% responderam como verdadeira. Em relação à afirmação 9, 93,4% acertaram a pergunta. Sobre a afirmação 10, 65,9% responderam como verdadeira, 13,2% responderam como falsa e 20,9% não souberam responder. Em relação à afirmação 11, 65,9% responderam como verdadeira e 30,8% não souberam responder. Em relação a afirmativa 12, 92,3% responderam como verdadeira. Sobre a afirmação questão 13, 84,6% responderam como falsa. Acerca da afirmativa 14, 79,1% responderam como verdadeira. Em relação à afirmação 15, 76,9% responderam como verdadeira, 14,3% não souberam responder e 8,8% como falsa. Sobre a afirmação 16, 82,2% responderam como falsa. Acerca da afirmação 17, 56% responderam como verdadeira, 38,5% responderam como falsa e 5,5% não souberam responder. Sobre a afirmativa 18, 79,1% responderam como falsa. Sobre a afirmação 19, 96,7% responderam como verdadeira. Em relação a afirmativa 20, 94,5% responderam como verdadeira.

Sobre as afirmações 3 ("angina" é dor no peito ou desconforto no braço, costas ou pescoço), 5 (comer mais carnes e laticínios é um bom jeito de incluir mais fibras na alimentação), 7 (a única forma eficaz de gerenciar o estresse é evitar pessoas que causam sensações desagradáveis), 8 (fazer aquecimento antes de se exercitar aumenta a frequência cardíaca e diminui a probabilidade de ter angina), 11 (Os medicamentos do grupo das "estatinas", como a atorvastatina (Lipitor™), limitam a quantidade de colesterol que o organismo absorve dos alimentos) e 17 (você está se exercitando no nível adequado quando a frequência cardíaca está dentro da sua zona alvo e você ainda consegue falar sem dificuldade) observa-se uma taxa de erro superior ou próxima a 50% (Tabela 6), sendo por não saber nada acerca da afirmativa ou por responder de forma errônea.

Tabela 7 - Relacionando o número de acertos no CADE-Q com as variáveis

Variável	Coefficiente	Valor-p
Idade	0.04065919181	0.7019715113
Sexo	0.04977362658	0.6394006126
Tempo de diagnóstico	-0.00932486429	0.9300946561
Número de comorbidades	0.1237293015	0.2426123303
Número de procedimentos cirúrgicos realizados	0.02702725699	0.7992592219
Tipo de reabilitação cardíaca	0.1537424126	0.1456690676
Tempo de reabilitação cardíaca	0.02599682005	0.8067607805
Renda familiar	-0.03621544518	0.7332470872
Grau de escolaridade	0.00564572682	0.9576421082
Número de classes farmacológicas de uso contínuo	0.2413832563	0.02116575119

Fonte: autoria própria

A fim de correlacionar as variáveis, foi utilizado o teste não paramétrico de Pearson que mede a relação linear entre duas variáveis, sendo que o coeficiente pertence ao intervalo $[-1, 1]$, uma vez que -1 indica uma forte relação linear negativa, ou seja, conforme uma variável aumenta, a outra diminui proporcionalmente, se próximo de zero, indica pouca, ou nenhuma, relação e se próximo de $+1$, indica uma forte relação linear positiva, ou seja, conforme uma variável aumenta, a outra também aumenta na mesma proporção. E para cada coeficiente de Pearson, foi calculado seu nível de significância estatística, denominado valor-p, escolhendo o nível de significância de 5% para indicar se há ou não relevância estatística do teste não paramétrico empregado. Portanto, se o valor calculado for menor que 5%, indica que há evidência da relação entre as variáveis correlacionadas neste estudo.

Correlacionando-se o número de acertos e a idade (*Tabela 7*), obteve-se o valor p de 0,7020. Correlacionou-se as variáveis número de acertos e sexo (*Tabela 7*), obteve-se valor-p = 0,6394. Foram correlacionadas as variáveis acertos e tempo de diagnóstico (*Tabela 7*), têm-se o valor de 0,9301. Correlacionou-se as variáveis acertos e número de comorbidades (*Tabela 7*), obteve-se o valor-p = 0,2426. Utilizou-se as variáveis número de acertos e número de procedimentos cirúrgicos realizados (*Tabela 7*), têm-se o valor-p = 0,7992. Utilizou-se o número de acertos com o tipo de reabilitação cardíaca (*Tabela 7*), obteve-se valor-p = 0,1456. Correlacionando-se o número de acertos e o tempo de reabilitação cardíaca (*Tabela 7*), obteve-se o valor-p de 0,8067. Correlacionou-se as variáveis acertos e renda familiar (*Tabela 7*), obteve-se o valor-p = 0,7332. Utilizou-se as variáveis número de acertos e escolaridade (*Tabela 7*), têm-se o valor-p de 0,9576. Ao realizar a correlação do número de acertos com o número de classes farmacológicas de uso contínuo (*Tabela 7*), obteve-se o valor-p = 0,0212.

Tabela 8 - Relacionando a afirmativa 3 no CADE-Q com as variáveis

Variável	Coeficiente	Valor-p
Idade	-0.1091486286	0.3030575056
Sexo	0.09236254478	0.3838820025
Tempo de diagnóstico	-0.02903336159	0.7847075222
Número de comorbidades	-0.1109734321	0.2949964946
Número de procedimentos cirúrgicos realizados	-0.09726330585	0.3590464248
Tipo de reabilitação cardíaca	0.02415316191	0.8202258448
Tempo de reabilitação cardíaca	-0.1866298477	0.07650712816
Renda familiar	-0.08287288332	0.4348183202
Grau de escolaridade	-0.1215214514	0.2511857439
Número de classes farmacológicas de uso contínuo	-0.08085282811	0.4461356909

Fonte: autoria própria

Ao se relacionar a afirmativa 3 com as seguintes variáveis (*Tabela 8*), obteve-se os seguintes valores: idade tem valor-p = 0,3030, sexo tem valor-p = 0,3839, tempo de diagnóstico obteve valor-p = 0,7847, número de comorbidade obteve valor-p = 0,2950, número de procedimentos cirúrgicos realizados tem valor-p = 0,3590, tipo de reabilitação cardíaca tem valor-p = 0,8202, tempo de revascularização cardíaca obteve valor-p = 0,0765, renda familiar tem valor-p = 0,4348, grau de escolaridade tem valor-p = 0,2512 e número de classes farmacológicas de uso contínuo obteve valor-p = 0,4461.

Tabela 9 - Relacionando a afirmativa 5 no CADE-Q com as variáveis

Variável	Coefficiente	Valor-p
Idade	-0.00439311548	0.9670339995
Sexo	0.1211492179	0.2526514025
Tempo de diagnóstico	0.05831092796	0.5829857139
Número de comorbidades	0.05937408745	0.5761231397
Número de procedimentos cirúrgicos realizados	0.05384721915	0.612199122
Tipo de reabilitação cardíaca	0.1534785902	0.1463698912
Tempo de reabilitação cardíaca	0.02591037719	0.807390888
Renda familiar	-0.01980931294	0.8521508612
Grau de escolaridade	0.08356963536	0.4309528936
Número de classes farmacológicas de uso contínuo	-0.02236275948	0.8333520455

Fonte: autoria própria

Ao se relacionar a afirmativa 5 com as seguintes variáveis (*Tabela 9*), obteve-se os seguintes valores: idade tem valor-p = 0,9670, sexo tem valor-p = 0,2526, tempo de diagnóstico tem valor-p = 0,5830, número de comorbidade tem valor-p = 0,5830, número de procedimentos cirúrgicos realizados obteve valor-p = 0,6122, tipo de reabilitação cardíaca tem valor-p = 0,1464, tempo de reabilitação cardíaca obteve valor-p = 0,8074, renda familiar tem valor-p = 0,8522, grau de escolaridade obteve valor-p = 0,4310 e número de classes farmacológicas de uso contínuo tem valor-p = 0,8333.

Tabela 10 - Relacionando a afirmativa 7 no CADE-Q com as variáveis

Variável	Coefficiente	Valor-p
Idade	-0.004179598156	0.9686354043
Sexo	-0.1844602167	0.08005501567
Tempo de diagnóstico	-0.09427863116	0.3740513018
Número de comorbidades	-0.05834858112	0.582742028
Número de procedimentos cirúrgicos realizados	0.03374922925	0.7507981896

Tipo de reabilitação cardíaca	-0.1243739412	0.2401477108
Tempo de reabilitação cardíaca	0.09101411897	0.3908925404
Renda familiar	-0.04987855235	0.638693746
Grau de escolaridade	0.117601426	0.266914837
Número de classes farmacológicas de uso contínuo	-0.1935057842	0.06608871154

Fonte: autoria própria

Ao se relacionar a afirmativa 7 com as seguintes variáveis (*Tabela 10*), obteve-se os seguintes valores: idade tem valor-p = 0,9686, sexo tem valor-p = 0,0801, tempo de diagnóstico tem valor-p = 0,3741, número de comorbidade obteve valor-p = 0,5827, número de procedimentos cirúrgicos realizados tem valor-p = 0,7510, tipo de reabilitação cardíaca tem valor-p = 0,2401, tempo de reabilitação cardíaca obteve valor-p = 0,3910, renda familiar obteve valor-p = 0,6387, grau de escolaridade tem valor-p = 0,2669 e número de classes farmacológicas de uso contínuo tem valor-p = 0,0661.

Tabela 11 - Relacionando afirmativa 8 no CADE-Q com as variáveis		
Variável	Coeficiente	Valor-p
Idade	-0.2105009475	0.04519953522
Sexo	-0.06068616252	0.5677058907
Tempo de diagnóstico	-0.1103253379	0.2978431041
Número de comorbidades	-0.2131466255	0.04250354482
Número de procedimentos cirúrgicos realizados	-0.03434605061	0.7465388121
Tipo de reabilitação cardíaca	-0.005643721914	0.9576571364
Tempo de reabilitação cardíaca	-0.04423271885	0.6771728701
Renda familiar	0.0162090617	0.8787948922
Grau de escolaridade	-0.03698525549	0.7277961159
Número de classes farmacológicas de uso contínuo	0.01149507867	0.9138816673

Fonte: autoria própria

Ao se relacionar a afirmativa 8 com as seguintes variáveis (*Tabela 11*), obteve-se os seguintes valores: idade tem valor-p = 0,0452, sexo obteve valor-p = 0,5677, tempo de diagnóstico tem valor-p = 0,2978, número de comorbidade tem valor-p = 0,0425, número de procedimento cirúrgicos realizados obteve valor-p = 0,7465, tipo de reabilitação cardíaca tem valor-p = 0,9576, tempo de reabilitação cardíaca obteve valor-p = 0,6771, renda familiar tem valor-p = 0,8788, grau

de escolaridade tem valor-p = 0,7278 e número de classes farmacológicas de uso contínuo obteve valor-p= 0,9138.

Tabela 12 - Relacionando a afirmativa II no CADE-Q com as variáveis		
Variável	Coefficiente	Valor-p
Idade	-0.1798539922	0.08802279975
Sexo	-0.03896835721	0.7138167149
Tempo de diagnóstico	-0.1471786374	0.1638677934
Número de comorbidades	-0.08191257809	0.4401779937
Número de procedimentos cirúrgicos realizados	-0.03749932961	0.7241634987
Tipo de reabilitação cardíaca	-0.08021625661	0.4497359541
Tempo de reabilitação cardíaca	-0.2182293238	0.03769878177
Renda familiar	-0.04204869211	0.6922901651
Grau de escolaridade	0.122802637	0.2461857449
Número de classes farmacológicas de uso contínuo	-0.3030081849	0.00350569133

Fonte: autoria própria

Ao se relacionar a afirmativa II com as seguintes variáveis (Tabela 12), obteve-se os seguintes valores: idade tem valor-p = 0,0880, sexo tem valor-p = 0,7138, tempo de diagnóstico tem valor-p = 0,1638, número de comorbidade tem valor-p = 0,4402, número de procedimentos cirúrgicos realizados tem valor-p = 0,7241, tipo de reabilitação cardíaca obteve valor-p = 0,4500, tempo de reabilitação cardíaca tem valor-p = 0,0380, renda familiar obteve valor-p = 0,6922, grau de escolaridade obteve valor-p = 0,2461 e número de classes farmacológicas de uso contínuo tem valor-p = 0,0030.

Tabela 13 - Relacionando a afirmativa 17 no CADE-Q com as variáveis		
Variável	Coefficiente	Valor-p
Idade	-0.01345638085	0.8992594554
Sexo	-0.1326991959	0.2098695761
Tempo de diagnóstico	0.04622747357	0.6634763022
Número de comorbidades	-0.05182673198	0.6256283627
Número de procedimentos cirúrgicos realizados	-0.01683952194	0.8741184766
Tipo de reabilitação cardíaca	0.04923358937	0.6430438314
Tempo de reabilitação cardíaca	-0.1268635396	0.2307924299

Renda familiar	0.1065824547	0.3146347926
Grau de escolaridade	0.1789880028	0.0895886945
Número de classes farmacológicas de uso contínuo	0.04950746117	0.6411951659

Fonte: autoria própria

Ao se relacionar a afirmativa 17 com as seguintes variáveis (*Tabela 13*), obteve-se os seguintes valores: idade tem valor-p = 0,899, sexo tem valor-p = 0,2099, tempo de diagnóstico tem valor-p = 0,6635, tempo de diagnóstico obteve valor-p = 0,6634, número de comorbidade obteve valor-p = 0,6256, número de procedimentos cirúrgicos realizados tem valor-p = 0,8741, tempo de reabilitação cardíaca obteve valor-p = 0,2308, renda familiar tem valor-p = 0,3149, grau de escolaridade tem valor-p = 0,0896 e número de classes farmacológicas de uso contínuo obteve valor-p = 0,6411.

4.2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A partir da análise dos dados coletados por esta pesquisa, é possível identificar o perfil epidemiológico dos 91 entrevistados no ambulatório de cardiologia do Centro de Atendimento Especializado (CAE), localizado no município de Cascavel, no estado do Paraná. O grupo de entrevistados é majoritariamente pertencente ao sexo feminino, idoso (acima de 60 anos), aposentado, com grau de escolaridade referente ao ensino fundamental incompleto e renda familiar entre 1 e 5 salários mínimos. Acerca da comorbidade predominante deste grupo é hipertensão arterial sistêmica (HAS) e maioria possui de 1 a 4 comorbidades associadas, além disso o tempo de diagnóstico permeia de 0 a 10 anos da data desta pesquisa. Em sua grande maioria, os entrevistados não possuem nenhum procedimento cirúrgico realizado previamente a este trabalho e dentre aqueles possuem, os procedimentos realizados são angioplastia e valvuloplastia. Sobre os entrevistados que realizaram reabilitação cardíaca, a imensa maioria realizou no serviço público de saúde por volta de 1 e 2 anos atrás. Em relação ao número de classes farmacológicas de uso contínuo, os indivíduos fazem uso de 0 a 5 classes diariamente, em sua maioria, já os medicamentos mais utilizados pertencem a classes dos bloqueadores do receptor de angiotensina II (BRA), anticoagulantes orais, estatinas de baixa potência e betabloqueadores (BB).

Acerca das afirmativas do CADE-Q, a maioria dos entrevistados apresentou médio conhecimento sobre as afirmações, demonstrando que acertaram entre 11 e 15 alternativas. Ao relacionar a quantidade de acertos com as diferentes variáveis, observa-se que apenas a quantidade afirmativas acertadas relacionada com número de classes farmacológicas de uso contínuo apresenta significância estatística. Observando-se o coeficiente de 0,2413 da relação entre estas

duas variáveis, nota-se que a medida que o indivíduo acertar uma maior quantidade de afirmações, maior será a quantidade de classes farmacológicas utilizadas diariamente por este. Por sua vez, indica que os entrevistados, os quais fazem uso de mais medicamentos, acabam por terem maior conhecimento acerca deste questionário, visto que ao fazer uso de mais de uma classe de medicamento por dia, leva o indivíduo a aprofundar mais os conhecimentos acerca da sua comorbidade e melhora do seu prognóstico, como compreender melhor os benefícios da prática de atividade e alimentação saudável alinhado o uso dos medicamentos diários.

Além disso, foi averiguado falta de conhecimento da grande maioria entre as afirmativas afirmações 3, 5, 7, 8, 11 e 17. Quando se correlacionou essas afirmativas com as diferentes variáveis, foi notado que apenas há relações de significância inferior a 5%, quando relacionada afirmativa 7 com o número de classes farmacológicas de uso contínuo, afirmativa 8 com a idade, afirmativa 8 com o número de comorbidades, afirmativa 11 com tempo de reabilitação cardíaca e a afirmativa 11 com número de classes farmacológicas de uso contínuo.

A partir da comparação entre a afirmativa 7 com a variável número de classes farmacológicas de uso contínuo, observa-se que há evidência de que as variáveis analisadas estão correlacionadas. Em relação ao coeficiente de $-0,1935$, é possível inferir que os indivíduos acertam mais a alternativa 7, utilizam-se de menor número de classes de medicamentos diariamente, ou seja, o entrevistado que utiliza a quantidade máxima de medicamento, terá um menor índice de acerto na afirmativa 7. Portanto, percebe-se que o indivíduo faz uso de mais uma classe de medicamentos diariamente, seja por ter várias comorbidades, quanto pelo avançar da doença, não é indicativo de maior conhecimento acerca desta afirmativa sobre as doenças cardiovasculares deste questionário, indicando que os indivíduos com menor conhecimento apresentam um pior prognóstico acerca da sua enfermidade.

Sobre a comparação da afirmativa 8 com a idade e a comparação da afirmativa 8 com o número de comorbidades, em ambos os casos observa-se uma relação de significância menor que 5% e um coeficiente negativo, ou seja, indicando que à medida que o indivíduo acerta a afirmativa 8, mais jovem será, e à medida que acerta a afirmativa 8, menor será seu número de comorbidades associadas, respectivamente. Neste quesito, demonstra que os indivíduos mais jovens, por apresentarem mais acesso à educação, em sua grande maioria, consegue ter melhor conhecimento acerca da fisiologia do esporte, que é cobrado por esta afirmativa, justificando o maior índice de acerto desta afirmativa entre os mais jovens, e assim, evidenciando que o maior conhecimento, leva ao melhor prognóstico de uma enfermidade, já que pessoas mais jovens têm maior expectativa de vida quando identifica a moléstia precocemente. Além disso, o maior índice de acerto da afirmativa 8 dentre aqueles que possuem maior comorbidades, explica-se pela maior busca pelo

conhecimento sobre as particularidades do organismo na construção da melhora do prognóstico para com as suas comorbidades, através da prática de atividade física, por exemplo.

Em relação a afirmativa II, têm-se relação de significância quando comparada com o tempo de reabilitação cardíaca e o número de classes farmacológicas. Através do coeficiente negativo de ambas, nota-se que a medida que o indivíduo acerta mais a afirmativa II, menor será o tempo de sua reabilitação cardíaca e menor será a quantidade de classes farmacológicas utilizadas diariamente, respectivamente. Logo, demonstrando que aqueles que realizaram a reabilitação cardíaca (angioplastia e cirurgia de revascularização do miocárdio) conseguem compreender de forma mais adequada o mecanismo de ação da estatina, já que este grupo necessita de metas rigorosas de controle do LDL para garantir uma melhora da sobrevida, além de ter tido um recente contato com a forma mais aguda da doença, por exemplo, infarto agudo do miocárdio, indicando um conhecimento mais atual do assunto. E, em relação, ao maior número de classes farmacológicas, demonstra que um maior conhecimento e melhor prognóstico, uma vez que a estatina faz parte das classes de fármacos mais utilizados pelo grupo dos cardiopatas e quando observado os níveis adequados de LDL no paciente cardiopata, leva as melhores expectativas de vida.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

1610

O sistema cardiovascular é composto pelo coração e pelos vasos sanguíneos, sendo o coração uma bomba contrátil e pulsátil com quatro câmaras. Suas camadas incluem o pericárdio, miocárdio e endocárdio. O ciclo cardíaco envolve sístole e diástole, controlados pelo sistema nervoso autônomo. As artérias coronárias irrigam o coração, enquanto a circulação sanguínea ocorre através de veias e artérias. A função circulatória do coração inclui a entrada de sangue não oxigenado no átrio direito, sua passagem pelos pulmões para oxigenação e o bombeamento de sangue oxigenado para o corpo. O coração possui uma frequência de batimentos de 60 a 100 por minuto em condições normais.

A cardiologia, especialidade médica voltada ao estudo do coração e vasos sanguíneos, enfrenta desafios relacionados a diversas condições cardiovasculares no Brasil, como hipertensão, doenças isquêmicas e valvares, entre outras. Em relação aos fatores de risco primordiais para doenças cardiovasculares, segundo a OMS, abrange hipertensão, dislipidemia, diabetes, obesidade, sedentarismo e tabagismo, destacando a importância da prevenção. Acerca dos tratamentos para essas condições incluem três pilares grandes pilares: não medicamentoso, medicamentoso e cirúrgico. As mudanças no estilo de vida estão incluídas as atividade física regular, alimentação equilibrada, abandono de hábitos prejudiciais e controle do estresse; sobre os

medicamentos têm as aspirinas (AAS), betabloqueadores (BB) e estatinas como comuns, e em casos mais avançados, conta-se com os procedimentos cirúrgicos, como revascularização cardíaca. Acerca da estratificação de risco cardiovascular, essa é essencial para personalizar intervenções de saúde, classificando pacientes em categorias de risco. Ações específicas, como a redução do perfil lipídico e a promoção de hábitos saudáveis, variam conforme a estratificação.

Sobre o Questionário Curto para Avaliar Conhecimento de Pacientes com Doenças Cardiovasculares (CADE-Q SV), que é uma ferramenta validada, reconhecida pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, utilizada para avaliar o conhecimento de pacientes cardíacos, que incentivar o autocuidado, reduzir fatores de risco e contribuir para o manejo eficaz das doenças cardiovasculares em contextos clínicos e de pesquisa, sendo base norteadora para identificar o perfil epidemiológico dos entrevistados desta pesquisa e compreender se os cardiopatas com maiores conhecimentos acerca das doenças cardiovasculares têm melhores prognósticos.

Através das variáveis utilizadas por esta pesquisa, é possível identificar que os pacientes com melhores conhecimentos acerca das doenças cardiovasculares têm um melhor prognóstico em relação aqueles que não sabem, sendo identificada pelos valor-p quando relacionado às variáveis números de afirmativas acertadas com o número de classes farmacológicas de uso diário, afirmativa 7 com o número de classes farmacológicas de uso contínuo, afirmativa 8 com a idade, afirmativa 8 com o número de comorbidades associadas, afirmativa 11 com tempo de reabilitação cardíaca e a afirmativa 11 com número de classes farmacológicas de uso contínuo.

1611

Portanto, este estudo desempenha um papel crucial na expansão do conhecimento da cardiologia, especialmente na cidade de Cascavel, estado do Paraná, enriquecendo a compreensão das doenças cardiovasculares. Ele tem potencial para orientar futuras pesquisas e inovações médicas, contribuindo para a evolução contínua da medicina e abrindo horizontes para melhorias no tratamento das doenças cardiovasculares e seus prognósticos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Disponível < <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTIxNA==> > acessado em 11 de outubro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Morbidade Hospitalar do SUS CID-9 Lista estendida de tabulação. Disponível < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/mxcid9le.htm> - cid 9 > acessado em 11 de outubro de 2022.

CALCULADORA PARA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR. Atualização da diretriz brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose - 2017 & Diretriz

brasileira de prevenção de doenças cardiovasculares em pacientes com diabetes – 2017. Disponível em <<http://departamentos.cardiol.br/sbc-da/2015/CALCULADORAER2017/index.html>> acessado em 11 de outubro de 2022.

DUTRA, AF; NICOLA, ALP; SOUZA, LA; YAMAGUTI, STF; SILVA, APL. Capítulo I: Anatomia e fisiologia cardiovascular. HCOR – ECI. 2019. Disponível em <<https://editoradoseditores.com.br/wp-content/uploads/2019/01/Cap.01-HCOR-ECI.pdf>> acessado em 11 de outubro de 2022.

FERREIRA, ME. Síndrome metabólica e doenças cardiovasculares: do conceito ao tratamento. Revista Arquivos Catarinenses de Medicina. 2016. Disponível em <<https://revista.acm.org.br/index.php/arquivos/article/view/142/119>> acessado em 11 de outubro de 2022.

GHISI, GLM; CHAVES, GSS; LOURES, JB; BONFIM, GM; BRITTO, R. Validação da Versão Brasileira do Questionário Curto para Avaliar Conhecimento de Pacientes com Doenças Cardiovasculares (CADE-Q SV). Arq. Bras. Cardiol. 2018; 111(6): 841-849. Disponível em <<https://doi.org/10.5935/abc.20180169>> acessado em 11 de outubro de 2022.

MASSA, KHC; DUARTE, YAO; FILHO ADPC. Análise da prevalência de doenças cardiovasculares e fatores associados em idosos, 2000-2010. Ciênc. saúde colet. 24 (1) Jan 2019. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.02072017>> acessado em 16 de outubro de 2022.

OLIVEIRA, GMM; RIBEIRO, ALP. Estatística Cardiovascular – Brasil 2020. Arq. Bras. Cardiologia 115 (3). Set 2020. Disponível em <<https://doi.org/10.36660/abc.20200812>> acessado em 11 de outubro de 2022.

OPAS, Organização Pan-Americana de Saúde. Doenças cardiovasculares. Disponível em <<https://www.paho.org/pt/topicos/doencas-cardiovasculares>> acessado em 11 de outubro de 2022.